



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

TATIANE BARATIERI

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A LONGITUDINALIDADE EM SEU
TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARINGÁ

2010

TATIANE BARATIERI

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A LONGITUDINALIDADE EM SEU
TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon.

**MARINGÁ
2010**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP).

R226p Baratieri, Tatiane
Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. — Maringá, 2010.

162 f. : il.

Orientadora: Profª. Drª. Sonia Silva Marcon
Dissertação (mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá-PR, Faculdade de Enfermagem, área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida, 2010.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Papel do Profissional de Enfermagem. 5. Enfermagem em Saúde Pública. I. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. II. Título.

CDD 21.ed 610.73

TATIANE BARATIERI

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A LONGITUDINALIDADE EM SEU
TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Edir Nei Teixeira Mandú
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof^a. Dr^a. Ligia Carreira
Universidade Estadual de Maringá

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Lurdes e Valdir, pelo incondicional apoio, amor e dedicação em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre me deu forças para seguir em frente e vencer todos os obstáculos.

Aos meus pais, Lurdes e Valdir, pelo incentivo e apoio para vencer mais essa etapa, e também à minha irmã Gracieli e ao meu afilhado Aurélio Miguel, por proporcionarem o conforto e a paz que somente uma família pode oferecer.

À minha orientadora, Prof. Dra. Sonia Silva Marcon, pela sua dedicação e sabedoria.

À minha amiga Simone Roecker, pelo companheirismo e amizade em todas as etapas desse mestrado.

Ao meu namorado, Adilson José da Silva, pelo seu amor, paciência, dedicação e companheirismo em todos os momentos.

À banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar esse trabalho em todas as etapas de sua execução.

A todos os meus amigos da turma de mestrado, que juntos muito rimos, choramos, superamos obstáculos e realizamos conquistas.

Aos professores e colegas, os quais convivi durante as disciplinas que cursei no mestrado, dividindo ideias, sonhos, desejos e construindo conhecimento.

À minha orientadora da graduação, Elizabeth Maria Lazzarotto, que muito me incentivou e colaborou para que eu pudesse realizar esse sonho.

À CAPES pela contribuição por meio da bolsa de estudo.

À Fundação Araucária, pela contribuição por meio do financiamento do projeto que deu origem a essa dissertação.

À 10ª Regional de Saúde, especialmente a Stefania Bucaneve Guedes, que sempre esteve à disposição para nos auxiliar na realização do projeto.

À Prof. Dra. Maria Lúcia Frizon Rizzotto pela colaboração durante a pesquisa.

Aos secretários de saúde de todos os municípios pesquisados, que permitiram a realização da pesquisa e nos receberam de forma muito amistosa.

Aos enfermeiros, participantes do estudo, que dispuseram do seu tempo de trabalho, e foram muito colaborativos na realização da pesquisa.

A todas as pessoas que, de alguma forma, colaboraram para a realização desse sonho, pois tenho certeza que é impossível nomear todos que contribuíram para que eu aqui chegasse.

BARATIERI, T. **Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

A longitudinalidade se refere à relação duradoura estabelecida entre profissional de saúde e usuário, e constitui um atributo importante e exclusivo da Atenção Primária à Saúde (APS). A literatura sobre o tema é escassa, porém aponta benefícios como: melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação do usuário. O presente estudo teve por objetivo compreender a percepção dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná sobre a longitudinalidade do cuidado no trabalho do enfermeiro. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado junto a 20 enfermeiros que atuam em equipes de ESF em sete municípios no âmbito da 10ª RS. Os dados foram coletados em abril de 2010 por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, as quais foram transcritas e, posteriormente, submetidas à análise de conteúdo categorial (Bardin), tendo como base conceitual para longitudinalidade os pressupostos de Starfield. Os resultados apontaram que os enfermeiros entendem a longitudinalidade como algo duradouro, atendendo o indivíduo na sua integralidade. Enfermeiros salientaram que a equipe é participativa, sendo o Agente Comunitário de Saúde considerado elemento importante no acompanhamento da população e o médico o profissional menos integrado nas ações interdisciplinares. Enfermeiros entendem o vínculo como importante para haver a longitudinalidade, pois o compreendem como relações humanizadas pautadas na confiança, acreditando que seu estabelecimento se dá pela competência e resolutividade/qualidade das ações do profissional, sendo também facilitado pelo interesse do usuário e contato constante com esse, e limitado perante a rotatividade da população e quando o atendimento fica restrito à unidade. Os enfermeiros desenvolvem a longitudinalidade por meio de atividades para indivíduos (principalmente visita domiciliar) e para comunidade (reuniões, grupos, palestras). Na assistência prestada aos diferentes ciclos de vida, o cuidado longitudinal ocorre de forma mais frequente junto às crianças e aos idosos, não deixando de existir junto às mulheres e às pessoas doentes, porém com os adolescentes e homens adultos esse cuidado praticamente não ocorre, a não ser quando esses possuem alguma doença crônica. Para a efetivação da longitudinalidade, existem alguns fatores que facilitam essa prática assistencial: propostas da ESF, trabalho em equipe, disponibilidade de

recursos, coparticipação da população e adscrição populacional associada ao tempo de atuação na mesma unidade. Entretanto, o enfermeiro também encontra alguns entraves, que precisam ser modificados, assim, verificou-se a necessidade de maior disponibilidade de recursos humanos, materiais e de estrutura física, mudança na visão da população, realização de ações multiprofissionais, perfil para atuar em ESF, capacitação profissional, contratação de profissionais, melhorias nas condições de trabalho, transporte público e manutenção das estradas, efetivação das propostas da ESF, vínculo entre usuários e profissionais, e melhora no sistema de contrarreferência. Concluiu-se, por meio das percepções dos enfermeiros, que a longitudinalidade é uma realidade no cotidiano dos profissionais, e está intimamente relacionada aos princípios da ESF. Destaca-se que o cuidado longitudinal precisa ocorrer além dos episódios de doença e permear a assistência a todas as fases do desenvolvimento, não somente às faixas etárias prioritárias e com maior demanda.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente. Papel do profissional de enfermagem. Enfermagem em Saúde Pública.

BARATIERI, T. **Nurses' perception about the longitudinality in their job at Family Health Strategy**. 2010. 162 f. Dissertation. (Master's Degree in Nursing)-Maringá State University, Maringá, 2010.

ABSTRACT

The longitudinality refers to lasting relationship established between health professional and user, and constitute an important and exclusive attribute of Primary Health Care (PHC). The literature on the subject is scarce, but points benefits such as: better recognition of the users' needs, more accurate diagnosis, reduce of costs and hospitalizations, better health promotion and prevention, and bigger user satisfaction. This study aimed to understand the perception of nurses that work in Family Health Strategy (FHS) in the scope of 10th Regional Health (RH) of Paraná about the longitudinality of care in nurse's work. This is a descriptive exploratory study with qualitative research, achieved with 20 nurses that work in FHS teams in seven municipalities in the scope of 10th RH. The data were collected in April 2010 through taped semi-structured interviews, that were transcribed and, later, submitted to the categorical content analysis (Bardin), having as a conceptual base for longitudinality the conceptual presuppositions of Starfield. The results showed that nurses understand the longitudinality as something lasting, seeing the individual in its entirety. Nurses emphasized that the team is participatory, being the Community Health Agent considered important element in population monitoring, and the doctor the less integrated professional in interdisciplinary actions. Nurses understand the link as important to have the longitudinality, they understand it as humanized relationships based in confidence, believing that its establishment happens because of competence and problem solving / quality of the professional actions, being also facilitated by the user's interest and constant contact with him, and limited before rotation of the population and when the care stay restricted to the unit. Nurses develop the longitudinality through activities for individuals (especially home visits) and for community (meetings, groups, lectures). In assistance provide to the different life cycles, the longitudinal care occurs more frequently between children and the elderly people, do not letting to exist for women and sick people, but with adolescents and adult men that care practically does not occur, unless when they have any chronic illness. To carry out the longitudinality, there are some factors that facilitate this care practice: proposals of the FHS, teamwork, resource availability, co-participation of population and adscription population associated to the time working on the same unit. However, the nurse also meets some obstacles, that need to be modified, therefore,

it was verified a need for bigger availability of human resources, materials and physical structure, change in the population view, achievement of multi-professional actions, profile to act in FHS , professional capacitation, professionals hiring, improvements in working conditions, public transport and road maintenance, execution of the FHS proposals, link between users and professionals, and improve the system of counter reference. It was concluded, through the nurses' perception that longitudinality is a reality in professionals' everyday, and is closely related to the FHS principles. It is emphasized that the occurrence of longitudinal care needs to occur beyond the illness episodes and to permeate the assistance at all stages of development, not only to priority age groups and with bigger demand.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Continuity of Patient Care. Nurse's Role. Public Health Nursing.

BARATIERI, T. **Percepciones de enfermeros sobre la longitudinalidad en su trabajo en la Estrategia Salud de la Familia**. 2010. 162 f. Disertación (Maestría en Enfermería)-Universidad Estadual de Maringá, Maringá – PR Brasil, 2010.

RESUMEN

La longitudinalidad se refiere a la relación duradera establecida entre profesional de salud y usuario, y constituye un atributo importante y exclusivo de la Atención Primaria a la Salud (APS). La literatura sobre el tema es escasa, pero apunta beneficios como: mejor reconocimiento de las necesidades de los usuarios, diagnóstico más preciso, reducción de costos y de hospitalizaciones, mejor prevención y promoción de la salud, y mayor satisfacción del usuario. El presente estudio tuvo por objetivo comprender la percepción de los enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en el ámbito de la 10ª Regional de Salud (RS) de Paraná sobre la longitudinalidad del cuidado en el trabajo del enfermero. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, realizado junto a 20 enfermeros que actúan en equipos de ESF en siete municipios en el ámbito de la 10ª RS. Los datos fueron recogidos en abril de 2010 por medio de entrevistas semiestructuradas gravadas, las cuales fueron transcritas y, posteriormente, sometidas al análisis de contenido categorial (Bardin), teniendo como base conceptual para longitudinalidad los presupuestos de Starfield. Los resultados señalaron que los enfermeros entienden la longitudinalidad como algo duradero, atendiendo al individuo en su integralidad. Enfermeros destacan que el equipo es participativo, siendo el Agente Comunitario de Salud considerado elemento importante en el acompañamiento de la población y el médico el profesional menos integrado en las acciones interdisciplinarias. Enfermeros entienden que el vínculo es importante para que haya la longitudinalidad, lo comprenden como relaciones humanizadas basadas en la confianza, creyendo que su establecimiento se da por la competencia y resolutivez/calidad de las acciones del profesional, siendo también facilitado por el interés del usuario y contacto constante con ese, y limitado delante del cambio de la población y cuando la atención queda restringida a la unidad. Los enfermeros desarrollan la longitudinalidad por medio de actividades para individuos (principalmente visita domiciliaria) y para comunidad (reuniones, grupos, conferencias). En la asistencia prestada a los diferentes ciclos de vida, el cuidado longitudinal ocurre de forma más frecuente junto a los niños y a los ancianos, no dejando de existir junto a las mujeres y a las personas enfermas, sin embargo con los adolescentes y hombres adultos ese cuidado prácticamente no ocurre, sólo cuando esos poseen alguna enfermedad crónica.

Para la efectucción de la longitudinalidad, existen algunos factores que facilitan esa práctica asistencial: propuestas de la ESF, trabajo en equipo, disponibilidad de recursos, coparticipación de la población y adscripción poblacional asociada al tiempo de actuación en la misma unidad. Sin embargo, el enfermero también encuentra algunas complicaciones, que necesitan ser modificadas, así, se verificó la necesidad de mayor disponibilidad de recursos humanos, materiales y de estructura física, cambio en la visión de la población, realización de acciones multiprofesionales, perfil para actuar en ESF, capacitación profesional, contratación de profesionales, mejorías en las condiciones de trabajo, transporte público y mantenimiento de las carreteras, efectucción de las propuestas de la ESF, vínculo entre usuarios y profesionales, y mejora en el sistema de contrarreferencia. Se concluye, por medio de las percepciones de los enfermeros, que la longitudinalidad es una realidad en el cotidiano de los profesionales, y está íntimamente relacionada a los principios de la ESF. Se destaca que el cuidado longitudinal necesita ocurrir más allá de los episodios de enfermedad y traspasar la asistencia a todas las fases del desarrollo, no solamente a las franjas de edad prioritarias y con mayor demanda.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Salud Familiar. Continuidad de la Atención al Paciente. Rol de la Enfermera. Enfermería en Salud Pública.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo integra um projeto de pesquisa que se propõe a compreender o trabalho educativo e a longitudinalidade nas ações desenvolvidas por enfermeiros que atuam na ESF, no âmbito da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, o qual é intitulado: “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

Assim, essa dissertação integra a parte do projeto de pesquisa que aborda a longitudinalidade do cuidado na prática assistencial do enfermeiro, compreendendo a percepção deste sobre o tema em questão, tendo como objetivo geral compreender a percepção dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, sobre a longitudinalidade do cuidado no trabalho do enfermeiro.

A dissertação possui introdução, revisão de literatura, objetivos, percurso metodológico, resultados e discussão (organizados em artigos), considerações finais e referências. Com isso, os resultados da dissertação respondem aos objetivos específicos do estudo da seguinte forma:

- Todos os artigos respondem ao primeiro objetivo, que é de caracterizar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10ª RS.

- O primeiro artigo – Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família – tem por objetivos: identificar como os enfermeiros conceituam a longitudinalidade do cuidado na ESF; e verificar como os enfermeiros compreendem a efetivação da longitudinalidade dos cuidados na ESF em seu trabalho e junto à equipe;

- O segundo artigo – Vínculo entre enfermeiro e usuário: elemento essencial à efetivação da longitudinalidade do cuidado – responde ao objetivo de compreender como os enfermeiros, que atuam na ESF, percebem o vínculo na prática assistencial e a relação destes com a longitudinalidade do cuidado.

- O terceiro artigo – O trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da longitudinalidade do cuidado – objetiva identificar, a partir das percepções de enfermeiros, quais ações por eles desenvolvidas possuem perspectiva longitudinal e em que situações elas ocorrem.

- O quarto artigo – Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando facilidades, dificuldades e perspectivas de transformação – responde aos seguintes objetivos: conhecer as facilidades/dificuldades enfrentadas por enfermeiros que atuam na ESF, em relação ao desenvolvimento de um atendimento longitudinal; e, averiguar quais as saídas que os enfermeiros identificam para as dificuldades existentes em seu trabalho, relacionadas ao cuidado longitudinal.

- O quinto, e último, artigo – Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional – responde ao objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prática assistencial, na perspectiva da longitudinalidade.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Regional de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	Atenção Primária à Saúde – Breve histórico	23
2.2	Estratégia Saúde da Família	26
2.3	O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.....	30
2.4	Longitudinalidade e continuidade do cuidado	33
3	OBJETIVOS	40
3.1	Objetivo Geral	40
3.2	Objetivos Específicos	40
4	PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1	Tipo de estudo	41
4.2	Local do estudo	43
4.3	Participantes do estudo.....	46
4.4	Técnica de coleta de dados.....	47
4.5	Acesso informantes	51
4.6	Análise dos dados.....	52
4.7	Aspectos éticos	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1	Artigo 1: Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família	57
5.2	Artigo 2: Vínculo entre enfermeiro e usuário: elemento essencial à efetivação da longitudinalidade do cuidado.....	75
5.3	Artigo 3: O trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da longitudinalidade do cuidado.....	91
5.4	Artigo 4: Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando facilidades, dificuldades e perspectivas de transformação	109
5.5	Artigo 5: Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional.....	128
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICES	155
	ANEXOS	160

1 INTRODUÇÃO

Desde 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS), com Alma-Ata, tem sido encarada como uma agregadora fundamental de novos preceitos para reorganizar a atenção à saúde e melhorar a qualidade de vida da população. Prova disso são estudos realizados nos Estados Unidos, os quais apontam que uma APS de qualidade está fortemente associada à melhora na qualidade da saúde da população, assim como à redução da mortalidade em regiões nas quais existe uma maior proporção de atenção primária (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; STARFIELD; RORDER, 2007). É válido afirmar que sua importância é fundamental, porém, no Brasil, existem diferentes modelos de organização da APS, o que dificulta sua operacionalização (CUNHA, 2009).

Nesse contexto, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, objetivando reverter o modelo assistencial em vigência, incluindo a alteração dos objetos de atenção, formas de atuação e organização geral. A ESF objetiva fortalecer as ações em saúde para as famílias da área de abrangência, e tem seu trabalho estruturado em distintas categorias profissionais, com competências diferenciadas, integradas em equipe, sendo que esta atende uma área adscrita composta de 600 a 1000 famílias, com no máximo 4500 pessoas (VIEIRA et al., 2008).

A ESF tem como meta reorganizar a assistência, baseando-se em uma abordagem integral e humanizada, provocando reflexos em todos os serviços do sistema de saúde. Por isso, tal programa foi considerado como a principal estratégia de APS, e como uma nova organização do modelo de prestação da assistência familiar (BRASIL, 2002).

O paradigma que institui a ESF aposta que a atuação dos profissionais deve lhes possibilitar apreender o seu objeto de trabalho – as famílias – na sua complexidade biopsicossocial. Para tanto, o conceito de "empowerment" (entendido como ampliação de poder ou fortalecimento e participação comunitária), dentro da ESF, pode ajudar a constituir um modelo de atenção mais inclusivo socialmente (FRACOLLI, 2005). No entanto, os profissionais de saúde, especificamente na área de enfermagem, ainda não realizam uma prática que valoriza esse aspecto, prova disso é a dificuldade que os profissionais têm em determinar suas ações neste contexto.

Destaca-se que a APS possui quatro princípios fundamentais que a orientam: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e, dentre esses, merece

destaque a longitudinalidade, considerada a característica central e exclusiva da APS (STARFIELD, 2002), que significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pelos profissionais da equipe de saúde (CUNHA, GIOVANELLA, 2009), referindo-se, em especial, ao estabelecimento de relação terapêutica duradoura (STARFIELD, 2002).

Sobre o tema em questão, em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um texto acerca da continuidade do cuidado – considerada no texto com sentido análogo a longitudinalidade – o qual salienta que seus benefícios são: maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhora na relação entre usuários e provedores de serviços; promoção de um papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte do usuário; redução do sobreuso dos serviços de saúde; e a provável redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários. Salienta-se, ainda, que a continuidade também aumentaria a satisfação do usuário com o serviço, e do profissional de saúde com o seu trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992).

A *Charter for General Practice/Family Medicine in Europe* (Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa), desenvolvida por um grupo de trabalho da região europeia da World Health Organization (1994), estabeleceu doze princípios para aumentar a relação custo-efetividade dos serviços de atenção primária, e dentre eles reconhece a importância da longitudinalidade na APS. Na Carta consta que a APS precisa ter a longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida.

Além disso, a longitudinalidade está relacionada com o estabelecimento de registros adequados sobre o usuário, com o intuito de dar continuidade às ações anteriormente propostas a este. Nesse sentido, a continuidade informacional, a qual é considerada a base da longitudinalidade (HAGGERTY et al., 2003), refere-se à qualidade dos registros em saúde, sua utilização e disponibilidade com a finalidade de acumular dados sobre o usuário por parte da equipe de saúde, e dessa maneira, as informações orientam as ações e favorecem a avaliação dessas (CUNHA, 2009).

A longitudinalidade, por se relacionar a resultados positivos na atenção à saúde, deveria ser contemplada em distintas propostas de modelos assistenciais que integram a APS no Brasil. Os elementos que favorecem a longitudinalidade deveriam “compor o aporte teórico de tais modelos, ao passo que o processo de implementação desses modelos deveria refletir a presença desses elementos favorecedores” (CUNHA, 2009, p. 18).

A ESF, ao se constituir no principal modelo da APS, caracteriza-se como porta de entrada no sistema de saúde, com responsabilidade longitudinal pelos usuários, ou seja, os

profissionais de saúde devem estabelecer e manter uma relação contínua com estes, ao longo da vida. A referida relação deve acontecer independentemente da ausência ou presença de doença, de forma que se garanta o cuidado integral à saúde a partir dos âmbitos físico, psíquico e social da saúde, considerando os limites de atuação do setor saúde e coordenando as diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades abrangentes, menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002).

O trabalho na ESF é desenvolvido fundamentalmente por uma equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), e dentre esses se destaca o enfermeiro, o qual deve ter, com os demais membros da equipe, grande contato e conhecimento a respeito do território e condições socioeconômicas da população atendida, assim como possuir um aporte prático e científico para atender aos usuários, sendo que com a união desses dois aspectos pode se constituir em um diferencial para a prestação do cuidado longitudinal de qualidade, e instigar toda equipe a desenvolver essa prática, o que não exige a importância da atuação interdisciplinar para que o cuidado ao longo do tempo possa ocorrer na realidade assistencial da ESF.

A atuação do enfermeiro na ESF já constituiu foco de vários estudos, os quais tratam sobre os diversos aspectos de sua prática profissional, abordando questões que envolvem a longitudinalidade, porém não tratando do tema explicitamente, ou seja, não estabelecem uma ponte com esta. O caráter inovador da ESF evidencia desafios relacionados à necessidade de construir novas competências – com implicações na formação, educação continuada e permanente – e novos modelos gerenciais para a enfermagem, que atendam, especificamente, às demandas desse cotidiano (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Para discutir a prática do enfermeiro que atua na ESF, faz-se necessário antes conhecer as características desses profissionais (ROCHA; ZEITOUNE, 2007). Estudo realizado em 2006 junto a enfermeiros atuantes na ESF do município de Marília/SP aponta que os profissionais atuantes nesse serviço geralmente são jovens, às vezes com contrato de trabalho temporário e com duplicidade de vínculo empregatício, com pouca experiência de trabalho em atenção básica e que o processo de trabalho, desenvolvido por eles, toma como objeto de trabalho o corpo individual (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Na ESF, o trabalho do enfermeiro, vem consolidando como uma prática próxima das reais necessidades da população (VENÂNCIO, 2003) e tem sido reconhecida como positiva para a reestruturação do modelo assistencial, apesar das dificuldades organizacionais em assegurar o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade e de

estabelecer o sistema de referência e contrarreferência (NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A., 2005).

O trabalho assistencial do enfermeiro está articulado por um contexto sociocultural, epidemiológico e demográfico, visando a relacionar as suas ações a melhores condições de vida da família e sociedade, e se direciona para produzir ações de saúde como uma prática social. Em suas ações, o enfermeiro busca a manutenção ou transformação da realidade, para conseguir melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (VERDI; ALONSO, 2005), independente de seu ciclo de desenvolvimento, o que pode culminar em relações interpessoais mais próximas entre profissional e usuário e no acompanhamento ao longo do tempo.

Estudo realizado em 2001, o qual procura identificar e analisar o perfil de enfermeiros que atuam na ESF em uma microrregião do Ceará observou que este é favorável às propostas do referido modelo assistencial, porém, faz-se necessário que sejam revistas as formas de contratação, as condições de vida nos municípios e maior descentralização dos cursos de especialização, no sentido de reduzir a migração profissional e favorecer o vínculo enfermeiro-comunidade (MOURA; RODRIGUES; SILVA, 2003). Revisar esses pontos mencionados pelos autores facilitaria a relação duradoura entre profissional e usuário, o que promoveria a prestação do cuidado ao longo do tempo.

Em estudo realizado por Nascimento, M. S., e Nascimento, M. A. (2005), com enfermeiras atuantes na ESF no município de Jequié (BA), constatou-se que as profissionais pautam suas ações no atendimento, de controle da demanda espontânea e oferta organizada. Identificou-se que a prática da enfermeira vem se delineando com direção às ações gerenciais, assistenciais interativas, com atuação no controle do processo de trabalho, atendimento aos grupos prioritários e por meio da estimulação da participação social por intermédio de reuniões comunitárias, de acordo com as necessidades de saúde da população. Em sua atuação, a enfermeira encontra dificuldades nas articulações intra e intersetoriais e na integralidade da atenção para a continuidade da assistência às famílias, fatores esses que podem estar dificultando o estabelecimento da longitudinalidade no cotidiano de trabalho.

Perante esse ponto de vista, estudo realizado – com o intuito de conhecer o quanto o trabalho em equipe de ESF favorece a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial – junto a trabalhadores e conselheiros de uma Unidade de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo, no período de 2001 e 2002, revelou que é um grande desafio para as equipes construir possibilidades efetivas de uma prática em que usuário e população participem ativamente do trabalho em equipe, ou seja, integrem-se no processo de construção de um projeto assistencial comum. Com isso, a equipe de saúde deve se deixar

alcançar pela comunidade, sobretudo por se reconhecer, ela própria, como comunidade, usuário, cidadão, visando à busca de condições de vida e de convivência melhores, mais saudáveis e mais integradas (CREVELIN; PEDUZZI, 2005). Essas condições favorecem o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional de saúde, viabilizando a construção de uma relação terapêutica mais duradoura.

Nesse ponto, é válido ressaltar que um dos fatores o qual pode levar à desorganização da ESF se refere às questões políticas, tendo em vista que na troca de governantes no município a cada quatro anos, também se promove a troca das equipes de saúde, o que compromete o trabalho implementado, inviabilizando o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe, família e comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

A longitudinalidade nas ações dos profissionais da ESF é de suma importância no atendimento aos usuários, tendo em vista seus resultados positivos, especialmente no tocante à melhoria da situação de saúde dos usuários, sendo fundamental para isso o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário, a atuação integrada da equipe multiprofissional, e, ainda, o planejamento sistemático das ações a partir da realidade local.

Com base no exposto, a justificativa deste estudo se prende ao fato de serem escassos os estudos que abordam a questão da longitudinalidade, considerando que esse termo é pouco difundido entre os autores brasileiros, e principalmente, que os estudos existentes se referem aos profissionais de saúde de um modo geral, ou especificam o profissional médico como provedor dessa prática.

Além disso, o interesse em investigar enfermeiros é pelo fato de as pesquisadoras serem enfermeiras e entenderem que apesar de a longitudinalidade não ser um tema estudado na prática assistencial desse profissional é sabido que esse cuidado acontece em alguma medida, porém não de maneira sistematizada. E, ainda, estudar enfermeiros que atuam na ESF por este ser um modelo assistencial em construção, no qual os profissionais estão apreendendo suas propostas de atuação, e, além disso, o enfermeiro, em geral, é o responsável por coordenar as ações da unidade de saúde, e mantém uma estreita relação com os ACS, os quais têm um grande conhecimento sobre a área adscrita, pontos esses que podem favorecer ao enfermeiro conhecer melhor a realidade local e ter maior aproximação com os usuários.

O estudo será realizado em municípios que compõe a 10ª Regional de Saúde do Paraná, tendo em vista a escassez de pesquisas nesse local. Nesse contexto, temos em mente que a longitudinalidade é a base para a APS, e sendo a ESF um modelo desta, considera-se que essa característica também compõe a base desse modelo assistencial, para tanto é de suma

importância conhecer se tal atributo está sendo realizado pelos profissionais de saúde, em especial pelo enfermeiro.

O presente estudo visa compreender a percepção do enfermeiro sobre o acompanhamento dos indivíduos/família durante suas vidas ao longo do tempo. Salienta-se que percepção diz respeito a compreensões e valores, os quais estão vinculados aos sujeitos e seu contexto de vida. Assim, as percepções são dotadas de significação e têm sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências (CHAUÍ, 2000).

As percepções não são expressões da realidade tal qual sua configuração, ou seja, a realidade não se reduz às concepções dos sujeitos sobre ela. Não existem modos de pensar falsos, uma vez que todos respondem a necessidades da existência humana, de diferentes formas, segundo certas condições de existência. As percepções não são necessariamente conscientes, porque elas constituem uma naturalização de modos de fazer, de pensar e de sentir habituais, que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações de grupos (MINAYO, 2004). As interpretações de enfermeiros, concernentes à ESF e ao seu trabalho, relacionam-se com o cenário mais amplo e específico onde estes se inserem e com as características históricas dos processos de trabalho dos quais participam. Explicita-se que as percepções dos enfermeiros estão relacionadas com os modelos e políticas de atenção em saúde em curso, assim como com a historicidade do trabalho de enfermagem e as especificidades que estes ganham por meio do trabalho cotidiano.

Como contribuição do estudo no que tange ao aspecto teórico, a compreensão sobre a percepção dos enfermeiros a respeito das práticas assistenciais, realizadas ao longo da vida dos usuários, torna-se fundamental para que os profissionais conheçam o lugar do enfermeiro nesse processo, assim como a importância da realização de ações com uma perspectiva longitudinal, e sirva de embasamento para o aprendizado dos futuros profissionais.

Em termos sociais possibilitará a reflexão sobre a prestação de um atendimento contínuo aos usuários, famílias e comunidade, visto que o estudo poderá instigar os profissionais a desenvolver o cuidado longitudinal em suas ações, e ao implementar essa prática, conquistar seus inúmeros benefícios, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

No marco profissional, permitirá um avanço dos enfermeiros no sentido de aprimorar suas ações visando à preocupação em acompanhar os indivíduos em seu ciclo de vida por meio do estabelecimento de relações interpessoais duradouras, não apenas se detendo a demanda espontânea ou programação existente para determinada população, mas sim, preocupando-se em atender os usuários além das situações de doença, priorizando a prevenção e a promoção à saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir é apresentada uma revisão de literatura a qual aborda os temas do presente estudo, fazendo-se uma inter-relação entre eles, no intuito de configurar um campo de conhecimento que embase a metodologia e os resultados desse estudo.

Nesta seção, discutem-se os temas Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família (ESF), o trabalho do enfermeiro na ESF, e a longitudinalidade e continuidade do cuidado.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – BREVE HISTÓRICO

As políticas de saúde no Brasil foram influenciadas ao longo da história pelos modelos econômicos vigentes em cada época. No período da primeira República, a meta era o saneamento de portos e cidades com o intuito de manter condições sanitárias mínimas e desenvolver as relações comerciais exteriores (ROSA; LABATE, 2005).

Na era Vargas, ocorreu a centralização das políticas de saúde por meio das “caixas”, chegando a criação do conselho superior da Previdência Social e Departamento da Previdência Social, em 1933, em que sua característica era o acesso aos serviços de saúde apenas para aqueles que contribuía com as "caixas", sendo ambos, conselho e departamento, geridos pelo Ministério do Trabalho (ROSA; LABATE, 2005).

No ano de 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que desvinculou o atendimento da saúde do Ministério do Trabalho. Na década de 70, aumentou a estrutura privada de atenção médica, chegando esta a ser custeada em até 80% pelo Estado. Concomitantemente, a atenção à saúde era ineficiente e não atendia às necessidades dos previdenciários (ROSA; LABATE, 2005).

Internacionalmente ocorreu a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a qual propôs a APS como estratégia para ampliar o atendimento a todos os seguimentos da sociedade, fazendo uso de técnicas de atendimento que não fossem apenas clínicas, mas sim com uma ótica epidemiológica e social (ROSA; LABATE, 2005). Desse modo, houve a instauração da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, e desde então o Brasil iniciou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978), a

qual vem desafiando profissionais de saúde e gestores para conduzir e aperfeiçoar o sistema de um modo geral (NEMES FILHO, 2000).

Porém, é no fim da década de 1980 que o sistema de saúde no Brasil inicia um processo de reforma do setor da saúde, sendo que em 1986, no processo de redemocratização política brasileira, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual propôs uma reforma administrativa e a unificação das instituições de serviço e cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, que seria responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde (ROSA; LABATE, 2005). Entretanto, o marco foi a Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual tornou real o ideal que se tinha de construir o SUS a partir do momento que propôs a garantia do acesso universal ao sistema de saúde, superando as propostas até então existentes e instaurando uma nova definição de saúde, conceituada como direito. Além disso, contemplou os níveis de atenção em saúde, permitindo nova estruturação dos serviços de saúde a fim de priorizar ações coletivas e preventivas, sem prejuízo às ações individuais e curativas, até o momento predominante (MACINKO et al., 2004; NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A., 2005).

O SUS foi regulamentado em 1988 tendo como base princípios fundamentais que regem esse sistema, ou seja, a universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, direito à informação, controle/participação social, regionalização e hierarquização das ações (NEMES FILHO, 2000; GIOVANELLA et al., 2009).

No contexto do SUS, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é definida como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individuais e coletivos, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p. 10).

Resumidamente, a APS trata das ações individuais e coletivas ofertadas no primeiro nível de atenção à saúde, direcionadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, além de compartilhar características com outros níveis dos sistemas de saúde, ou seja, a responsabilidade pelo acesso, qualidade, custos e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al., 2009). A APS é o nível de um sistema de serviço de saúde que proporciona com especificidade a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece atenção sobre a pessoa (sem direcionar para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, com exceção das patologias raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Vale ressaltar que a APS é uma estratégia a qual orienta e organiza o sistema de saúde, e que além de atender às necessidades da população, tem a saúde como direito social. Desse modo, a organização adequada da APS é fundamental para a melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e eficiência do sistema (MACINKO; STARFIELD, SHI, 2003).

Nesse sentido, a APS tem como estratégia prioritária de organização a saúde da família, em conformidade com os princípios do SUS, e para tanto se fundamenta em: viabilizar a universalidade e continuidade de acesso aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade, os quais se configuram como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com área adscrita, permitindo o planejamento e programação descentralizada, em conformidade com o preceito da equidade; estabelecer a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços; além de desenvolver relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes de saúde e população, com garantia da continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; estimular e acompanhar os profissionais de saúde para constante formação e capacitação; avaliar e acompanhar os resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e incentivar a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a).

Nesse âmbito, a organização adequada da APS é fundamental, pois é por meio dessa que se tem a melhoria da qualidade da saúde da população demandando menores custos, tendo em vista que países com fraca infraestrutura de cuidados primários têm pior desempenho em aspectos importantes da saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Fica evidente a importância da APS para a melhoria da qualidade da saúde da população, e tão importante quanto sua existência é a manutenção do seu funcionamento e a avaliação de sua efetividade. Diante disso, há alguns pontos que são de extrema relevância ser conhecidos para a realização da avaliação da APS: acessibilidade – presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais, e/ou estruturais para alcançar a APS; porta de entrada – primeiro contato; vínculo ou longitudinalidade – é o uso regular do serviço de saúde pela população e o foco da equipe na população adscrita; elenco de serviços – fornecimento adequado de serviços para atender às necessidades da população adscrita; coordenação ou integração de serviços – facilidade em acessar os demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais; centralidade na família – na assistência, contemplar o contexto e a dinâmica familiar; orientação para a comunidade – a capacidade da atenção primária em reconhecer e responder às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais nas ações comunitárias; formação profissional – envolve o conteúdo e a extensão da capacitação da equipe de atenção básica à saúde (MACINKO et al., 2004).

Considerando os aspectos fundamentais da APS, a literatura internacional mostra que países com sistema de cuidados primários organizados tiveram a redução dos índices de mortalidade geral. Além disso, o aumento da disponibilidade de cuidado primário de saúde está associado a maior satisfação do usuário e redução das despesas com cuidados de saúde global, sem afetar a qualidade dos cuidados. Com o uso de serviços primários as necessidades dos indivíduos são mais facilmente atendidas, há melhoria no acesso e maior possibilidade de expansão do serviço de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Constata-se que a estruturação de uma APS de qualidade é fundamental para a melhoria da qualidade de vida e atendimento à saúde da população. Para isso, é preciso que sejam estabelecidas estratégias e modelos assistenciais de atuação, em conformidade com os princípios da APS, além de atender às particularidades de cada indivíduo e comunidade, levando em consideração os aspectos biopsicossociais e culturais envolvidos.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A organização da APS no Brasil é assinalada por problemas de estrutura física dos serviços, suficiência e perfil dos profissionais de saúde, acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde (CONILL, 2002; TOMASI et al., 2003). Na tentativa

de solucionar essas questões a alternativa encontrada foi a criação da ESF, a qual é um marco na incorporação da estratégia de APS na política de saúde brasileira (SCOREL, et al., 2007).

A ESF emerge em 1994 e desde o fim da década de 1990 vem sendo assumida, pelo Ministério da Saúde, como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país, a qual passaria a ser direcionada por meio dos princípios de uma política de APS (CONILL, 2002; ROSA; LABATE, 2005; ELIAS et al., 2006).

Entende-se, desse modo, que a ESF incorpora os princípios do SUS e procura fazer um rompimento com a ideia de uma atenção de baixo custo simplificada (SCOREL et al., 2007), e, além disso, faz uma aproximação com os pressupostos de primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades (STARFIELD, 2002).

Afirma-se que a ESF se configura como uma forma de superação do paradigma dominante no campo da saúde (ERMEL; FRACOLLI, 2006). Esse modelo assistencial se estrutura na proposta da APS, o que gera práticas setoriais inovadoras e afirma a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000). Para isso, é preciso que sejam desenvolvidas ações que instaurem uma relação nova entre profissionais de saúde e população, devendo ser traduzidos, principalmente, no desenvolvimento de ações humanizadas, com competência técnica, articulada entre os setores, e socialmente adequada (BRASIL, 2000).

Como porta de entrada e primeiro nível de atenção, a ESF tem a proposta de estruturar os serviços de saúde, por meio da promoção de uma relação mais estreita entre profissionais e objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, com o compromisso de prestar assistência integral e com resolutividade a toda população, que tem o acesso ao serviço de saúde garantido, por intermédio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), que atua com definição de território de abrangência, adscrição de clientela (entre 600 e 1000 famílias e de 2400 a 4500 habitantes), cadastramento e acompanhamento da população residente na área (MACINKO et al., 2004; ROSA; LABATE, 2005; SCOREL et al., 2007).

Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, realizar a prestação da assistência em todas as fases da vida do indivíduo e da família, oferecer assistência em conformidade com as necessidades reais da população, identificar os agravos a que essa está exposta, realizando intervenções adequadas, por meio da elaboração de programas de atividades para combater os determinantes do processo saúde/doença,

desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde às famílias ante sua responsabilidade no âmbito da APS (ROSA; LABATE, 2005; GOMES; AGUIAR, 2006; ESCOREL et al., 2007).

No entanto, a realidade que se configura em relação à prática da ESF é diferenciada do modelo idealizado de assistência inicialmente projetado. Estudo realizado na zona rural de Lafaiete Coutinho/BA apontou que a prática profissional da ESF se dá com caráter prescritivo exacerbado, ou seja, pelo modelo hegemônico, não apresentando a resolução para problemas de saúde, na medida em que exigem uma ação intersetorial. Para haver superação dessa dificuldade é preciso que haja trabalho em equipe, ocorrendo a interação entre os profissionais, políticos e toda a comunidade (GOMES; AGUIAR, 2006).

A prática da ESF é um espaço para que o processo saúde/doença seja reconstruído, porém, é necessário desfazer o mito dos conceitos e valores que foram reforçados na cultura por uma estratégia de assistência à saúde que não dava ênfase na prevenção, mas sim no modelo curativo. Dessa forma, é fundamental que a equipe de saúde reformule a sua estratégia de intervenção, visando um sistema de saúde em defesa da vida (GOMES; AGUIAR, 2006). Assim, destaca-se que as principais limitações para a operacionalização da ESF se dariam em decorrência, principalmente, da formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores (CONILL, 2002).

Salienta-se que “se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1032). Assim, a ESF se ocupa do resgate de habilidades que se perderam com o uso da tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Desse modo, é preciso que seja instaurado um perfil inovador de profissionais de saúde, aptos a atenderem essa nova necessidade no setor da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

No tocante ao perfil dos profissionais atuantes na ESF em comparação à unidade básica de saúde (UBS) tradicional, estudo aponta que no sul do Brasil as equipes eram compostas por 12% de médicos, 10% de enfermeiros, 22% de auxiliares e técnicos de enfermagem, 4% de dentistas e 36% de ACS, enquanto nas UBS tradicionais a proporção de médicos era o dobro, a de enfermeiros e dentistas similar, a de auxiliares e técnicos de enfermagem superior (28%) e a de ACS 2,6 vezes menor. O ingresso dos profissionais por concurso público foi de 40% dos trabalhadores, sendo significativamente maior no modelo tradicional (50%) do que na ESF (34%) (FACCHINI et al., 2006).

O mesmo estudo ainda evidenciou que o percentual de profissionais com outro emprego foi maior nas UBS tradicionais (cerca de 30%) do que na ESF (aproximadamente 15%). O nível superior completo foi mais expressivo nas UBS tradicionais (44%) do que na ESF (31%). Esses dados contrastam que o ensino médio completo apareceu em maior proporção na ESF (38%) do que no modelo tradicional (33%) (FACCHINI et al., 2006). Nesse contexto, identifica-se que a equipe da ESF tem um perfil ocupacional bem diferenciado da equipe tradicional, configurando-se com mais tempo para atender aos usuários, o que pode contribuir para melhorar o desempenho desse modelo assistencial (RIBEIRO et al., 2004).

A equipe profissional que atua na ESF, além de buscar a resolutividade, também precisa estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade com a comunidade da área adscrita. Configura-se, assim, um desafio para o sistema de saúde: a redução de internações hospitalares e equilíbrio no atendimento à população, tendo em vista que o atendimento no domicílio está cada vez mais aceito, o que proporciona conforto ao indivíduo doente e sua família, o que também leva a redução dos custos hospitalares, caracterizando uma mudança de cultura tanto da população, como dos próprios profissionais de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Estudo realizado em Florianópolis identificou que a ESF amplia o acesso da população a práticas mais integrais, porém, “é muito maior a ênfase do nível local na problemática decorrente do mau dimensionamento das equipes e das dificuldades na referência”. Apontou também que sobre o cuidado integral à população, tanto a comunidade quanto a coordenação local determina como fundamental realizar a ampliação das ações e de programas, a fim de evitar monopólio das atividades prioritárias em nível central. Constatou-se ainda que a ESF sofreu uma evolução de um programa “isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na integralidade” (CONILL, 2002, p. 201).

Outro estudo corrobora com os dados encontrados em Florianópolis, no qual é identificado que as ações programáticas direcionadas para o cuidado integral, assim como as atividades de grupo, ocorrem com expressiva frequência mais em ESF do que no modelo tradicional, tanto no Sul quanto no Nordeste do Brasil (FACCHINI et al., 2006).

Ao comparar unidades tradicionais com unidades de ESF, evidencia-se que esta tem suas ações mais focadas na família, sendo que a organização de seus registros por família é maior, assim como é mais susceptível a permitir que a família deve estar presente durante a consulta. Do mesmo modo, em termos de ESF, é mais provável que sejam realizadas visitas

domiciliárias e que haja colaboração intersetorial. Em termos de pessoal de saúde, ESF é mais propensa a ter médicos especificamente treinados em cuidados primários, e uma equipe treinada para a compreensão da diversidade cultural da comunidade em que trabalham (MACINKO et al., 2004).

A ESF possui um desempenho relativamente melhor do que os serviços tradicionais de saúde (CONILL, 2002; TOMASI et al., 2003; RIBEIRO et al., 2004; FACCHINI et al., 2006), e representa um esforço de sucesso na promoção da equidade, tendo em vista que, em geral, está presente em populações menos favorecidas e mais vulneráveis, o que reforça o efeito da ESF para a melhoria da APS no Brasil (FACCHINI et al., 2006).

Apesar da ESF se sobressair na questão de benefícios à população em relação ao sistema tradicional, há necessidade de incentivo financeiro, técnico e político ao sistema básico de saúde do Brasil, para que esses benefícios sejam mais alcançados. É preciso tanto investimentos na construção de unidades de saúde na concepção da ESF, como a educação permanente dos profissionais de saúde, orientada para o desempenho dos serviços e a vulnerabilidade social dos problemas de saúde (FACCHINI et al., 2006).

Além disso, é preciso que a ESF esteja aberta não apenas para um trabalho técnico hierarquizado, mas também vise um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, abrindo espaço para que os profissionais de saúde tenham mais autonomia e criatividade dos agentes, promovendo maior integração da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

2.3 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na ESF, o trabalho da enfermagem se configura na busca de reformular e integrar a prática com os outros profissionais de saúde. Isso ocorre, especialmente, por meio da articulação das intervenções técnicas e da interação entre os demais trabalhadores. Para se compreender as particularidades das ações do enfermeiro na ESF é fundamental que seja analisada sua introdução no trabalho em equipe, seu relacionamento no processo de trabalho e a maneira como o enfermeiro concretiza o cuidado específico de enfermagem (PEDUZZI, 2000). Entende-se, assim, que a enfermagem – enquanto prática social – procura responder às exigências sociais e de saúde em determinado período e espaço social (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

As atribuições do enfermeiro na equipe de ESF se constituem em: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF) (BRASIL, 2006b).

Ao enfermeiro de ESF são delegadas ações de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Sendo o gerente da assistência de enfermagem, ele deve ser gerador de conhecimento, por meio do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe e definindo responsabilidades. Desse modo, é necessário que o enfermeiro tenha competência e conhecimento sobre as políticas de saúde e princípios da ESF, conheça a clientela assistida, a demanda dos serviços e a área de abrangência da unidade de saúde (BENITO et al., 2005).

No contexto do trabalho do enfermeiro, estudo realizado em Marília/SP, apontou que na ESF esse profissional tem seu objeto de trabalho pautado no corpo individual, a fim de intervir nos perfis de desgaste dos grupos sociais e suas ações se dão por meio de instrumentos tradicionais da saúde pública, como a consulta de enfermagem e a visita domiciliária. O enfermeiro, em sua prática profissional na ESF, reafirma suas ações na prática clínica, individual, curativa e age conforme a teoria da multicausalidade do processo saúde/doença (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Em contrapartida, outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul em 2008, evidenciou que as atividades clínicas na ESF são realizadas pelo médico, sendo que as ações educativas coletivas são coordenadas e executadas pelo enfermeiro no domicílio, o que é visto pela equipe como um avanço no sentido de envolver a comunidade e ampliar o acesso dos usuários a esse tipo de atividade (SCHIMITH; LIMA, 2009).

O enfermeiro, enquanto membro atuante da equipe de ESF, precisa pautar suas ações na área adscrita, com cadastramento familiar e identificação das áreas de risco, e com isso planejar as ações em saúde com a participação da comunidade, o que promove o desenvolvimento de ações condizentes com a realidade das pessoas, ou seja, considerando os valores, saberes e crenças, viabilizando a realização de atividades prioritárias (RAMOS et al., 2009).

O enfermeiro, conforme estudo realizado em unidades de ESF em Maringá/PR, encontra maior facilidade para prestar assistência ante o estabelecimento de vínculo com as famílias. Em contrapartida, enfrenta dificuldades em seu trabalho pelo elevado número de visitas a serem realizadas, pela distância entre a unidade e a área de abrangência, associada à inexistência de veículos para a locomoção até os domicílios, e o déficit de profissionais na equipe mínima (MARCON; LOPES, M. C.; LOPES, M. B., 2008).

Destaca-se, ainda, que a rotatividade dos profissionais na ESF é um fator dificultador para o estabelecimento do vínculo entre equipe e comunidade. Sobre o tema, estudo realizado no vale do Taquari/RS apontou que em 2001 a rotatividade dos enfermeiros da ESF foi de 27,3%; em 2002, de 47%; em 2003, de 17,8%; em 2004, de 41,9% e, em 2005, de 22,6%. O estudo também identificou que as principais causas da rotatividade de médicos e enfermeiros são a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e as más condições de trabalho (MEDEIROS et al., 2010).

Estudo que analisou o trabalho da enfermagem na ESF em Campinas/SP, no período de 1998 a 2002, aponta que a atuação do enfermeiro na ESF se pauta, na maioria das vezes, em atividades gerenciais, centrando suas ações na unidade de saúde, sendo seu trabalho complementar ao do médico. Destaca-se, também, que os enfermeiros encontram algumas limitações em sua atuação, em especial pela sobrecarga de trabalho em virtude da alta demanda de usuários, falta de profissionais e baixos salários, o que gera desmotivação e insatisfação com o trabalho (MARQUES; SILVA, 2004).

Entretanto, a literatura aponta que a enfermagem está presente na produção de serviços como instrumento de trabalho, não mais do trabalho médico e sim do trabalho em saúde coletiva. O enfermeiro realiza diversas atividades, predominando visitas domiciliárias; orientações relativas ao puerpério, à gestante, e à saúde da criança; curativos; consultas de enfermagem; supervisão e coleta de teste de pezinho; terapia de reidratação oral; checagem e reposição de material de urgência e atividades educativas (COSTA et al., 2006).

Na ESF, as ações de prevenção e promoção da saúde são prioridades, de modo que para sua ocorrência é de suma importância o trabalho em equipe, com a finalidade de haver uma atuação conjunta que coloque em prática a complementaridade e a interdependência dos diferentes trabalhos. Porém, em geral, o enfermeiro articula suas ações de maneira mais intensa com os ACS e auxiliares/técnicos em enfermagem, em especial devido à função de supervisão que exerce junto a esses profissionais. Além disso, os enfermeiros encontram barreiras para atuar com a equipe, principalmente pela demanda excessiva de usuários, o que gera falta de tempo para o planejamento conjunto, demonstrando que existe a necessidade de reorganizar o trabalho, visando à efetivação de ações integradas (COLOME; LIMA; DAVIS, 2008).

Entende-se que a proposta do modelo de assistência da ESF contempla os aspectos para a melhoria da APS, porém a realidade que se configura ainda está fortemente pautada no modelo curativista, com profissionais de saúde que apresentam um perfil tradicional de atendimento aos indivíduos e à família. Nesse contexto está o enfermeiro, que precisa também, junto aos demais profissionais, adequar seu perfil de atendimento à saúde da família, pautando suas ações, principalmente, na característica central da APS, que é a longitudinalidade do cuidado.

2.4 LONGITUDINALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

A palavra longitudinalidade não é encontrada em qualquer dicionário. É derivada de longitudinal, que é definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. Apesar de a palavra continuidade ser corriqueiramente utilizada no lugar de longitudinalidade, esta repassa com mais clareza a ideia do que aquela. Na APS a longitudinalidade “é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. Já a continuidade não é necessária para que esta relação exista, pois as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, não é sinônimo da interrupção da referida relação (STARFIELD, 2002, p. 247).

Outros autores também fazem essa diferenciação entre longitudinalidade e continuidade. A longitudinalidade é o acompanhamento dos diversos problemas de saúde de um usuário pelo mesmo médico, no caso da ESF pela equipe de saúde. Esse termo tende a ser

confundido com a continuidade, que é monitorada pelo mesmo profissional para um problema específico do usuário. Na continuidade não exige uma relação pessoal estável entre profissional/usuário, pois com bons registros podem ser concatenados os eventos de um episódio de enfermidade. Contudo, a longitudinalidade precisa, além de registros de qualidade, manter uma estabilidade pessoal no tempo e espaço na inter-relação profissional/usuário para a resolução dos problemas de saúde, os quais dificilmente podem oferecer atenção especializada nos serviços de urgência (PASTOR-SÁNCHEZ et al., 1997).

A continuidade, entendida como sinônimo de longitudinalidade por alguns autores, implica em uma relação longitudinal entre usuário e aqueles que cuidam dele, a qual transcende múltiplos episódios de doença e inclui a responsabilidade de cuidados preventivos e de coordenação. Quando ocorre de maneira satisfatória, essa relação longitudinal evolui para uma forte ligação entre profissional e usuário, caracterizada pela confiança, lealdade e um senso de responsabilidade (SAULTZ, 2003).

Estudo de revisão apontou que muitos autores na literatura de enfermagem entendem a continuidade como as informações que devem ser transmitidas de um plantão para outro, ou de enfermeiros do hospital para enfermeiros que atuam no domicílio. Assim, a continuidade tende a ser definida como a disponibilidade de informação clínica a qualquer fornecedor que cuida do usuário (SAULTZ, 2003).

A literatura aponta que a continuidade do cuidado pode ser: informacional, gerencial e relacional/interpessoal. A continuidade informacional é a que permite existir uma conexão de informações entre distintos profissionais e locais de prestação do cuidado, considerando-se como importantes para atender às necessidades do indivíduo, tanto as informações acerca da clínica do usuário, como seus valores e contexto sociocultural. A continuidade gerencial se refere às doenças mais complexas ou crônicas, as quais exigem a participação de uma equipe multidisciplinar para a execução dos cuidados, e nesse contexto a continuidade é alcançada quando serviços são prestados de forma complementar e de maneira oportuna, ou seja, é a coordenação dos cuidados. No tocante à continuidade relacional/interpessoal, afirma-se que é a progressiva relação terapêutica entre usuário e um ou mais profissionais ao longo do tempo, em um mesmo local, o que aumenta o conhecimento sobre o indivíduo e oferece a percepção de garantia do cuidado futuro, além de ser pautada na confiança e responsabilidade entre profissional e usuário (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HAGGERTY et al., 2003; SAULTZ, 2003). Percebe-se, desse modo, que a continuidade interpessoal, é a definição que mais se assemelha ao conceito de longitudinalidade.

A continuidade interpessoal é um conceito essencial para o cuidado primário, sendo a longitudinalidade do cuidado considerada como um contrato implícito entre profissional e usuário, em que esse profissional assume a responsabilidade permanente para com o indivíduo. É evidente que o profissional pode não estar disponível em todas as vezes, nem possa realizar todos os cuidados que um usuário pode precisar, porém esse profissional é responsável por assegurar a continuidade do serviço por um profissional competente (SAULTZ, 2003).

Dessa forma, para haver longitudinalidade na ação profissional um dos pontos essenciais é o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional, e a esse respeito salienta-se que o vínculo pressupõe uma boa relação entre usuário e profissional, e esta envolve questões como poder e dependência entre os indivíduos com diferentes níveis de informação, além de práticas que podem levar a danos (CUNHA, 2009).

O vínculo é de suma importância para a prestação da assistência, visto que quanto mais apropriado esse for construído, melhor será o resultado e a troca de saberes entre usuários e profissionais. Do mesmo modo, se não houver uma boa relação interpessoal, o usuário dificilmente retorna ao serviço de saúde, perdendo-se assim o contato e o acompanhamento de tal indivíduo (MARTINS, 2006; COELHO; JORGE, 2009).

A formação do vínculo entre equipe e população se dá pela aproximação entre ambos, o que garante laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Essa relação ocorre, principalmente, por meio da realização de visitas domiciliares, as quais viabilizam a adesão dos usuários ao serviço de saúde, e também pelo fato do indivíduo apresentar um estado físico e emocional fragilizado no momento que necessita do serviço de saúde, e com isso, o profissional precisa estar capacitado para atender às necessidades apresentadas (SOUZA; CARVALHO, 2003; MARTINS, 2006; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Nesse processo, as pessoas se sentem melhor cuidadas, tendo em vista que a equipe realiza as intervenções com uma visão ampliada pelo conhecimento da população, promovendo sua autonomia e participação no tratamento, mantendo uma relação de respeito e valorização das particularidades. Assim, os usuários se comprometem com as ações propostas, corresponsabilizando-se com a terapêutica, permitindo o estabelecimento do vínculo a partir do momento que se mostram satisfeitos com a assistência prestada, aumentando a qualidade de vida (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Para formar o vínculo é fundamental que os profissionais conheçam a população da área adscrita, fazendo a identificação de cada família, pois isso faz com que os usuários

fiquem mais à vontade e confiem no profissional, viabilizando a resolução dos problemas. A organização, a qualificação dos profissionais, o respeito e o compromisso são elementos fundamentais para aproximar o usuário do serviço de saúde, e estabelecer ou fortalecer as relações interpessoais na ESF (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

No âmbito da ESF, o enfermeiro precisa utilizar o potencial de sua competência profissional, favorecendo assim maior atenção à população e formação de vínculos com essa. Desse modo, o vínculo pode se traduzir em uma cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde, o que impacta na longitudinalidade da atenção oferecida nas unidades de ESF (MARTINS, 2006). Assim, as relações na ESF partem do princípio que os profissionais devem se responsabilizar pela área adscrita, e com isso ocorre uma interação de vínculos, laços entre a equipe e os usuários, necessária para o desempenho do trabalho, conforme os princípios que norteiam a prática na ESF (COELHO; JORGE, 2009).

O estabelecimento de relações de vínculo aumenta a eficiência das ações de saúde e favorece a participação do usuário no processo de prestação do serviço. Esse mecanismo precisa ser aproveitado no sentido de construir a autonomia das pessoas, considerando que não existe construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SCHIMITH, LIMA, 2009). Além disso, a formação do vínculo permite que os profissionais conheçam os usuários, promovendo uma sequência no acompanhamento desses (COELHO; JORGE, 2009).

Estabelecer vínculo com os usuários deve ser tarefa de toda equipe de ESF, tendo em vista que somente dessa forma é possível atender as reais demandas e necessidades apresentadas pela população (SCHIMITH, LIMA, 2009), ou seja, é facilitada a identificação, reconhecimento e acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2004).

A longitudinalidade é um ponto importante da APS, pois facilita o reconhecimento de determinados tipos de problemas, e sua promoção se dá por meio do vínculo formal da população com uma fonte identificável de atenção primária (STARFIELD, 2002), e, pode-se afirmar que longitudinalidade e vínculo andam juntos na prestação da assistência APS.

É importante ressaltar que o elemento estrutural para avaliar a longitudinalidade é a adscrição de clientela, e o elemento processual é o uso do serviço ao longo do tempo. Assim, tal relação e a aproximação entre profissionais de saúde e a população adscrita deve levar ao maior conhecimento dos profissionais sobre os problemas dos usuários, direcionando para maior aproximação destes com os profissionais (STARFIELD, 2002).

Entende-se que para ter uma APS de qualidade é necessário que haja um local, um profissional ou uma equipe de profissionais associados que sejam vistos como fonte de atenção por um determinado período de tempo, sem necessariamente depender da existência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Assim, a concretização da atenção longitudinal se traduz no fato dos usuários do serviço de saúde identificarem uma fonte de atenção como sua, e que os profissionais possam reconhecer a existência de um contrato formal, ou informal, para ser a fonte regular de atenção orientada para a pessoa, e não para a doença, e que essa relação seja estabelecida por um tempo, definido ou não, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002).

O fato de o usuário identificar uma fonte regular de longitudinalidade aprimora a extensão na qual os usuários completam o processo de encaminhamento, retornando ao profissional que o encaminhou, e desse modo – no contexto que o indivíduo retorna ao mesmo profissional, ao invés de procurar vários – a atenção é mais eficiente. Afirma-se que a ocorrência da longitudinalidade entre profissional/usuário é diretamente relacionada ao aumento da satisfação pelo usuário (STARFIELD, 2002).

Os efeitos benéficos da longitudinalidade se relacionam ao fato de que ao longo do tempo é estabelecida confiança entre profissional e usuário, deixando este mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações. Do mesmo modo, quando o profissional possui um conhecimento acumulado sobre o usuário, chega-se mais rapidamente à avaliação do problema (STARFIELD, 2002). Com base na literatura, Starfield realizou um levantamento dos benefícios da longitudinalidade na relação profissional-usuário, isso está evidenciado no Quadro 1.

	Identificação com um profissional	Identificação com um local
Melhor reconhecimento de problemas/necessidades	++	
Diagnóstico mais preciso	++	
Melhor concordância		
Consultas mantidas	++	++
Orientação para tratamento	++	
Menos hospitalizações	++	+
Custos mais baixos	++	+
Melhor prevenção (alguns tipos)	++	++
Maior satisfação (satisfação e longitudinalidade são recíprocas; uma influencia a outra, conforme observado no texto)	++	

Quadro 1: Benefícios da longitudinalidade.

++: Boas evidências; +: Evidências moderadas (o efeito pode resultar de uma maior probabilidade de se ter um profissional específico em um local específico).

Fonte: Starfield, 2002.

Identifica-se que os benefícios da longitudinalidade apontam que sua utilização é proveniente do conhecimento obtido ao longo do tempo. Tais benefícios são encontrados com mais evidência no reconhecimento dos problemas dos usuários do que nos aspectos da atenção técnica, pois a partir do momento que os profissionais conhecem os usuários, têm maior capacidade de encontrar a intervenção adequada (STARFIELD, 2002).

Estudo mostrou diferença significativa sobre a avaliação do vínculo entre unidade de ESF e UBS, desse modo, percebeu-se que o estabelecimento do vínculo ocorre em maior proporção em ESF, local este que o vínculo ocorre na maior parte dos atendimentos ao usuário (ELIAS et al., 2006). Considerando que o vínculo é uma importante característica da longitudinalidade, o estabelecimento deste leva a entender que existe o atendimento ao longo do tempo.

A longitudinalidade do cuidado ocorre com maior frequência em unidades de ESF do que em unidades tradicionais, conforme apresenta um estudo realizado em Petrópolis/RJ. Os dados apontam essa diferença, pois em ESF quase todas as unidades têm uma população geograficamente definida, enquanto clínicas tradicionais não têm, assim como os profissionais relatam que em ESF, em geral, há tempo suficiente para o usuário discutir suas dúvidas com o profissional de saúde, enquanto que na unidade tradicional esse tempo é mais limitado (MACINKO et al., 2004).

Estudo aponta que a continuidade do cuidado, entendida pelos autores com sentido similar à longitudinalidade, é mais importante para a prestação da assistência a crianças, a idosos, a pessoas com menor nível de escolaridade, com alguma condição crônica e em uso de medicações. Do mesmo modo, a satisfação com o médico também foi maior nos casos em que houve um contato regular com esse profissional. Assim, é de suma importância que os sistemas de saúde e práticas de atenção primária dediquem esforços adicionais para manter uma relação de continuidade com os usuários mais vulneráveis (NUTTING et al., 2003).

Apesar dos resultados positivos, como, por exemplo, a redução de custos nos cuidados de saúde, que a longitudinalidade apresenta para o cuidado, sua operacionalização muitas vezes é dificultada pelas mudanças na prestação de cuidados devidos, em resposta ao mercado de saúde cada vez mais competitivo. Quanto maior o tamanho de grupos de profissionais, assim como as mudanças de planos de saúde, e junto a isso a mudança de profissional, pode-se prejudicar as tentativas de estabelecer e manter contato constante (CHRISTAKIS, 2003).

A literatura revela a longitudinalidade como uma característica essencial para a APS, expondo seus benefícios, mas também algumas dificuldades para a sua realização. Para

tanto, é fundamental que haja estudos com o intuito de investigar o cuidado ao longo do tempo pelos profissionais que atuam na ESF, visto que esse é um modelo de atenção que deveria ter um estabelecimento de vínculo com qualidade entre profissionais e usuários, em virtude de suas características de atuação, ou seja, a relação próxima com as famílias da população adscrita, integralidade, resolutividade, acessibilidade e atendimento multiprofissional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

➤ Compreender a percepção dos enfermeiros, que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, sobre a longitudinalidade do cuidado no trabalho do enfermeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

➤ Caracterizar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que atuam na ESF, no âmbito da 10ª Regional de Saúde.

➤ Identificar como os enfermeiros conceituam a longitudinalidade do cuidado na ESF.

➤ Verificar como os enfermeiros compreendem a efetivação da longitudinalidade dos cuidados na ESF em seu trabalho e junto à equipe.

➤ Compreender como os enfermeiros que atuam na ESF percebem o vínculo na prática assistencial e a relação deste com a longitudinalidade do cuidado.

➤ Identificar, a partir das percepções de enfermeiros, quais ações por eles desenvolvidas apresentam a perspectiva longitudinal e em que situações ela ocorre.

➤ Conhecer as facilidades/dificuldades enfrentadas por enfermeiros que atuam na ESF em relação ao desenvolvimento de um atendimento longitudinal.

➤ Averiguar quais as saídas que os enfermeiros identificam para as dificuldades existentes em seu trabalho, relacionadas ao cuidado longitudinal.

➤ Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prática assistencial na perspectiva da longitudinalidade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo faz parte e foi desenvolvido em conjunto com um projeto de pesquisa maior intitulado “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, com apoio financeiro da Fundação Araucária e vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos propostos, considerou-se pertinente a realização de um estudo com abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório. A pesquisa de abordagem qualitativa que pode ser entendida, entre outros aspectos, como a interpretação das concepções e condutas das pessoas entrevistadas, tal como se fará nesta pesquisa, tenta compreender detalhadamente o significado e características apresentadas pelos indivíduos entrevistados, não envolvendo dados estatísticos.

A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento intuitivo, maleável e adaptável a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses em relação à abordagem quantitativa (BARDIN, 2008). A pesquisa qualitativa é aquela com capacidade de incorporar a questão do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2004, p. 10).

A pesquisa qualitativa possui aspectos essenciais, como apropriabilidade de métodos e teorias, perspectivas dos participantes e sua diversidade, reflexividade do pesquisador e da pesquisa, e variedade de abordagens e métodos na pesquisa qualitativa. Essa pesquisa trabalha com textos, ou seja, os métodos para a coleta dos dados (entrevistas e observações) produzem dados que são transformados em textos por gravação e transcrição (FLICK, 2002).

Para a realização de uma pesquisa qualitativa de qualidade a definição dos sujeitos da pesquisa é fundamental, pois isso interfere diretamente na qualidade das informações, das quais será construída a análise e se chegará ao entendimento mais amplo do problema delineado. O problema que imediatamente precisa ser enfrentado é a delimitação da

população, já que grande parte do trabalho será assentada em cima desta (DUARTE, 2002). Assim, a abordagem qualitativa depende de muitos fatores, como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que norteiam a investigação (GIL, 2002).

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo, que é o local em que os fenômenos, processos e fatos acontecem, na qual podem ocorrer observações diretas e levantamentos (FLEMING, 2005). A pesquisa de campo tem por objetivo conseguir informações e/ou conhecimentos sobre um problema, para o qual se busca resposta, ou buscar resposta a uma hipótese, que se almeje comprovar, e também descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Na pesquisa de campo, a especificação dos objetivos, a seleção dos informantes e as estratégias para coleta de dados são definidas após a exploração preliminar do problema, por isso que esses estudos, em geral, têm início com o plano geral, considerando mais os objetivos da pesquisa e suas limitações materiais do que a definição de procedimentos (GIL, 2002).

A pesquisa de campo requer inicialmente que se realize um levantamento bibliográfico sobre o tema a ser trabalhado, o qual possibilitará o conhecimento do estado que se encontra o problema, trabalhos já realizados e as principais opiniões sobre o assunto, possibilitando que seja estabelecido um modelo teórico inicial de referência, o qual auxiliará na determinação das variáveis e elaboração do plano geral da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Após esse primeiro passo, é necessário que sejam escolhidas as técnicas que serão empregadas para coletar os dados e para a determinação da população, a qual precisa ser representativa e suficiente para apoiar as conclusões. E como último passo é necessário estabelecer, antes da coleta dos dados, técnicas para o registro dos dados, assim como técnicas que serão usadas na análise posterior (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Na abordagem qualitativa, o pesquisador tem um papel muito importante, tendo em vista que os pesquisadores e suas competências comunicativas são o principal “instrumento” de coleta de dados, não sendo possível manter um papel neutro no campo e com os entrevistados (FLICK, 2002).

O tipo de pesquisa de campo a ser desenvolvido será a descritivo-exploratória, que objetiva descrever completamente determinado fenômeno e pode ser utilizada tanto para abordagens quantitativas, quanto para qualitativas, assim como para acumulação de

informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o tema estudado, objetivando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, além de aprimorar ideias ou descobrir intuições, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de ideias visando o fornecimento de hipóteses em condições de serem testadas em estudo posterior (GIL, 2002).

Quanto à pesquisa descritiva, tem como objetivo principal a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relação entre as variáveis. Nos estudos de campo que utilizam a pesquisa descritiva o pesquisador se preocupa em dar ênfase na profundidade e não na precisão, levando o pesquisador a preferir a utilização de depoimentos e entrevistas com níveis diversos de estruturação. “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL, 2002, p. 42).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Estado do Paraná é dividido em 22 RS que constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA). É principalmente por meio dessas regionais que o Estado exerce seu papel de executar ações e serviços de saúde e de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios. A competência da Regional de Saúde é o desenvolvimento da inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais (PARANÁ, 2009).

A presente pesquisa foi realizada no âmbito da 10ª RS do Paraná, a qual é composta por 25 municípios e tem como sede o município de Cascavel. Para efeitos de estudo esses municípios foram divididos em cinco grupos populacionais, pelos pesquisadores do presente estudo. O critério é justificado por se entender que pelo fato de os municípios possuírem características populacionais distintas, considera-se que eles possuem capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode influenciar diretamente nas possibilidades dos enfermeiros prestarem um atendimento longitudinal de qualidade.

Dentro de cada grupo de município foram selecionados dois municípios, por meio de sorteio aleatório. Optou-se por esse número de municípios em virtude da disponibilidade

de recursos e pelo tempo hábil em que teria de se realizar a pesquisa, de modo que essa foi apreciada pelo Comitê de Ética em dezembro de 2009 e teria que findar no decorrer de 2010. A seguir são apresentados os grupos de municípios:

- Grupo 1: constituído por 6 municípios com menos de 5.000 habitantes;
- Grupo 2: constituído por 10 municípios com 5.000 a 10.000 habitantes;
- Grupo 3: constituído por 7 municípios com 10.000 a 20.000 habitantes;
- Grupo 4: constituído por 1 município com 20.000 a 35.000 habitantes;
- Grupo 5: constituído por 1 município com mais de 35.000 habitantes.

Com isso foram selecionados no grupo 1 os municípios de Campo Bonito e Iguatu; no grupo 2 os municípios de Catanduvas e Espigão Alto do Iguaçu; no grupo 3 Céu Azul e Guaraniaçu; no grupo 4 foi selecionado apenas Quedas do Iguaçu por conter apenas esse município no grupo, assim como no grupo cinco temos somente o município de Cascavel (Tabela 1). Desse modo, totalizaram oito municípios, porém apenas sete fizeram parte do estudo, tendo em vista que os enfermeiros que, no momento da coleta de dados, atuavam no município do quarto grupo não se encaixavam em um dos critérios da pesquisa (tempo de atuação na unidade maior que cinco meses).

O serviço de saúde nesses municípios está organizado da seguinte forma: Campo Bonito com apenas uma unidade de saúde situada na zona urbana, em que na mesma unidade funciona a UBS tradicional e a USF. O município de Iguatu se encontra na mesma situação organizacional, com apenas uma equipe a qual atua em unidade de saúde mista. Catanduvas tem sua USF localizada na zona urbana, em que atuam duas equipes de ESF, sendo que uma delas também se responsabiliza pela atenção aos usuários que residem na zona rural; o município de Espigão Alto do Iguaçu possui duas equipes de ESF, as quais atuam em uma mesma USF que se localiza na zona urbana, funcionando também nesse local a UBS tradicional do município, e, além disso, as equipes de ESF são responsáveis pelo atendimento às famílias integrantes do Movimento de Libertação dos Sem-Terra (MLST), residindo assim nos assentamentos. Céu Azul possui quatro equipes de ESF, sendo que uma se localiza na zona rural e é exclusiva para saúde da família, e três se situam na zona urbana, dessas, duas funcionam em USF exclusiva, e uma, ou seja, a unidade de saúde central, presta atendimento concomitante de UBS tradicional. No município de Guaraniaçu atuam cinco equipes de ESF, todas localizadas na zona urbana, entretanto uma dessas unidades se localiza próximo à zona rural e é a principal responsável pelo atendimento aos usuários residentes nesse local,

atendendo em torno de 2000 famílias, ou seja, um número superior daquele que é preconizado pelo Ministério da Saúde para as equipes de ESF (600 a 1000 famílias); além disso, a unidade de saúde central é considerada mista, tendo a atuação de uma equipe de saúde da família e atendimento de UBS tradicional. Quedas do Iguaçu possui duas equipes de saúde da família que atuam em distintas unidades, que são exclusivas para ESF. O município de Cascavel possui dez equipes de ESF, dessas, apenas duas estão localizadas na zona urbana e funcionam em uma mesma unidade, que é exclusiva para a saúde da família; as demais USF se situam na zona rural, sendo que em todas elas a unidade é exclusiva para atendimento de saúde da família, lembrando que duas atendem além da população adscrita, também as famílias que residem nos assentamentos de Sem-Terra.

Salienta-se que com as perdas, fizeram parte do estudo 15 equipes atuantes em USF exclusiva e cinco equipes em unidades mistas, sendo que desse total de 20 equipes oito atendiam a zona rural dos municípios e 12 as famílias residentes na zona urbana.

Tabela 1: Número populacional e de equipes de ESF dos municípios no âmbito da 10ª RS

Grupos	Municípios	População	Nº equipes ESF
Grupo 1	Anahy	2868	01
	Campo Bonito	4426	01
	Diamante do Sul	3665	01
	Iguatu	2286	01
	Iracema do Oeste	2580	01
	Santa Lúcia	3725	02
	Boa Vista da Aparecida	7818	03
Grupo 2	Braganey	6044	02
	Catanduvas	9578	02
	Espigão Alto do Iguaçu	5104	02
	Formosa do Oeste	7532	03
	Ibema	5927	01
	Jesuítas	8825	03
	Lindoeste	5446	0
	Santa Tereza do Oeste	9378	01
	Vera Cruz do Oeste	9099	03
	Cafelândia	13065	04
Grupo 3	Capitão Leônidas Marques	13616	01
	Céu Azul	10914	04
	Corbélia	15428	03
	Guaraniaçu	15959	05
	Nova Aurora	11753	03
	Três Barras do Paraná	11718	03
Grupo 4	Quedas do Iguaçu	30181	02
Grupo 5	Cascavel	285784	10
Total		502719	62

Fonte: IBGE (2008) 10ª RS (2009).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo definida como o conjunto de elementos com determinadas características e/ou certas propriedades específicas (GIL, 2002; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001), inicialmente foi composta por todos os enfermeiros que atuavam na ESF dos oito municípios selecionados no âmbito da 10^a RS do Paraná. Desse modo, seriam pesquisados os profissionais enfermeiros atuantes na ESF dos municípios: Campo Bonito, Iguatu, Catanduvas, Espigão Alto do Iguaçu, Céu Azul, Guaraniaçu, Quedas do Iguaçu e Cascavel. Considerando-se que a totalidade de ESF dos municípios em questão é de 27 equipes, a princípio, sem considerar critérios de inclusão e exclusão, seriam entrevistados 27 enfermeiros (Tabela 1).

Como critério de inclusão foram pesquisados os enfermeiros que atuavam em ESF com equipe mínima completa, ou seja, agente comunitário de saúde, auxiliar/ técnico em enfermagem, enfermeiro e médico, para não haver o viés da não realização da longitudinalidade no cuidado por motivo de sobrecarga de trabalho, tendo em vista a falta dos profissionais da equipe mínima de saúde. Outro critério de inclusão foi de o enfermeiro estar atuando na ESF do município pesquisado há pelo menos cinco meses, visto que, com esse período de tempo já é possível o profissional estar inteirado com a equipe e as ações a serem realizadas na sua área de abrangência.

A população de fato pesquisada foi composta por 20 enfermeiros, em virtude de que quatro não atendiam aos critérios de inclusão, dois deles referente ao tempo de atuação na mesma unidade maior que cinco meses, e dois por não terem equipe mínima completa; as demais perdas se deram por um estar de férias, outro afastado por questões de saúde, e um terceiro não aceitou participar do estudo. Entendemos que tais perdas não refletiram em prejuízos ao estudo, de modo que todos os objetivos foram alcançados satisfatoriamente.

O interesse em pesquisar profissionais que atuam na ESF é pelo fato de ser um programa recente, em estruturação, no qual seu objetivo e funcionamento não são conhecidos com clareza, tanto pela população, quanto pelos profissionais que atuam em tal área, assim como pelo fato de a estratégia visar a um atendimento contínuo às famílias, principalmente estabelecendo vínculos com estas, o que caracteriza a longitudinalidade nas ações dos profissionais.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de entrevista semiestruturada individual, pois com essa técnica se espera obter maior entrosamento com o entrevistado e maior variabilidade de informações. A entrevista foi agendada previamente, conforme a disponibilidade de cada profissional e realizada em uma sala reservada na unidade de saúde da família no horário de trabalho (16), na secretaria de saúde de Cascavel em dia de reunião (3) e na 10ª RS em dia de capacitação (1).

Para a execução da entrevista foi solicitado um local reservado para que o entrevistado pudesse se sentir mais confortável, além de evitar interrupções durante o processo. O entrevistador se apresentou, falou sobre a pesquisa, explanou os objetivos do estudo e sanou as dúvidas do entrevistado, por meio de uma relação amistosa e cordial.

A entrevista corresponde a um diálogo sistematizado entre entrevistado e entrevistador, e tem como objetivo principal obter informações do pesquisado sobre algum tema e é mais frequente no desenvolvimento do trabalho de campo e, por meio dela, o pesquisador procura adquirir informações inclusas no discurso dos atores sociais (MINAYO, 2004; MARCONI; LAKATOS, 2006).

A entrevista é a técnica de coleta de dados que proporciona maior flexibilidade, podendo assumir diversas formas. Pode ser caracterizada como informal, em que se distingue de simples diálogo com o objetivo básico de coleta de dados. Pode ser focalizada quando enfoca tema bem específico, em que cabe ao entrevistador fazer o entrevistado retornar ao assunto, caso ocorra desvio. Também pode ser caracterizada como parcialmente estruturada (semiestruturada), quando é guiada por perguntas abertas e por uma relação de pontos de interesse que o pesquisador vai explorando ao longo do seu curso. E ainda pode ser totalmente estruturada, quando seu desenvolvimento se dá a partir da relação fixa de perguntas, podendo ser confundida com o formulário (GIL, 2002).

A entrevista semiestruturada é aquela em que o pesquisado pode discorrer sobre o tema em questão, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo entrevistador (MINAYO, 2004). No presente estudo foi utilizado esse tipo de entrevista, que tem como característica o fato de que questões mais, ou menos, abertas sejam levadas à situação de entrevista na forma de um guia da entrevista (FLICK, 2002).

Sobre a entrevista como técnica de coleta de dados é possível apontar algumas vantagens e limitações. Em relação às vantagens, pode-se afirmar que: é possível ser utilizada

em todos os segmentos da população, e por isso fornece uma amostragem melhor da população em geral; é mais flexível, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente, especificar algum significado, como garantia de estar sendo compreendido; oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, oportunizando a observação do entrevistado sobre o que diz e como diz, registrando as reações e gestos; oportuniza a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos; possibilita obter informações com maior precisão, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias; permite que os dados sejam quantificados e submetidos a tratamento estatístico (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Sobre as limitações, pode-se considerar que estas são possíveis de serem superadas ou minimizadas se o pesquisador for experiente ou tiver bom-senso. As limitações correspondem a: dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes; incompreensão, por parte do informante, do significado das perguntas da pesquisa, o que pode levar a uma falsa interpretação; há a possibilidade de o entrevistado ser influenciado, consciente ou inconscientemente, pelo pesquisador, por seu aspecto físico, atitudes, ideias e opiniões; pode haver retenção de dados importantes, por temor de que a identidade seja revelada; existe baixo grau de controle sobre uma situação de coleta de dados; é necessário o uso de longo tempo na sua realização e é difícil de ser realizada (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Para a efetivação adequada de uma entrevista é necessário: conhecer previamente o entrevistado, para conhecer o grau de familiaridade desse sobre o assunto; marcar com antecedência a hora e local, com a finalidade de assegurar que o entrevistador seja recebido; garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade; conhecer previamente o campo de pesquisa, evitando desencontros e perda de tempo; organizar o roteiro, ou formulário, com as questões importantes (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A entrevista é desempenhada visando à obtenção de informações válidas e pertinentes, é uma arte que vai sendo aprimorada com o tempo, treino e experiência, exigindo habilidade e sensibilidade. Desse modo, para melhor resultado na entrevista, é importante serem seguidas algumas normas propostas por Marconi e Lakatos (2006):

- É imprescindível que o pesquisador estabeleça um diálogo amistoso, explicando a finalidade da pesquisa, seu objeto, relevância e ressalte a necessidade de sua colaboração. É fundamental estabelecer confiança ao entrevistado, assegurando-lhe a confidencialidade sobre sua identidade. É importante que o ambiente da entrevista seja preparado de forma que o entrevistado fique à vontade e fale espontaneamente, sendo mantido um diálogo cordial.

- A formulação de perguntas deve ser realizada conforme o tipo escolhido de entrevista: padronizadas – obedecendo a um roteiro ou formulário preestabelecido; não-padronizadas – deixando o informante falar à vontade e, depois, ajudando-o com outras perguntas, entrando em maiores detalhes.

- As respostas devem ser anotadas no decorrer da entrevista, para maior fidelidade e veracidade das informações. O uso do gravador é ideal, caso o pesquisado concorde com sua utilização. Anotar as informações após a entrevista é inconveniente, pois pode haver falta de memória e/ou distorção do fato. Dessa forma, o registro precisa ser realizado com as mesmas palavras do entrevistado, evitando resumí-las.

- O término da entrevista deve ocorrer em ambiente de cordialidade, para que o pesquisador possa retornar sem oposição, caso isso seja necessário.

Para que a entrevista ocorresse da melhor forma possível, as falas dos enfermeiros entrevistados, após consentimento, foram gravadas em gravadores do tipo digital, visando à agilidade e melhor interação entrevistador/entrevistado, além de garantir a fidedignidade nos dados coletados, sendo posteriormente transcritos na sua íntegra, para não se perder dados importantes das falas dos pesquisados (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A utilização de gravadores promove a obtenção de registro mais fidedigno dos dados, e após informar aos participantes sobre a finalidade da gravação, o pesquisador espera que os pesquisados esqueçam o artifício e a entrevista transcorra de forma mais natural. O uso do gravador deve ser restrito à coleta de dados necessária à questão de pesquisa, e que, em muitos casos, a gravação exerce influência nas respostas dos participantes, sendo esses considerados pontos negativos ao uso desse material (FLICK, 2002).

A transcrição das falas é uma etapa importante para a interpretação dos dados e não contribui somente para que os dados sejam medidos com exatidão, mas também para a formulação de suas regras que induzem a um tipo de fetichismo que não possui mais nenhuma relação razoável com a questão e os produtos da pesquisa (FLICK, 2002). A transcrição deve ocorrer logo após o término da entrevista para que possa ser enriquecida de detalhes sobre as reações apresentadas pelo entrevistado, observadas no decorrer da entrevista.

Conforme já salientado, para a realização da entrevista foi utilizado um roteiro semiestruturado elaborado a partir dos objetivos do estudo e composto por três partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho dos pesquisados; a segunda, com questões abertas relacionadas à longitudinalidade do cuidado na prática assistencial do enfermeiro junto à população; e a terceira com uma

questão que incitava os enfermeiros a relatarem uma experiência vivenciada na sua prática na ESF, em que ele considerasse ter ocorrido a longitudinalidade.

O instrumento de coleta de dados foi submetido à avaliação por seis docentes doutores, sendo quatro da Universidade Estadual de Maringá, um da Universidade Federal do Mato Grosso e um da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sendo realizadas as adequações necessárias, promovendo uma coleta de dados mais eficiente e objetiva.

Um dos pontos centrais que determina o sucesso de uma pesquisa é a formulação das questões do estudo, que deve ser guiada com o objetivo de esclarecer os pontos que os contatos de campo irão revelar, e assim quanto menos claras forem as questões, maior será o risco que o pesquisador possui de ficar impotente diante de uma gama de dados. “É importante que o pesquisador desenvolva uma ideia clara de sua questão de pesquisa, mas que permaneça aberto a novos e talvez surpreendentes resultados” (FLICK, 2002, p. 63).

O roteiro da entrevista semiestruturada visa “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa” e contém poucas questões. É um instrumento que orienta um diálogo com uma finalidade, que é a entrevista, e deve facilitar a abertura, ampliar e aprofundar a comunicação. Vale destacar que os instrumentos utilizados na pesquisa qualitativa podem ser corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, objetivando a finalidade da investigação. Entretanto, não se pode improvisá-lo, pois isso significa “correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento” (MINAYO, 2004, p. 101).

Na entrevista, do mesmo modo que o entrevistador pode auxiliar o entrevistado, também pode inibi-lo de algum modo, podendo prejudicar os objetivos da pesquisa. Explica-se assim a importância de uma adequada realização da entrevista, além de necessitar de estratégia, também é preciso tática, que depende das habilidades do entrevistador (GIL, 2002).

No fim da entrevista foi solicitado ao participante que realizasse um relato de experiência, ou seja, contasse uma situação assistencial na qual o enfermeiro julgasse que a longitudinalidade ocorreu. Dessa forma, pode-se evidenciar, por meio de uma situação da prática assistencial do enfermeiro, a forma com que a longitudinalidade transcorre no trabalho desse profissional.

4.5 ACESSO AOS INFORMANTES

A coleta dos dados se deu entre os dias 05 e 24 de abril de 2010, viajando por sete municípios, percorrendo em torno de 850 quilômetros. Inicialmente os dados foram coletados nos municípios de Catanduvas, Iguatu, Céu Azul, Espigão Alto do Iguaçu e Guaraniaçu, nas unidades de saúde de cada município, sendo que não fui apenas a Campo Bonito, pois a entrevista foi realizada na 10ª RS, especialmente pelo difícil acesso ao município. Após essa etapa coletei os dados nas ESF de Cascavel, município sede da 10ª RS, a qual possui uma unidade de ESF na área urbana, com duas equipes, sendo as demais localizadas na zona rural.

Em termos gerais, em todos os municípios tive boa receptividade e abertura às unidades de saúde por parte dos secretários de saúde; disponibilidade e interesse dos enfermeiros, os quais em alguns momentos muito atarefados cederam um espaço da sua agenda para me atender; colaboração das pessoas, em geral, em prestar informações sobre localização das unidades, horários de ônibus e local para fazer as refeições; disponibilidade de carro da ESF em alguns municípios em que as unidades eram longes umas das outras, para me levar até esses locais, assim como para retornar ao município de Cascavel nos dias em que eu ia aos distritos; e o apoio financeiro da Fundação Araucária. Esses fatores se constituíram em aspectos que favoreceram a coleta de dados, tornando o caminho menos árduo e a chegada de um resultado final satisfatório e gratificante.

Do mesmo modo, durante todo o processo algumas dificuldades também surgiram: difícil acesso a alguns municípios e aos distritos de Cascavel; dificuldade no agendamento das entrevistas, pois alguns enfermeiros estavam com muito trabalho por causa da campanha de vacina da gripe H1N1, ou por terem muitas reuniões e cursos marcados, especialmente no município de Cascavel. Além disso, em muitos momentos passei por longas esperas na recepção para conseguir um horário na agenda do enfermeiro, sendo que apesar do agendamento prévio da entrevista, a demanda de usuários em muitos locais é grande, o que refletiu em maior tempo utilizado para a coleta de dados, porém oportunizou melhor conhecimento da realidade de cada local visitado.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados seguindo os pressupostos conceituais de Starfield (2002), que servem de base para a discussão, e trata sobre o tema da longitudinalidade como uma das principais características da APS. A autora salienta que “a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”, e, dessa forma, a APS precisa conseguir identificar a população eletiva, assim como as pessoas da população que deveriam ser atendidas na unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, “o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser firmada em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 62).

Nesse sentido, pode-se afirmar que ante a existência de uma relação entre um profissional e usuário que ultrapasse as especificidades do problema, é provável que este indivíduo procure o mesmo profissional para um novo problema de saúde, caracterizando assim a longitudinalidade no atendimento (STARFIELD, 2002).

O referencial metodológico escolhido para analisar os dados foi a análise de conteúdo de Bardin (2008, p. 33) entendida como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” e visa “obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2008, p. 44).

A análise de conteúdo busca o conhecimento daquilo que está por trás das palavras sobre as quais está estudando. Paralelamente a isso, o autor afirma que toda análise objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos, por meio de operações conducentes a resultados de confiança (BARDIN, 2008).

Pré-análise

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista gravada. À medida que as entrevistas se sucederam, as falas foram transcritas na íntegra. Nesse momento, iniciou-se a fase de pré-análise, em que se deu a leitura flutuante, sendo que a totalidade dos dados coletados nas entrevistas se configurou no *corpus* a ser analisado, viabilizando assim a formulação de hipóteses e objetivos.

A fase da pré-análise corresponde à organização, assim como um período de intuições, objetivando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. Essa fase possui como primeira atividade a leitura flutuante, que consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2008).

A segunda atividade é a escolha dos documentos, que muitas vezes é necessário constituir um *corpus*, que “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, este para ser constituído precisa seguir as regras de exaustividade – não se pode deixar fora um dos elementos por qualquer que seja a razão; regra de representatividade – a amostra escolhida deve ser representativa do universo inicial, para generalizar os resultados ao todo; regra de pertinência – os documentos devem ser adequados para corresponderem ao objetivo que suscita a análise (BARDIN, 2008, p. 122).

A pré-análise ainda se constitui de uma terceira atividade, que é a formulação de hipóteses e objetivos. Nesse caso, a hipótese é uma afirmação provisória daquilo que se propôs a verificar e o objetivo é a finalidade geral proposta. A quarta atividade é a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e a quinta é a preparação do material, que se faz antes da análise, é uma preparação formal/edição.

Fase de exploração do material

O material coletado foi lido várias vezes, com a finalidade de apreender de maneira global as ideias principais e seus significados gerais, para haver maior interação entre pesquisador e material de análise.

Nessa fase de exploração do material os dados brutos são transformados com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto, uma vez que “se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase de análise [...] não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas”. Essa é uma fase longa e maçante, e consiste nas operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras formuladas previamente (BARDIN, 2008, p. 127).

Nesse momento da análise realiza-se a codificação, que corresponde a transformação dos dados brutos do texto, por meio de recorte – escolha das unidades; enumeração – escolha das regras de contagem e permite atingir uma representação do

conteúdo, ou da sua expressão; e classificação e agregação – escolha das categorias (BARDIN, 2008).

Fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Nesse momento se procedeu a categorização, sendo que os elementos foram isolados e organizados às mensagens, investigando o que cada elemento tem em comum com o outro, e, em seguida, procedeu-se a inferência.

Os resultados são tratados de forma a serem significativos e válidos. O analista “tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”. Os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências atingidas, podem ser a base para outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticada graças a técnicas diferentes (BARDIN, 2008, p. 127).

A respeito da categorização dos dados Bardin (2008, p. 145) afirma que é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. As categorias são classes em que se reúnem um grupo de elementos, sendo este agrupamento feito pelas características comuns entre os elementos. O critério para a categorização pode ser semântico – categorias temáticas, sintático – verbos e adjetivos, léxico – classificação por palavras segundo o seu sentido, e expressivo.

Na categorização para se classificar os elementos é imposta a investigação do que cada um desses tem em comum com os outros, permitindo assim o seu agrupamento. A categorização é composta pela fase do inventário, em que os elementos são isolados, e pela fase da classificação, para repartir os elementos, a fim de procurar ou impor uma organização às mensagens (BARDIN, 2008).

Sobre a inferência a autora afirma que é o procedimento da análise de conteúdo, entre a descrição (enumeração das características do texto) e a interpretação (significação concedida a estas características). Na inferência, tem-se os pólos da análise, que consistem: no emissor – pode ser um indivíduo ou grupo de emissores; o receptor – pode ser um indivíduo, grupo de indivíduos, ou uma massa de indivíduos; a mensagem – qualquer análise de conteúdo passa pela análise própria da mensagem, que constitui o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual a análise não seria possível; e o medium – que corresponde ao canal,

ao instrumento, ao objeto técnico, ao suporte material do código, sendo que este serve como um indicador capaz de revelar realidades subjacentes (BARDIN, 2008).

Técnicas de análise de conteúdo

A análise de conteúdo de Bardin (2008) possui algumas técnicas para atingir os significados, como a análise categorial, análise de avaliação, análise da enunciação, análise proposital do discurso, análise da expressão e, análise das relações.

No presente estudo foi utilizada a análise categorial de Bardin, que se mostrou mais pertinente para a análise dos dados e permitiu elaborar o conteúdo da pesquisa em categorias temáticas. Assim, essa é a análise mais antiga e mais utilizada, e ocorre por “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo agrupamentos analógicos” (BARDIN, 2008, p. 199).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento deste estudo teve como prioridade respeitar todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos disciplinados pela resolução 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). A solicitação de autorização para a realização do estudo foi feita mediante ofício enviado à 10ª RS, assim como para todas as secretarias de saúde dos oito municípios. Desse modo, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá, por meio do parecer n. 659/2009.

A solicitação de participação aos sujeitos da pesquisa se deu por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, e somente fizeram parte do estudo as pessoas que concordaram e assinaram o referido termo em duas vias. Por ocasião da solicitação os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a forma de participação e o tempo provável de duração da entrevista. Também foi assegurado aos participantes o livre consentimento e a liberdade de desistir da participação, se assim desejassem, em qualquer momento, assim como o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados da pesquisa.

Visando à preservação da identidade dos sujeitos, assim como para diferenciá-los durante o estudo, utilizaram-se códigos, em que os enfermeiros foram referenciados com a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (E1 a E20).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1

LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO: COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LONGITUDINALITY OF CARE: PERCEPTIONS OF THE NURSES THAT WORK AT
THE FAMILY HEALTH STRATEGY

LONGITUDINALIDAD DEL CUIDADO: COMPRENSIÓN DE LOS ENFERMEROS QUE
ACTÚAN EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMO

Objetivou-se identificar como os enfermeiros conceituam a longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família e verificar sua compreensão sobre a efetivação dessa em seu trabalho e junto à equipe. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros que atuam na saúde da família de municípios no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas, no mês de abril de 2010, e submetidos à análise de conteúdo categorial. Os enfermeiros compreendem a longitudinalidade como algo duradouro, atendendo o indivíduo integralmente. Esse profissional assiste aos usuários nos diferentes ciclos de vida, e a equipe é participativa, com maior atuação do Agente Comunitário de Saúde e menor participação do médico. Conclui-se que a longitudinalidade é importante no trabalho da equipe de saúde da família, e que sua prática está em conformidade com os princípios do modelo assistencial em questão.

Palavras-chave: Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente. Compreensão. Enfermagem.

ABSTRACT

This work was aimed at to identify how the nurses consider the longitudinality of care in the Family Health Strategy (FHS) and to verify their perception on its effectiveness in their work as well as in the working team. This is a descriptive-exploratory study with qualitative approach. Data were collected from 20 nurses that work in the FHS within the 10th Regional of Health of Paraná State, through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010 and submitted to the content analysis. The nurses understand the longitudinality of care as something durable, to assist the individuals in a thorough way. That kind of professional assists the users in their different life cycles, and the team is participative, with more actions from the part of the Community Agent of Health and less doctor's participation. It is concluded that the longitudinality of care is important in the work of the family health team, and that its practice is in agreement with the prevailing model of assistance.

Key words: Family Health. Continuity of Patient Care. Comprehension. Nursing.

RESUMEN

Tuvo por objetivo identificar cómo los enfermeros conceptúan la longitudinalidad del cuidado en la Estrategia Salud de la Familia y verificar su comprensión sobre la efectución de ésa en su trabajo y junto al equipo. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo. Los datos fueron recogidos junto a 20 enfermeros que actúan en la salud de la familia de municipios en el ámbito de la 10ª Regional de Salud de Paraná, por medio de entrevistas semiestructuradas, en el mes de abril de 2010, y sometidos al análisis de contenido categorial. Los enfermeros comprenden la longitudinalidad como algo duradero, atendiendo al individuo integralmente. Ese profesional asiste a los usuarios en los diferentes ciclos de vida, y el equipo es participativo, con mayor actuación del Agente Comunitario de Salud y menor participación del médico. Se concluye que la longitudinalidad es importante en el trabajo del equipo de salud de la familia, y que su práctica está en conformidad con los principios del modelo asistencial en cuestión.

Palabras clave: Salud Familiar. Continuidad de la Atención al Paciente. Comprensión. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser estruturada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata¹. Assim, a APS busca implementar outros modelos de assistência, uma vez que o modelo centrado no hospital não atende às modificações do mundo moderno e às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias.

Foi a partir de 1988, no Brasil, com os debates realizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, em espaços de articulação da Participação Popular na Constituinte, que se originou o Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Desse modo, com a histórica busca de mudanças no modelo de atenção à saúde, resultou, em 1994, no Programa Saúde da Família (PSF), apresentado como um modelo centrado na família e na equipe².

Atualmente o PSF tem como denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), e sendo um modelo da APS também é a porta de entrada no sistema de saúde para as necessidades e problemas de saúde da população, oferecendo atenção para a pessoa no decorrer do tempo, e para todas as condições, exceto às raras, além de coordenar ou integrar as ações fornecidas em outro lugar ou por terceiros³.

A APS se distingue de outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos essenciais, sendo eles: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Dentre esses atributos o mais importante para a APS e, conseqüentemente, para a ESF é a longitudinalidade, a qual significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde³.

No Brasil, o termo longitudinalidade é pouco usado e estudos sobre a atuação profissional nesse sentido são escassos. Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido similar⁴. Apesar de a palavra continuidade ser corriqueiramente utilizada como sinônimo de longitudinalidade, esses termos possuem especificidades conceituais. Na APS a longitudinalidade é empregada para significar “uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. A continuidade não é necessária para que esta relação exista, pois as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, não significa interrupção da relação^{3:247}.

A ESF possui responsabilidade longitudinal pelos usuários da rede de serviços de saúde, mantendo relação constante com estes, ao longo da vida, e isso deve ocorrer independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se o cuidado integral³. No âmbito da ESF, tem-se a equipe mínima que é composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, a qual tem como uma de suas atuações a prestação de uma assistência longitudinal. Desses, o enfermeiro é um profissional que, junto com os demais membros da equipe, deve ter grande contato e conhecimento a respeito do território e das condições socioeconômicas da população atendida, assim como, possuir um aporte prático e científico para atender aos usuários.

A prática profissional do enfermeiro na ESF é considerada como sendo de suma importância social, em especial no que se refere ao processo saúde-doença da população e

suas ações são de suma importância para se reestruturar esse modelo assistencial⁵. Assim, esse artigo trata das interpretações de enfermeiros sobre a longitudinalidade, pois, ao revisar a literatura, e valorizar a importância de tal atributo, percebe-se a escassez de estudos – especialmente no Brasil – que abordem o tema, e, considerando esse importante na APS e, conseqüentemente, fundamental para a ESF, o presente estudo objetivou identificar como os enfermeiros conceituam a longitudinalidade do cuidado na ESF e verificar sua compreensão sobre a efetivação dessa em seu trabalho e junto à equipe.

METODOLOGIA

O Estado do Paraná é dividido em 22 Regionais de Saúde, as quais constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná com as secretarias municipais de saúde. O presente estudo, de natureza descritivo-exploratória qualitativo, é parte do projeto de pesquisa “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária. Ele foi realizado em sete dos 25 municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que tem como sede o município de Cascavel/PR,

Para a definição dos participantes do estudo, considerando a possibilidade de existir certa diversidade na ESF dos municípios da regional definida, relacionada ao seu porte populacional (ou seja, capacidades diferenciadas de atendimento à saúde, com influência nas possibilidades de prestação do atendimento longitudinal), esses foram inicialmente divididos em cinco grupos: os municípios que tinham menos de 5.000 habitantes (6); de 5.000 a 10.000 habitantes (10); de 10.000 a 20.000 habitantes (7); de 20.000 a 35.000 habitantes (1); e 1 município com mais de 35.000 habitantes. Na sequência, sortearam-se 2 municípios pertencentes aos 3 primeiros grupos e se incluíram os 2 maiores.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo deveriam ser informantes deste, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe há pelo menos cinco meses. Do total de 27 enfermeiros atuantes nas equipes de ESF nos municípios selecionados, 20 participaram do estudo, considerando que quatro não atendiam aos critérios de inclusão (dois atuavam na unidade há menos de cinco meses, e dois não tinham equipe mínima completa), um estava de férias, outro afastado por questões de saúde, e um terceiro não aceitou participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de entrevistas, as quais após o consentimento foram gravadas em gravador tipo digital. As entrevistas foram previamente agendadas por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional e transcorreram em sala reservada. Assim, 16 foram realizadas nas unidades de saúde de cada município, três na secretaria de saúde de Cascavel, em dia de reunião, e uma na 10ª Regional de Saúde, em dia de capacitação.

As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas referentes ao perfil sociodemográfico e à dinâmica de trabalho dos pesquisados; e a segunda, com questões abertas relacionadas com a compreensão do termo longitudinalidade do cuidado e como ela se dá no cotidiano de trabalho do enfermeiro e de sua equipe. Mediante a não clareza sobre o termo longitudinalidade do cuidado, o pesquisador esclareceu o conceito da expressão usada no estudo, para que esse pudesse embasar o restante da entrevista: Refere-se ao estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre usuários e profissionais da equipe de saúde, ou seja, se trata do acompanhamento do usuário ao longo do tempo por profissionais da equipe³.

Na discussão dos resultados, foram utilizados principalmente os pressupostos conceituais de Starfield³, o qual trata a longitudinalidade como uma das principais

características da APS. A análise dos dados se deu por meio da análise de conteúdo categorial, procedendo-se a pré-análise mediante leituras flutuantes da totalidade dos dados coletados que se configurou no *corpus* analisado, viabilizando a formulação de interpretações e indagações iniciais. Em seguida, realizou-se leitura exaustiva do material, sua codificação, enumeração, classificação e agregação. Finalmente, procedeu-se a interpretação e categorização dos resultados obtidos, diante da identificação das unidades de interesse, dos aspectos comuns entre elas, e das inferências⁶.

O desenvolvimento do estudo atendeu às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer n. 659/2009). Antes da entrevista as informações pertinentes ao estudo foram explanadas pelo pesquisador, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a diferenciação dos sujeitos da pesquisa, assim como a preservação de sua identidade, foram utilizados códigos, em que os enfermeiros foram referenciados com a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (E1 a E20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho dos enfermeiros em estudo

Dos enfermeiros estudados a maioria era do sexo feminino (19), com idade entre 22 e 45 anos, e a maior parte (11) na faixa etária dos 26 aos 30 anos. Dos respondentes doze eram casados, seis solteiros, um separado judicialmente e um em união estável. A maior parte (11) não tem filhos, cinco tem dois filhos e quatro tem um filho.

Dentre os 20 participantes, 18 atuavam apenas na ESF, um também atuava na área da docência e outro na área hospitalar. A renda familiar mensal variou de três a vinte e seis salários mínimos, predominando (14) uma renda de cinco a dez salários, e em oito casos

apenas duas pessoas eram dependentes da renda, ressaltando que o número máximo de dependentes foi de cinco pessoas, representado por apenas um caso.

Em relação à formação dos enfermeiros, identificou-se que a maior parte (13) se graduou em universidade pública, e o tempo de formação variou de dois a vinte anos, sendo que seis se graduaram entre 10 e 20 anos, e os outros quatorze enfermeiros há menos de oito anos. Quase a totalidade (19) dos enfermeiros possuía pós-graduação *lato sensu*, sendo 15 na área de saúde pública, dos quais cinco em saúde da família.

Sobre a dinâmica de trabalho dos pesquisados, a maioria (15) atuava em unidade exclusiva de ESF e os outros cinco em unidades mistas. Quanto ao vínculo empregatício, 17 dos entrevistados realizaram concurso público e três são seletistas. No que concerne ao tempo de atuação na ESF, variou de cinco meses a onze anos, e a metade (10) atua entre seis e dez anos, e o tempo de trabalho na mesma unidade variou de cinco meses a oito anos, predominando (10) a faixa de tempo de um a cinco anos.

No tocante ao número de famílias atendidas pela equipe de ESF, a maioria (17) não ultrapassa o número preconizado para esse modelo assistencial, atendendo entre 500 e 1000 famílias. Dos entrevistados, 12 possuíam alguma área de seu território descoberta por ACS, variando de 100 a 250 famílias.

A CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

Dos relatos foi possível identificar duas vertentes conceituais para o termo longitudinalidade do cuidado, as quais são apresentadas a seguir:

O cuidado longitudinal como uma perspectiva duradoura

O termo longitudinalidade do cuidado não é muito difundido na literatura, em especial no Brasil, o que justifica que a expressão não seja clara para a maioria dos entrevistados. Na concepção dos enfermeiros a expressão perpassa principalmente por um

cuidado duradouro, que faz uma previsão não apenas para o cuidado presente, mas, sobretudo, pensando no desenvolvimento desse cuidado de forma porvindoura.

Acho que essa longitudinalidade é abranger a saúde ao longo do tempo, não a curto prazo, a longo prazo, que se pensa lá na frente (E 5).

Acredito que o cuidado longitudinal seja uma assistencial prestada após a patologia, a assistência, ou seja, um cuidado prolongado (E 8).

A longitudinalidade do cuidado, que é o estabelecimento da relação terapêutica duradoura entre usuário e profissionais de saúde, de fato é um processo extenso e que demanda um grande período de tempo para ser operacionalizado, dependendo, mormente da frequência de contato entre ambos. As respostas de entrevistados, apesar de serem objetivas, em virtude da não clareza sobre a expressão, foram pertinentes ao abordar o fator tempo, que tem grande influência para a ocorrência da longitudinalidade.

Concorda-se com os pesquisados que o termo longitudinalidade é de difícil conceituação, o qual não é encontrado em qualquer dicionário. É derivado de longitudinal, que é definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”^{3:247}. O termo é associado a uma progressiva relação terapêutica entre usuário e um ou mais profissionais, em um mesmo local, o que aumenta o conhecimento sobre o indivíduo e oferece a percepção de garantia do cuidado futuro, além de ser pautada na confiança e responsabilidade entre profissional e usuário^{7,8}.

Outro ponto abordado por respondentes, o qual remete ao significado da longitudinalidade a uma relação duradoura, foi a questão das ações preventivas, que são vistas como um processo que demanda tempo.

O cuidado ao longo do tempo é não só quando a pessoa esteja realmente com a patologia, mas que se faz o cuidado preventivo, o cuidado pós-patológico (E1).

Eu acredito que longitudinalidade seja em relação à prevenção, de você ver o paciente bem à frente, não só o momento [...] (E16).

A concepção que enfermeiros têm sobre o termo está em conformidade com o que tem sido encontrado na literatura, visto que um cuidado longitudinal engloba uma assistência integral, assistindo o usuário e vendo os resultados das ações prestadas. Esse cuidado deve permear um acompanhamento pelo profissional além dos episódios de doença, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A longitudinalidade envolve, por exemplo, o acompanhamento dos diversos problemas de saúde de um usuário pela mesma equipe de saúde, e necessita manter uma estabilidade pessoal no tempo e espaço na inter-relação profissional/usuário para resolução dos problemas de saúde⁹. Para tanto, é fundamental que o profissional desenvolva constantemente ações preventivas e de promoção da saúde junto à população adscrita, tendo em vista que é principalmente por meio dessas ações que as condições de saúde são melhoradas e mantidas, minimizando a exposição a fatores de risco, o que evita o aparecimento de agravos.

As concepções sobre longitudinalidade do cuidado referidas pelos entrevistados podem ser influenciadas pelo modelo assistencial a que esses estão vinculados, tendo em vista que a ESF prioriza as ações de prevenção e promoção da saúde, e a assistência tanto do usuário como de sua família. Sobre isso, há um relato de destaque, o qual remeteu ao conceito mais próximo ao encontrado na literatura.

É o cuidado contínuo. [...] o PSF tem condição de fazer essa longitudinalidade porque a gente começa atender a família, e devagar você vai atendendo, através das condições de moradia, alimentação, então você começa a perceber se ele melhorou, o que geralmente melhora, então você começa a perceber que quem não tem horta passa a ter, começa a ter pé de fruta, começa a reciclar o lixo, então a vida dele, a condição de vida dele vai melhorando, e aqueles que adoecem, você consegue, dependendo do tempo que você fica na unidade, consegue acompanhar (E 13).

O relato desse respondente remete a reflexão de que esse cuidado ocorre no seu cotidiano de trabalho, além de que durante a entrevista, o profissional deixou evidências de

que tem clara as propostas da ESF, gosta de atuar nessa área e está há 11 anos inserido nesse modelo assistencial. Com o cumprimento das propostas da ESF há possibilidade de realizar o cuidado longitudinal, sendo fundamental que o profissional conheça de fato os princípios da estratégia e esteja comprometido tanto com suas metas, como com as necessidades da comunidade e propósitos da equipe.

O cuidado ao longo do tempo pode ser visto como um contrato implícito entre profissional e usuário, em que o primeiro assume a responsabilidade permanente para com o indivíduo, de modo que o profissional encaminhe a pessoa para outro nível assistencial, quando a resolutividade estiver além de sua competência e possibilidade⁸. A longitudinalidade, por se relacionar a resultados positivos na atenção à saúde, deveria ser contemplada em distintas propostas de modelos assistenciais que integram a APS no Brasil, sendo que os elementos favorecedores da longitudinalidade deveriam compor o aporte teórico de tais modelos⁴.

O cuidado longitudinal na perspectiva da integralidade da assistência

Em uma relação terapêutica duradoura, é fundamental que o profissional compreenda o indivíduo em seus diversos aspectos, ou seja, emocional, mental, espiritual e físico. Sobre isso, alguns profissionais abordaram que a longitudinalidade está diretamente relacionada com a prestação de uma assistência integral, que preza pela visão do ser humano como um todo, provido de sentimentos e com necessidades específicas em cada momento de sua vida.

É atender nas fases, ter visão holística, você começa atendendo uma criança e vai acompanhando o desenvolvimento dela ao longo da vida, lembrando que é uma pessoa, e que tem sentimentos e você tem que considerar tudo isso (E11).

É ver desde o nascimento até a morte. Desde a questão nascimento, casamento, ver toda a questão histórica da doença, do diagnóstico, do prognóstico, é ver como indivíduo único, ser tratado na integralidade, em tudo o que ele precisa, na família dele e individualmente como ser único (E19).

No cuidado prestado ao longo do tempo, o profissional tem a oportunidade de acompanhar o indivíduo no decorrer de seu ciclo de vida, compreendendo melhor o processo saúde/doença. Na prestação da assistência integral ao usuário, é fundamental que seja considerada a família, tendo em vista que por meio da compreensão do contexto familiar do indivíduo, assim como da realidade que está inserido, é possível identificar grande parte de seus problemas, e, além disso, ao atender às necessidades do núcleo familiar como um todo, chega-se com mais precisão à resolutividade dos problemas de saúde.

Destarte, o atendimento integral vai além da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, “se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requer o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional”. A integralidade do cuidado ao indivíduo e coletividade se dá por meio da percepção do usuário como ser histórico, social e político, relacionado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade que está inserido^{10:336}.

A integralidade da assistência é um, dentre os quatro atributos essenciais da APS, dessa forma é justificável sua associação com a longitudinalidade, que é considerada o atributo mais importante. Por conseguinte, as falas permitem identificar que o sentido de integralidade é mais no âmbito da assistência direta ao usuário, e sua relação duradoura entre este e o profissional de saúde, remetendo em parte ao significado encontrado na literatura quando se trata da integralidade enquanto princípio da APS, de modo que não envolve outras questões do atendimento integral, como a prestação de todos os atendimentos e serviços de saúde que o usuário necessite.

A integralidade implica no fato de as unidades de saúde serem capazes de viabilizar que o usuário seja atendido por todos os tipos de serviços de saúde que necessite, mesmo que isso exija encaminhamento para outros níveis assistenciais, ou seja, ter acesso a serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas

específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Além disso, a assistência integral também envolve o reconhecimento, por parte da equipe, a respeito das necessidades de serviços preventivos e curativos, além de evidenciar os problemas que o usuário apresenta, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais³.

DESENVOLVIMENTO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO E DE SUA EQUIPE

Do processo de análise de conteúdo se pode identificar que os enfermeiros compreendem a efetivação da longitudinalidade do cuidado sob distintos pontos de vista, dando ênfase na importância da participação da equipe de ESF nesse processo. Tais compreensões são descritas a seguir:

O enfermeiro acompanhando os diferentes ciclos de vida

Ao atribuir um conceito para a expressão longitudinalidade, os enfermeiros referiram sobre o cuidado nas diferentes fases da vida, atendendo o usuário na sua integralidade e individualidade, por meio de uma assistência duradoura. Do mesmo modo que manifestaram conceitos, evidencia-se, por relatos, que esses estão em conformidade com a prática cotidiana desses profissionais.

O cuidado no decorrer do tempo acontece porque é uma população que sempre viveu aqui, então a gente acompanha sempre, ou a gestante ou uma adolescente, depois engravidou, ou até o idoso, ele tem uma doença crônica e você vai acompanhando (E7).

A gente acompanha o paciente, às vezes é adolescente, aí eu pego ela grávida, mãe, puérpera, cuida da criança. O idoso eu já pego na fase da doença, e a gente acompanha ele (E17).

É fundamental que o cuidado seja prestado nos diferentes ciclos de vida, considerando suas particularidades, compreendendo que durante o processo de acompanhamento o profissional terá a possibilidade de visualizar a transição de fases de um

usuário ou de sua família, podendo assim intervir no processo saúde/doença. Evidenciou-se nos relatos que o profissional desenvolve a longitudinalidade do cuidado em especial com as fases da vida que exigem mais atenção, ou seja, gestante e adolescente grávida, criança e idoso, os quais têm maior demanda na unidade de saúde e também que existe mais cobrança e incentivo por parte das secretarias de saúde e gestores.

O enfermeiro, dentre outras atribuições específicas na equipe da ESF, realiza assistência integral aos indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão¹¹.

Considerando o propósito de a ESF focalizar seu atendimento na família, chamou a atenção que apenas um profissional salientou a importância de acompanhar a família como um todo, em seus diferentes momentos durante a prestação de um cuidado ao longo do tempo.

É muito importante que dentro do PSF você esteja com a família na hora que nasce, e esteja na hora da morte, e mesmo no velório, porque eles têm que sentir que você está integrado com eles, que você se importa (E19).

O modelo assistencial da ESF permite o acompanhamento do indivíduo e de sua família de forma muito próxima, como se evidenciou no relato é necessário que a população se sinta integrada com o enfermeiro, desse modo irá permitir que seu acompanhamento seja realizado com maior eficácia, visto que o estabelecimento de uma boa relação entre profissional e usuário é fundamental para a melhoria da qualidade das ações e de resultados na saúde da população.

A ESF tem a proposta de estruturar os serviços de saúde, por meio da promoção de uma relação mais estreita entre profissionais e objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, com o compromisso de prestar assistência integral e com

resolutividade a toda população, que tem o acesso ao serviço de saúde garantido, por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar^{2, 12,13}.

A participação da equipe no desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado

Na ESF o trabalho da enfermagem se configura na busca de reformular e integrar a prática com os outros profissionais de saúde da equipe. Isso ocorre, especialmente, por meio da articulação das intervenções técnicas e da interação entre os demais trabalhadores da equipe de saúde da família. Para se compreender as particularidades das ações do enfermeiro na saúde da família é fundamental que seja analisada a sua visão de trabalho em equipe, seu relacionamento no processo de trabalho e a maneira como o enfermeiro concretiza o cuidado específico de enfermagem¹⁴.

A integração da equipe multiprofissional de saúde é fundamental para que o cuidado longitudinal ocorra na ESF, e no tocante a esse assunto os enfermeiros demonstraram satisfação no trabalho em equipe, sendo que a maior parte dos relatos apontou positivamente esse aspecto.

Toda a equipe participa das ações, do acompanhamento dos pacientes, desde o agente, a técnica em enfermagem, eu, o médico, do PSF, para estar acompanhando também [...] (E6).

A equipe é 100%, até a zeladora participa, é tão boa, que não tem do que reclamar, [...], a gente faz muito o trabalho junto, é claro que você não vai fazer a função do outro, mas vai ajudar (E13).

A equipe é o sentido mesmo da palavra mesmo, equipe, a gente consegue interagir entre nós e com os usuários. A equipe é boa, tem a visão de PSF, essa questão de acompanhar o paciente tem mesmo (E15).

Por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, há maior possibilidade de resolutividade dos problemas de saúde da população, assim como para a promoção e prevenção da saúde. O que se pode observar, é que nos locais em que de fato a equipe é integrada, os enfermeiros não tiveram muitas dificuldades em discorrer sobre o

acompanhamento ao longo do tempo, fluindo com naturalidade seus relatos. Ressalta-se aqui que a maior parte dos enfermeiros afirmou que a equipe é colaborativa, porém é possível perceber a participação mais efetiva do ACS, sendo considerado por esses como essencial para haver a longitudinalidade do cuidado junto aos usuários.

Os ACS fazem a visita e passam para a gente, que eles são sempre o primeiro contato com o paciente, então eles passam para a gente tentar dar continuidade do trabalho (E6).

É muito mais através da ação do ACS, são 700 e poucas famílias, você não tem perna para ficar indo continuamente, ele acompanha, tem famílias de risco, e ele está passando para a gente a necessidade da equipe ir visitar (E10).

Em uma equipe de saúde da família cada membro tem suas funções específicas, e, sendo o ACS responsável por visitar mensalmente as famílias da área de abrangência, é a pessoa que mais conhece a realidade da população, e quando adequadamente capacitado tem condições de elencar as prioridades e levar as diversas situações de saúde para os demais membros da equipe, para que juntos possam discutir e planejar a melhor resolutividade para cada caso. Relatos permitiram evidenciar que quem efetivamente tem um acompanhamento ao longo do tempo da população é o enfermeiro, aliado aos ACS, os quais estão mais diretamente envolvidos com essa prática.

O ACS é um dos membros da equipe de saúde da família de extrema relevância, o qual deve residir na área que atua e vivenciar a realidade local, interagindo com valores, linguagens, problemas, alegrias, satisfações e insatisfações da população. Dessa forma, o ACS tem o papel fundamental de realizar o intercâmbio entre os usuários e a equipe de saúde, identificando as necessidades de saúde, visando à busca de intervenções multiprofissionais no intuito de melhorar a qualidade de vida e saúde da população adscrita¹⁵.

A participação dos demais membros da equipe na atuação interdisciplinar é menor, de modo que o médico é visto por enfermeiros como o profissional menos integrado com as atividades em equipe, atuando em um modelo tradicional, por meio de consultas na unidade

de saúde, realizando ações junto à comunidade apenas em visitas domiciliárias no atendimento aos casos mais graves.

O médico vai, faz a visita quando solicitado, mas não tem esse acompanhamento tão direto, não tem aquele vínculo maior, não desenvolve (E1).

A equipe não acompanha, o médico não se envolve, fica mais na demanda mesmo [...] (E8).

A literatura tem apontado que os médicos que atuam na ESF ainda têm uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar, e, além disso, têm deficiência na educação permanente voltada ao reconhecimento dos problemas da realidade local, dificuldades na execução do trabalho interdisciplinar, além de falta de perfil para exercer um atendimento de forma integral à população adscrita^{16, 17}. Percebe-se que a atuação do médico, de maneira geral, não vai ao encontro das propostas da ESF, as quais priorizam ações de promoção e prevenção à saúde, e o trabalho em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção dos enfermeiros sobre o termo longitudinalidade está próxima ao conceito encontrado na literatura, perpassando pela questão de ser uma relação duradoura, ou seja, que ocorre ao longo do tempo, estando diretamente associada a outro atributo da APS, a integralidade na assistência, que pressupõe ver a pessoa na sua individualidade e como ser social.

Quanto ao desenvolvimento da longitudinalidade no cotidiano de trabalho, os profissionais ressaltaram pontos que vêm ao encontro das propostas do modelo assistencial em que está atuando a ESF, como o acompanhamento dos usuários nas diferentes fases da vida, a assistência integral ao indivíduo e família, considerando seu contexto biopsicossocial, assim como a atuação por meio de ações preventivas, visando à obtenção de resultados positivos na situação de saúde da população.

No que tange ao trabalho na equipe de ESF, percebeu-se que, de um modo geral, a equipe é participativa, e que quando essa é integrada a longitudinalidade do cuidado ocorre com mais facilidade e eficácia. O ACS foi considerado o profissional mais importante para a ocorrência do acompanhamento longitudinal, pela sua característica de conhecer a população como um todo, e, desse modo, poder identificar os agravos a serem vistos mais de perto pela equipe. Entretanto, o profissional que menos participa do trabalho em equipe foi o médico, o qual fica restrito às ações de caráter curativo.

Com a realização do estudo se pode reforçar dados encontrados na literatura sobre a longitudinalidade do cuidado, ou seja, é necessário haver uma relação duradoura entre profissional e usuário, acompanhando os diferentes ciclos de vida, conhecendo sua individualidade, o que viabiliza a elaboração de intervenções mais eficazes, chegando à resolutividade dos problemas com maior rapidez.

O presente estudo serve de subsídio para que outras pesquisas sejam realizadas nesse sentido, pois a longitudinalidade tem benefícios comprovados na literatura, porém ainda é um tema pouco discutido, em especial no Brasil. É necessário que seja vista não somente a atuação do enfermeiro, que é membro fundamental para instigar todos da equipe a prestar um cuidado com uma perspectiva duradoura, mas também investigar a realidade da equipe de ESF como um todo, podendo identificar assim suas falhas e sucessos, com vistas à melhoria da qualidade da assistência, fazendo com que essa possa ter um caráter cada vez mais longitudinal dentro da saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Silva K, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do Enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. Esc Anna Nery. 2010; 14(2):368-76.
2. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 nov-dez; 13(6):1027-34.

3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
4. 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.
5. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. *Rev enferm UERJ*. 2009 abr/jun;17(2):252-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
7. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219-21.
8. Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*. 2003; 1(3):134-45.
9. Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. *Rev Esp Salud Publica*.1997; 71:479-85.
10. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. [on line] 2007. 12(2): 335-42. [citado 2010 maio 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf> .
11. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
12. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* [on line] 2004; 19:303-17. [citado 2010 maio 25]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque82.pdf>.
13. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am J Public Health* [on line]. 2007; 21(2/3):164-76. [citado 2010 fev 27]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> .
14. Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: *Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família*; 2000 nov. 9-11; São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.
15. Brand C, Antunes R, Fontana R.. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare enferm*. 2010;15(1):40-7.

16. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. Arq catarin med. 2003; 32(4): 65-74.
17. Goncalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev bras educ med. 2009; 33(3):382-92.

5.2 ARTIGO 2

VÍNCULO ENTRE ENFERMEIRO E USUÁRIO: ELEMENTO ESSENCIAL À EFETIVAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

BONDING BETWEEN NURSE AND USERS: ESSENTIAL ELEMENT ON THE EFFECTIVENESS OF LONGITUDINALITY OF CARE

RESUMO

Objetivou-se reconhecer como enfermeiros que atuam na saúde da família percebem o vínculo na prática assistencial e a relação que estabelecem entre ele e a longitudinalidade do cuidado. Estudo descritivo-exploratório qualitativo, realizado com 20 enfermeiros da saúde da família de municípios da 10^a Regional de Saúde do Paraná, mediante entrevistas semiestruturadas, em abril de 2010, com dados submetidos à análise de conteúdo. Enfermeiros traduzem o vínculo como relações humanizadas pautadas na confiança, desenvolvido pela competência e resolutividade profissional, coparticipação do usuário e atendimento integral. Identificam que o vínculo é facilitado pelo interesse do usuário e contato constante com esse, e é limitado pela rotatividade da população e atendimento restrito à unidade, sendo fundamental para a efetivação da longitudinalidade. Conclui-se que para enfermeiros o vínculo promove um estreitamento das suas relações com o usuário, oportuniza compreendê-lo na sua integralidade e estabelece uma relação longitudinal que propicia maior resolutividade nas ações.

Palavras-chave: Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente. Enfermagem. Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Aimed to determine how nurses that work with family health perceive bonding in the assistance and the relationship that is established between bonding and longitudinality of care. This is a descriptive-exploratory study with qualitative approach. Data were collected from 20 nurses that work in the family health within the 10th Regional of Health of Paraná State, through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010, submitted to the content analysis. Nurses translate bonding as humanized relationship based on trust, developed by the competence, professional resolubility, the user's co-participation and integral assistance. The bonding is facilitated by the users' interest, constant contact with them, is limited by the alternation of the population, assistance restricted to that health unit, being fundamental for the effectiveness of the longitudinality. Concluded the bonding improves their relationships with the users, gives opportunity to understand them on the

whole, it establishes a longitudinal relationship that propitiates greater resolvability in the actions.

Keywords: Family Health. Continuity of Patient Care. Nursing. Interpersonal Relations.

INTRODUÇÃO

A história recente da saúde brasileira é marcada pelo modelo de assistência curativista e hospitalocêntrica e pela necessidade e construção de mudanças neste. Para isso, desde os anos 1970, assumiu-se como uma referência à proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) construída internacionalmente¹, especialmente impulsionada a partir de 1978, ano em que ocorreu a Conferência de Alma-Ata. Com essa estratégia, dentre outras coisas, buscou-se ampliar o atendimento à saúde a todos os segmentos da sociedade, fazendo uso de meios que não fossem apenas clínicos, mas com base epidemiológica e social².

Outro marco no processo de transformação do sistema de saúde no Brasil, do fim da década de 1980, foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que, propiciada pela redemocratização social e política do país, de forma participativa, melhor definiu os rumos e meios das mudanças pretendidas. O ideal se concretizou na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporado à Constituição Federal Brasileira de 1988, que instituiu o acesso universal da população ao sistema de saúde, afirmou a saúde como direito e, além disso, priorizou as ações coletivas e preventivas de atenção à saúde, ainda que sem prejuízo às ações individuais e curativas³.

No contexto de implementação do SUS, propôs-se o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) por seu caráter de política de Estado para o setor saúde, que vem sendo assumida pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de reorganização da atenção básica à saúde no país, direcionada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, que orientam a política de APS no Brasil².

Além de a ESF incorporar os princípios do SUS e buscar um rompimento com a ideia de uma atenção de baixo custo simplificada⁴, esse modelo faz uma aproximação de outros preceitos da APS, como primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades⁵.

Dentre esses preceitos, a longitudinalidade é considerada o mais importante na APS, encontrada na literatura como sinônimo de vínculo, por vezes representada pela

expressão “vínculo longitudinal”^{3,5,6,7}, ou como uma prática necessária à longitudinalidade. Desse modo, o vínculo pressupõe uma boa relação entre usuário e profissional⁶, o que vem ao encontro do sentido atribuído à longitudinalidade, como estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre usuários e profissionais da equipe de saúde⁵.

O vínculo entre profissional e usuário é um dos princípios que orientam a APS, incorporado na política de atenção básica brasileira desde antes do SUS. Para ocorrer o estabelecimento do vínculo interpessoal (ou longitudinalidade pessoal) é preciso entendimento entre ambos, garantia de tranquilidade para o usuário expor suas necessidades, e que o profissional seja interessado na sua vida e não se restrinja à patologia, podendo assim identificar os problemas mais relevantes^{5,8}, com a efetiva participação do usuário.

Desse modo, toda a equipe mínima da Saúde da Família (SF) – médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) – assim como trabalhadores que não fazem parte dela precisam estar engajados no estabelecimento do vínculo com a população dos territórios locais de saúde, possibilitando a efetivação da longitudinalidade do cuidado.

Sem desconsiderar esse aspecto, neste artigo, trata-se especificamente das interpretações de enfermeiros sobre o vínculo e sua relação com a longitudinalidade do cuidado, uma vez que certas características de sua prática profissional o comprometem diretamente com a questão.

Esses profissionais têm uma atuação importante na gestão e assistência à saúde da população na SF: no levantamento e monitoramento das suas condições de saúde, no atendimento assistencial individual ou grupal, no desenvolvimento de uma prática educativa e comunicativa visando a ampliar a autonomia dos sujeitos⁹, dentre várias outras. Para a realização dessas atribuições o enfermeiro necessita estabelecer uma relação duradoura com os sujeitos de sua ação, ao longo do tempo e em seus diferentes ciclos da vida, para o que é fundamental o estabelecimento de vínculo com a população.

Apesar da interpretação presente na literatura que trata longitudinalidade do cuidado e vínculo como sinônimos, neste estudo, compreende-se este último como uma ferramenta para o estabelecimento da relação duradoura. Por isso, considera-se importante compreender as percepções do enfermeiro sobre o vínculo estabelecido com seus usuários, para identificar características presentes em seus discursos que propiciam a longitudinalidade do cuidado. Assim, objetiva-se reconhecer como enfermeiros que atuam na SF percebem o vínculo na prática assistencial e a relação que estabelecem entre ele e a longitudinalidade do cuidado.

METODOLOGIA

O assunto tratado é parte de um estudo descritivo-exploratório qualitativo, que integra o projeto de pesquisa “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

A pesquisa foi realizada em 7 dos 25 municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que tem como sede o município de Cascavel/PR. Essa RS compõe as 22 regionais que constituem as instâncias gerenciais intermediárias da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná junto às secretarias municipais de saúde do estado.

Para a definição dos participantes do estudo, considerando a possibilidade de existir certa diversidade na SF dos municípios da regional definida, relacionada ao seu porte populacional (ou seja, capacidades diferenciadas de atendimento à saúde, com influência nas possibilidades de prestação do atendimento longitudinal), esses foram inicialmente divididos em cinco grupos: os municípios que tinham menos de 5.000 habitantes (6); de 5.000 a 10.000 habitantes (10); de 10.000 a 20.000 habitantes (7); de 20.000 a 35.000 habitantes (1); e 1 município com mais de 35.000 habitantes. Na sequência, sortearam-se 2 municípios pertencentes aos 3 primeiros grupos e se incluíram os 2 maiores.

Nos municípios selecionados, dentre todos os enfermeiros atuantes nas unidades de SF existentes, da área urbana e rural (um total de 27), selecionou-se 20, que aceitaram participar do estudo e atenderam aos seguintes critérios de inclusão estabelecidos: integrar uma equipe de SF completa; estar atuando na mesma unidade há pelo menos cinco meses; não se encontrar afastado da unidade de SF no momento de coleta dos dados.

A técnica de coleta de material empírico usada foi a entrevista semiestruturada, realizada em abril de 2010, previamente agendada por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional, e gravada após consentimento em gravador tipo digital.

Nas entrevistas foi utilizado um roteiro norteador, composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico e à dinâmica de trabalho dos pesquisados; e a segunda com questões abertas relacionadas às interpretações e vivências dos enfermeiros sobre vínculo e sua relação com a longitudinalidade do cuidado.

A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo categorial, procedendo-se a pré-análise mediante leituras flutuantes da totalidade dos dados coletados que se configurou no *corpus* analisado, viabilizando a formulação de interpretações e indagações iniciais. Em seguida, realizou-se leitura exaustiva do material, sua codificação, enumeração,

classificação e agregação. Finalmente, procedeu-se a interpretação e categorização dos resultados obtidos, diante da identificação das unidades de interesse, dos aspectos comuns entre elas, e das inferências¹⁰. Os dados foram discutidos com base na literatura científica que aborda o vínculo no trabalho do enfermeiro e na ESF, e em pressupostos teóricos de Starfield sobre a longitudinalidade⁵.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 659/2009). Antes da entrevista, todas as informações pertinentes ao estudo foram explanadas pelo pesquisador aos participantes, e obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para diferenciar e preservar a identidade dos enfermeiros foram utilizados códigos: a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (E1 a E20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos participantes e das unidades selecionadas

Dos 20 enfermeiros entrevistados, a maioria era do sexo feminino (19), com idade entre 26 e 30 anos (11), era casado (12) e sem filhos (11). A sua renda familiar mensal variou de três a vinte e seis salários mínimos, predominando uma renda de cinco a dez salários (14).

A maior parte (13) se graduou em universidade pública. O tempo de formado variou de dois a vinte anos, sendo que a maioria se formou há menos de oito anos (14). Quase a totalidade dos enfermeiros (19) possuía pós-graduação *lato sensu*, sendo 15 na área de saúde pública e, destes, apenas 5 em Saúde da Família.

A maioria trabalhava apenas na ESF (18), em unidade exclusiva de ESF (15) e em unidade mista (5). Do total, a maior parte (17) foi admitida por concurso público, sendo a minoria seletista (3). O tempo de atuação na ESF variou de cinco meses a onze anos, sendo que a metade dos enfermeiros (10) já atuava na SF entre seis e dez anos. Entre todos os enfermeiros, o tempo de trabalho na mesma unidade variou de cinco meses a oito anos, sendo que metade deles (10) atuava na mesma unidade entre um a cinco anos.

No tocante ao número de famílias atendidas pelas unidades de SF do estudo, a maioria delas (17) não ultrapassava o número preconizado para esse modelo assistencial, atendendo entre 500 e 1000 famílias, e também possuía alguma área de seu território

descoberta por ACS (12), variando de 100 a 250 famílias sem atendimento por esse profissional.

Compreensões do enfermeiro sobre o vínculo e sua importância

A formação do vínculo entre profissional de saúde e usuário se dá pela aproximação entre ambos, e essa relação ocorre, sobretudo, pelo fato de o indivíduo apresentar um estado físico e emocional fragilizado no momento que busca o serviço de saúde. Com isso, o profissional precisa estar capacitado para atender às necessidades apresentadas⁸.

O vínculo, para enfermeiros do estudo, envolve uma gama de características, que dizem respeito tanto a aspectos pessoais quanto profissionais, vista como importante para uma boa relação interpessoal na díade profissional-usuário.

Nessa direção, o vínculo é visto principalmente pelo aspecto da humanização no atendimento ao usuário, ou seja, para que se estabeleça o vínculo são necessárias relações humanizadas e compromisso (com escuta, sem hierarquias e imposições, com bom trato, simpatia, respeito, por meio de relações próximas e de amizade).

Para ter vínculo com a pessoa, a gente tem que saber ouvir. Muitas vezes a gente só fala e não sabe ouvir. Não atribuir diferença entre profissional e usuário, ser do jeito dele, ser igual. Se você tem uma postura muito assim (gesticula uma postura impositiva), eles não têm como chegar. Eu acho que a questão da simpatia, tratar bem, o respeito (E7).

Vínculo é estabelecer uma relação de amizade, companheirismo, não só aquela relação de paciente/profissional. Isso conta muito no PSF. O paciente está ali, é um amigo, é um companheiro, é uma pessoa que você vai a casa. Isso ajuda muito, porque você cria um vínculo com a pessoa. A gente procura fazer essa relação (E16).

Por meio de uma boa relação entre enfermeiro e usuário, as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde são favorecidas. É fundamental processar relações interpessoais de qualidade, em que o sujeito exponha mais facilmente seus problemas e aflições, o que possibilita ao profissional conhecer o indivíduo em todos os seus aspectos, sejam eles de cunho emocional, social ou cultural, oportunizando a proposição e efetivação de ações com maior possibilidade de suprir necessidades, promover a saúde, se antecipar a problemas e solucioná-los.

A atenção à saúde requer uma palavra amiga, sorrir e conversar com o usuário, promovendo a formação do vínculo¹¹. Estabelecer o vínculo é fundamental para a prestação da assistência, tendo em vista que se não houver uma boa relação interpessoal, o usuário dificilmente retorna ao serviço de saúde, perdendo-se assim o contato e o acompanhamento deste⁸.

Entre participantes do estudo, a confiança é vista como um sinônimo de vínculo ou como uma condição para ele, o que proporciona ao profissional acessar a pessoa/família e chegar ao âmago da questão que gerou a necessidade do atendimento de saúde.

Vínculo é a relação do profissional e paciente que necessita do cuidado, é passar confiança, para tratar melhor. Se eles têm confiança, às vezes eles relatam coisas que não contam para outra pessoa, ou família. Você consegue tirar essa informação (E5).

Eu acho que para ter vínculo a gente tem que passar confiança, eles têm que ter confiança no profissional, para abrir a casa deles ou trazer o problema para a gente [...] (E7).

A partir do momento que o usuário sente que pode expor suas necessidades ao profissional, ele fica mais acessível aos questionamentos e também mais aberto ao diálogo e às orientações profissionais, o que propicia a atenção integral. Por meio de uma relação de confiança, provavelmente o usuário dará maior credibilidade às orientações e decisões assistenciais do enfermeiro, formando um vínculo que poderá promover o cuidado ao longo do tempo.

Os achados deste estudo são coerentes com outros, que revelam que o vínculo se manifesta na relação entre profissional e usuário, em especial pelo fato deste ter confiança e por sentir segurança no profissional. Pois, se tal profissional conhece sua história, é eficiente e qualificado, atende com atenção, demonstrando interesse pelo usuário, possibilita que este se sinta confortável e satisfeito com a assistência recebida^{8,12}. Além disso, o estabelecimento de uma relação de confiança favorece a priorização do atendimento conforme as necessidades da pessoa, favorecendo a resolutividade dos seus problemas¹¹.

Esses aspectos evidenciados acerca do vínculo estão diretamente relacionados com a longitudinalidade do cuidado, pois eles possibilitam que o profissional conheça e acompanhe o usuário ao longo do tempo, estabelecendo uma relação terapêutica com mais qualidade. Sendo assim, a literatura, por vezes, trata do tema utilizando a expressão “vínculo longitudinal”, pois este se constitui em relações interpessoais duradouras, de

acompanhamento do usuário em todos os seus aspectos (biopsicossociais), com responsabilidade por ele e garantindo a continuidade da assistência prestada^{7,8}.

Enfermeiros também destacam que para a constituição de vínculo, além da humanização das relações e do estabelecimento de confiança é importante a competência profissional e a resposta ao problema manifesto.

Eu acho que para criar vínculo é você ter capacidade e desde a primeira vez resolver o problema, porque a partir do momento que você resolve o problema ele vai voltar [...] (E3).

Para estabelecer vínculo tem que ter profissionalismo, porque se você demonstrou para ele que soube responder uma dúvida dele, ele vai voltar (E14).

O enfermeiro deve ter formação que lhe permita prestar assistência de qualidade, por meio das ações que são de sua competência profissional. Sendo adequadamente preparado, o enfermeiro tem a possibilidade de atuar de forma adequada ante as necessidades de saúde da população, resolvendo, apoiando ou viabilizando medidas necessárias. Uma boa assistência propicia uma boa relação entre profissional e usuário, e vice-versa, favorecendo que o primeiro conquiste a credibilidade do usuário. Se este mantiver o vínculo com o enfermeiro e procurá-lo continuamente para atender as suas necessidades, uma relação duradoura será estabelecida, o que poderá propiciar que a resolutividade ocorra no âmbito da própria SF, evitando que o sujeito busque níveis mais complexos de atendimento à saúde para resolver problemas que podem ser abordados naquele âmbito.

A APS visa responder às necessidades de saúde da população, encarando a saúde como direito social, sendo uma estratégia fundamental para a melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e eficiência do sistema¹³. Quando cresce a resolutividade dos problemas da população no primeiro nível assistencial, proporcionalmente a demanda para outro nível de atenção diminui¹⁴.

Na formação do vínculo também é fundamental que profissional e usuário visem ao alcance de um objetivo comum, havendo compromisso e colaboração de ambos na terapêutica, sendo fundamental que o profissional atue conhecendo a realidade da população, ao tempo que o usuário se corresponsabilize pela própria saúde e sua recuperação.

Para ter vínculo o profissional deve compreender o paciente, a moradia dele. E o paciente também, para dar certo, precisa seguir as orientações [...] (E10).

O vínculo acontece quando tem um comprometimento meu e do paciente, ao se estabelecer um compromisso naquele cuidado; eu tenho os meus deveres e ele

também, para conseguir prestar um cuidado adequado é preciso contribuição de ambas as partes (E11).

O vínculo longitudinal entre usuário e profissional é favorecido por aspectos que refletem a aceitabilidade do usuário, como: o diálogo, a escuta e o respeito; a confiança; a percepção do modo de vida deste, além da competência do profissional e da coparticipação do usuário no tratamento⁷.

Para a boa relação entre profissional e usuário é preciso haver laços de confiança e de coparticipação na terapêutica. Entretanto, essa conduta participativa depende, entre outros aspectos, de como o profissional percebe essa relação, além de precisar estar disponível para o diálogo. Do mesmo modo, deve considerar que o usuário pertence a uma comunidade, tem uma história, e assim sua autonomia deve ser preservada^{7,12}.

Para enfermeiros, o vínculo com o usuário também se desenvolve mediante o atendimento integral, ou seja, considerando-o como ser biológico, social, com crenças e valores, e por referência à realidade em que está inserido, o que consideram que reforça a resolutividade dos problemas de saúde.

O vínculo se forma se a gente fizer o papel do PSF, de atender integralmente. Acho importante porque eles têm mais confiança, porque é um programa mais próximo da população [...] (E4).

Quanto está no PSF a gente vê o paciente em todos os seus aspectos, sociais, espirituais, biológicos. Quando ele chega, eu vejo que o choro não é porque está com dor, mas porque ele tem problema pessoal. No PSF se cria um vínculo muito maior, não só de amizade, mas de conhecer a realidade do paciente e poder interferir, ajudar a solucionar os problemas (E17).

É imprescindível que o enfermeiro atue na ESF por meio de uma visão global do usuário, conhecendo a sua realidade e compreendendo os fatores que influem em sua saúde e doença, podendo, desse modo, realizar ações mais amplas, apropriadas e resolutivas. A SF tem um compromisso com a integralidade da assistência à saúde, e para a sua efetivação é necessário que o profissional olhe o usuário além dos seus aspectos biológicos e, ainda, que atue a partir de suas condições e modos de vida considerando a forma como estes interferem na promoção e recuperação da saúde.

O próprio fato de o enfermeiro atuar nesse modelo, que tem como uma de suas marcas a abordagem integral da assistência, favorece a formação do vínculo, visto que a ESF, pela forma como está organizada (em territórios delimitados, orientada para a promoção da

saúde, dentre outros aspectos), estimula a proximidade do profissional com a população adscrita, com sua realidade de vida e específicas necessidades e demandas.

Com a criação de vínculo, é possível agir sobre condicionantes/determinantes do processo saúde-doença, que influenciam o adoecer e o ser saudável¹⁵, bem como melhor acompanhar o usuário e as condições que influem na sua saúde ao longo do tempo, valorizando mais apropriadamente a longitudinalidade como uma das características que diferencia a ESF do antigo modelo assistencial.

Compreensão de enfermeiros sobre propiciadores e dificultadores do vínculo

A conquista do vínculo entre profissional de saúde e usuário é algo que requer tempo, de modo que quanto mais apropriada a sua configuração, melhores serão os resultados, assim como a troca de saberes na relação entre ambos¹¹. A formação do vínculo é essencial para a efetivação da longitudinalidade, e ressalta-se que essa não pode ser alcançada em tempo inferior a um ano de contato entre profissional e usuário, de modo que quando a utilização do serviço não é frequente, geralmente, leva vários anos para se estabelecer⁵.

No presente estudo, enfermeiros apontam que o estabelecimento do vínculo se dá com mais afinco principalmente com a população que usa o serviço sistematicamente e tem nele interesse:

As pessoas que eu mais consigo ter vínculo são as gestantes, porque parece que elas vêm em busca de alguma coisa, querem saber mais, saber o que está acontecendo com o bebê (E8).

Eu consigo ter mais vínculo com as mãezinhas, que trazem as crianças para a puericultura, elas participam e me ouvem (E15).

O vínculo com o enfermeiro se estabelece, sobretudo, a partir da preocupação que o usuário tem consigo ou com sua família, e da busca permanente por um atendimento que proporcione diálogo e coparticipação do usuário no processo de estabelecimento da terapêutica.

Os grupos considerados por enfermeiros como “mais fáceis” de estabelecer vínculo são aqueles que apresentam características vistas como importantes na formação e desenvolvimento deste, ou seja, com os que buscam cuidados sistematicamente e há uma relação permanente de troca entre enfermeiro e usuário, como no caso do atendimento pré-natal e de puericultura, o que favorece resultados positivos na prestação da assistência.

É de fundamental importância que o enfermeiro assuma atividades clínicas em sua prática, e não se atenha apenas a práticas gerenciais, tendo em vista que a relação estabelecida entre profissional e usuário durante a assistência favorece a formação e o desenvolvimento do vínculo, assim como a responsabilização do profissional, promovendo um cuidado ao longo do tempo, e melhoria das condições de saúde da população¹⁴.

Reafirmando a ideia de que o vínculo se estabelece quando o usuário tem interesse nas ações ofertadas pelo serviço e o procura continuamente, enfermeiros julgam que uma das dificuldades para sua efetivação é a falta de disponibilidade do usuário para participar das atividades propostas, como ações educativas, e a procura pontual do serviço para assistência curativa.

As pessoas aqui não gostam de fazer autocuidado, detestam. Para você conseguir formar um grupo você demora, eles não gostam desse contato, eles querem vir aqui, resolver, tomar o remédio, ir embora [...] (E8).

A gente sempre tem que ter contato com as pessoas, com todos, ter vínculo com todo mundo. Mas, na verdade, tem pessoas que não querem muito, então é difícil (E18).

Na percepção dos enfermeiros, o vínculo é estabelecido e fortalecido por meio de uma relação duradoura, conquistada em especial a partir de ações de prevenção e promoção à saúde, por proporcionarem contato prolongado entre equipe e população, seja por meio de ações clínicas, ações educativas grupais ou visitas domiciliárias. De forma circular, a ausência de vínculo pode dificultar a identificação dos determinantes da doença, levando o usuário a buscar o serviço de saúde apenas quando a situação já está crítica. Portanto, os profissionais precisam se empenhar em atuar junto a população adscrita independentemente de sua condição de usuária pontual ou permanente do serviço, tendo por base a compreensão de sua realidade para propor e realizar ações adequadas.

Se a adesão ao serviço propicia o vínculo, o contrário também procede, ou seja, o vínculo facilita a adesão dos usuários ao serviço de saúde. Desse modo, a aproximação do profissional da população é de extrema importância para o sucesso da SF, pois é por meio da formação do vínculo que os profissionais têm a possibilidade de focar suas ações nas necessidades das pessoas¹².

Para enfermeiros, o vínculo entre profissionais e os que buscam sistematicamente o serviço de saúde é valorizado, sobretudo, a partir de seu estabelecimento na unidade de SF, ou seja, o contato no interior desta é sobrevalorizado como promotor do vínculo.

Estabelece mais fácil o vínculo com as pessoas que vêm ao posto, às vezes não tanto porque precisa, por qualquer motivo estão no posto (E5).

É mais fácil com os idosos, porque eles procuram mais o PSF, todos os dias vêm verificar a pressão [...] (E6).

Contudo, o vínculo também precisa ser valorizado e construído para além do contato no interior da SF, pois muitas vezes as pessoas que apresentam problemas de saúde mais iminentes não procuram ajuda do serviço local, e, além disso, a assistência prestada somente na unidade não possibilita ao profissional conhecer amplamente a realidade do indivíduo.

Isso é coerente com a leitura também encontrada entre os enfermeiros de que a ocorrência do vínculo com usuários é favorecida pela visita domiciliária, uma vez que a proximidade e o tempo de contato propiciado por esta fortalecem a relação com a família.

Eu acho que no domicílio é mais fácil estabelecer vínculo. Aqui é muito rápido, a pessoa vem procurar o curativo, difícil vir para prevenção e promoção (E2).

Através do acompanhamento consegue vínculo [...] fazendo visitas domiciliares, o enfermeiro acaba criando o vínculo pelo contato com o paciente e a família (E6).

Na ESF, a visita domiciliária é um importante recurso para conhecer a realidade da população adscrita, e o vínculo entre enfermeiro e usuário é favorecido, considerando que ela é um espaço no qual o profissional pode delongar o atendimento, observar o contexto que o usuário está inserido, e conhecer e compreender a dinâmica familiar. Os laços formados no atendimento em domicílio favorecem a confiança e a conquista da credibilidade, oportunizando o acompanhamento ao longo do tempo, com isso podendo interferir positivamente nas questões de saúde-doença.

A visita domiciliária na SF é um recurso de interação no cuidado à saúde, utilizada para que as equipes de saúde possam se inserir e conhecer a realidade da população adscrita, o que favorece a formação e o desenvolvimento do vínculo com os usuários. O vínculo é criado principalmente por meio da convivência e constante contato dos profissionais com os usuários, sendo fundamental haver respeito e confiança nessa relação¹⁶.

Por essa razão, de outro modo, enfermeiros evidenciam que quando o contato do usuário com a SF é pontual e se mantém restrito à cura ou ao interior do serviço ele se configura em um empecilho ao vínculo, pois com essas características ele dificulta o estabelecimento de relações interpessoais efetivas.

A gente não tem vínculo com aqueles que consultam e vão embora [...]. Não consigo estabelecer vínculo com os que atendo só na unidade (E7).

As pessoas que vêm na unidade muito doentes não querem estabelecer nada, querem que resolva o problema e pronto [...] (E8).

Como já dito, é importante a atuação do enfermeiro no atendimento individual na unidade associado a ações realizadas junto à comunidade, fazendo com que o profissional fique inteirado da realidade de seus usuários, favorecendo que conheçam mais o trabalho do enfermeiro, melhorando as relações, e oportunizando o estabelecimento de laços que perdurem ao longo do tempo. Essa atuação ampla permite que o profissional conheça melhor o sujeito na sua integralidade e elabore ações mais direcionadas ao atendimento das suas necessidades de saúde, e não simplesmente baseado no que o profissional julga importante e está habituado a implementar.

O vínculo na SF envolve o conhecimento dos usuários e de seus problemas¹⁴, a partir do princípio de que os profissionais são responsáveis pela área na qual atuam, o que é fundamental ao desempenho das atividades da equipe, a fim de que essas sejam mais ágeis e resolutivas. De modo que em uma unidade de SF, por meio do trabalho realizado junto à comunidade, o vínculo entre profissional e usuário se torna mais estreito, o que favorece as relações de familiaridade e participação¹¹.

Por fim, outra compreensão importante presente nos relatos é a de que o vínculo é estabelecido com mais afinco junto às pessoas que residem há mais tempo na área de abrangência, de modo que com as famílias que não têm uma residência fixa no local há maior dificuldade na formação das relações interpessoais.

A população dos acampamentos que a gente tem que atender: a que está há mais tempo a gente cria vínculo, mas eles têm muita rotatividade. Os que são da nossa área eu consigo ter essa relação mais próxima. Os outros são muito rotativos, a mulher faz um Beta HCG, ele dá positivo, eu vou procurar e já não está mais lá (E15).

Essas famílias referidas (500 pessoas) são do Movimento de Libertação dos Sem-Terra (MLST), e constituem uma demanda excedente e não cadastradas na SF, configurando-se como sobrecarga assistencial para os profissionais da equipe local.

Para manter vínculo é necessário, além de contato constante, disponibilidade de tempo por parte da equipe, assim como acompanhar a população por um longo período, prestando assistência nos seus diferentes ciclos de vida. Para isso, é fundamental definir o território de abrangência da unidade, e acompanhar o número de famílias preconizado pelo

Ministério da Saúde, favorecendo a prestação da assistência com individualidade e a priorização de ações de prevenção e promoção da saúde.

O número de famílias para cada equipe de SF é de 600 a 1000, que corresponde a 2.400 a 4.500 habitantes. Esse número e a demarcação do território favorecem a organização e integração das ações a serem desenvolvidas, bem como a compreensão da realidade da comunidade e suas necessidades¹⁷.

Compreensão de enfermeiros sobre a relação entre vínculo e longitudinalidade do cuidado

No discurso analisado, vários aspectos denotam a importância atribuída ao vínculo para a ocorrência da longitudinalidade, especialmente no que tange ao acompanhamento dos indivíduos na sua integralidade e por meio de relações humanizadas, as quais oportunizam a prestação da assistência mais qualificada e resolutiva.

Todos os enfermeiros afirmaram que o vínculo com o usuário pressupõe a longitudinalidade e que não há possibilidade de acompanhar o usuário ao longo do tempo sem a construção de uma boa relação com eles.

Acho que com o vínculo esse cuidado ao longo do tempo acontece, consegue-se um resultado mais satisfatório, no decorrer do tempo de contato com essa pessoa, enquanto ela viver ou eu estiver atendendo-a (E5).

Ao estabelecer um bom vínculo você vai conseguir dar continuidade na sua assistência, senão a pessoa se perde, não vai dar um retorno adequado; se estabelecer vínculo a longitudinalidade acontece (E11).

Os enfermeiros demonstraram convicção ao afirmar que é por meio da construção de relações interpessoais que o acompanhamento longitudinal irá ocorrer, perpassando toda a vida dos indivíduos e famílias, com uma assistência prestada além dos episódios de doença. Nesse processo, o profissional deve assumir a responsabilidade pelo usuário, esperando que este colabore na execução das ações estabelecidas. Com isso, os resultados serão mais satisfatórios, seja no que concerne à recuperação da saúde ou a sua prevenção e promoção.

Caso o enfermeiro não consiga efetivar uma boa relação com o usuário, o acompanhamento será dificultado, tendo em vista que o indivíduo dificilmente identificará no profissional ou na unidade uma fonte regular de cuidado, o que pressupõe uma assistência descontínua e irregular, que muitas vezes leva o usuário a procurar outra unidade de saúde, ou outro nível assistencial para suprir suas necessidades. A formação do vínculo facilita que a

população reconheça a unidade de saúde como fonte regular de cuidados, sendo este um elemento facilitador da APS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde⁵.

No âmbito da SF, o enfermeiro precisa utilizar o potencial de sua competência profissional para favorecer a formação de vínculos com a população e maior atenção a ela. Desse modo, o vínculo pode se traduzir em uma cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde, impactando a longitudinalidade da atenção oferecida⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfermeiros concebem que o vínculo se forma a partir de estreitas relações entre profissional e usuário, pautadas na humanização das relações, na confiança e integralidade da assistência (que consideram a multidimensionalidade dos usuários por referência ao seu contexto de vida), visto como fundamental nas ações da SF, uma vez que, a partir do momento que equipe e população mantêm relações interpessoais próximas e sistemáticas, por meio de ações no interior do serviço e fora dele, a identificação das necessidades e respostas a elas são mais apropriadas.

Para esses profissionais, o vínculo é facilitado pelo interesse do usuário nas ações ofertadas e pelo contato constante deste com o serviço, e é dificultado pela rotatividade da população na área, pelo interesse apenas em ações curativas e pelo atendimento restrito ao interior da SF. Identificam que o vínculo é fortalecido quando o usuário é assistido em todos os locais, ou seja, no interior da SF, no domicílio e na comunidade, de modo que cada um desses cenários tem sua importância na conformação do vínculo. Este também é visto como um aspecto viabilizado pelo contato frequente entre usuários e profissionais e como propiciador da longitudinalidade do cuidado.

O vínculo é importante para reduzir a busca por serviços em outros níveis assistenciais, tendo em vista que os usuários poderão identificar na SF sua fonte regular de cuidados, e para a oferta de ações integrais à saúde. A SF precisa investir na formação de vínculo, pois este propicia a prestação do cuidado longitudinal, uma vez que o estabelecimento de relações interpessoais de qualidade oportuniza ao profissional acompanhar os indivíduos e as famílias nos seus diferentes momentos de vida, por meio de ações individuais e coletivas contínuas.

O conhecimento produzido pela pesquisa pode fundamentar a compreensão sobre vínculo entre enfermeiro e usuário, sua importância para a atenção integral à saúde, para a

efetivação dos princípios da SF e o desenvolvimento do cuidado ao longo do tempo (vínculo longitudinal), além disso, permite-se identificar a importância de investir na preparação de profissionais tendo em vista a sua apropriada efetivação no âmbito da SF.

REFERÊNCIAS

1. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(6):1187-93.
2. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 nov-dez;13(6):1027-34.
3. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt*. 2004; 19:303-17. [citado 2010 mar. 6]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque82.pdf>.
4. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am. J. Public Health*. 2007; 21(2/3):164-76. [acesso 2010 fev. 27]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
6. 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. *Cienc saude colet*. 2009. No prelo. [acesso em 2009 abr 18. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
7. Cunha E. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
8. Martins PG. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006.
9. Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: *Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família*; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000:1-11.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70, 2008.

11. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc saude colet*. 2009; 14(suppl.1):1523-31.
12. Monteiro MM, Figueiredo UP, Machado MFA. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):358-64.
13. 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. *HSR: Health Serv Res*. 2003; 38(3):831-865. [Acesso em: 2010 Mar. 6]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12822915> .
14. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. *Rev enferm UERJ*. 2009 abr-jun; 17(2):252-6.
15. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev bras enferm*. 2009; 62(4):524-9.
16. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev bras enferm*. 2007 Dez; 60(6): 659-64.
17. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev bras enferm*. 2009; 62(1):113-8.

5.3 ARTIGO 3

O TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

THE WORK OF A NURSE AT THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE PERSPECTIVE OF LONGITUDINALITY OF CARE

RESUMO

O presente estudo objetivou identificar, a partir das percepções de enfermeiros, quais ações por eles desenvolvidas possuem perspectiva longitudinal e em que situações elas ocorrem. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados junto a 20 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas, no mês de abril de 2010, e submetidos à análise de conteúdo categorial. Os resultados apontaram que os enfermeiros desenvolvem a longitudinalidade por meio de atividades para indivíduos (principalmente visita domiciliária) e atividades para comunidade (reuniões, grupos, palestras). Na assistência prestada aos diferentes ciclos de vida, o cuidado longitudinal ocorre de forma mais frequente junto às crianças e idosos, não deixando de acontecer junto às

mulheres e pessoas doentes. Entretanto, para adolescentes e homens adultos não há nenhuma assistência específica atendendo essa população conforme a demanda. Conclui-se que a longitudinalidade acontece junto aos usuários considerados de maior prioridade, necessitando de adequações no sentido de acompanhar os usuários além dos episódios de doença, precisando ser aprimorada na ESF, para se desenvolver em todos os ciclos de vida, especialmente por meio de ações de promoção e prevenção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente. Papel do Profissional de Enfermagem. Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

The present study aimed at to identify, from the nurses perceptions, which actions developed by them possess longitudinal perspective and in what situations they happen. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Data were collected from 20 nurses that work in the Family Health Strategy (FHS) within the 10th Regional of Health of Paraná State, through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010 and submitted to the content analysis. Results showed that the nurses develop the longitudinality of care through activities for individuals (mainly home visits) and activities for community (meetings, groups, lectures). In the assistance rendered in the different life cycles, the longitudinal care happens more frequently among children and elderly, as well as among the women and sick individuals. However, for adolescents and adult men there isn't any specific assistance to support that group according to demand. It was concluded that longitudinality of care occurs with the users with major needs, and that need adaptations in the sense of following them beyond the episodes of disease. It needs to be improved at FHS, to be developed in all cycles of life, especially through promotion of actions and prevention of health.

Keywords: Family Health. Continuity of Patient Care. Nurse's Role. Public Health Nursing.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta-se como o principal modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), e tem como prioridade desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, acompanhando-os em todos os seus ciclos de vida, mediante uma atenção integral e contínua. O foco de atenção é a família, sendo caracterizada como uma unidade de saúde ativa, ou seja, não espera que o usuário venha, mas sim, vai à busca dele, especialmente na residência, por meio das visitas domiciliares (CORDEIRO, ROMANO, SANTOS et al, 2009).

A APS é orientada por quatro atributos fundamentais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Desses, a longitudinalidade tem sido considerada a mais importante, configurando-se como característica exclusiva e central,

definida como o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (STARFIELD, 2002).

Uma atenção longitudinal acontece a partir do momento que o usuário identifica a unidade de saúde e seus profissionais como uma fonte de atenção regular, e que as ações em saúde sejam orientadas para a pessoa, e não para a doença, e que esta relação seja estabelecida por um tempo. O estabelecimento da longitudinalidade, entre profissionais e usuário, faz com que este retorne ao profissional que o encaminhou, ao invés de procurar vários outros profissionais, e com isso a atenção é mais eficiente (STARFIELD, 2002).

Em relação à equipe, exige-se na ESF que seja composta minimamente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar/técnico em enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Com o advento da ESF, o enfermeiro está atuando na busca da transformação dos preceitos que baseavam o conceito de saúde como ausência de doença, centrados na prática curativa hospitalocêntrica, lutando pela conquista da ampliação do conceito de saúde para a qualidade de vida, focando na APS (XIMENES NETO, PONTE, AMARAL et al, 2009).

O enfermeiro não deve priorizar em suas ações apenas assistência à doença, ele precisa, para agir com criatividade e senso crítico, ter uma prática humanizada e competente que envolva promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (CEOLIN, HECK, CASARIN, 2009). Considerando que a longitudinalidade do cuidado pressupõe uma assistência ao longo do tempo e que se estende para além dos episódios de doença, tem-se a certeza de que o enfermeiro, com os demais membros da equipe, pode estar atuando no âmbito da ESF com uma perspectiva longitudinal.

Assim, o interesse do presente estudo é investigar como se desenvolve o trabalho do enfermeiro visando o continuum do cuidado, tendo em vista que os estudos sobre esse atributo essencial da APS são raros, porém suficientes para compreender que a ocorrência de um cuidado longitudinal favorece a implementação de intervenções mais eficazes e resolutivas.

O objetivo do estudo foi identificar, a partir das percepções de enfermeiros, quais ações por eles desenvolvidas possuem perspectiva longitudinal e em que situações elas ocorrem.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória, o qual faz parte do projeto de pesquisa “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

A coleta de dados ocorreu em sete dos 25 municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, os quais têm como sede o município de Cascavel/PR. O Estado do Paraná é dividido em 22 RS, que constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) com as secretarias municipais de saúde (PARANÁ, 2009).

Os municípios que compõem a 10ª RS, para efeitos de estudo, foram divididos em cinco grupos, de acordo com o porte populacional: os que tinham menos de 5.000 habitantes (seis municípios); de 5.000 a 10.000 habitantes (10 municípios); de 10.000 a 20.000 habitantes (sete municípios); de 20.000 a 35.000 habitantes (um município); e um município com mais de 35.000 habitantes.

No processo de escolha dos municípios que fariam parte do estudo, optou-se por realizar um sorteio aleatório de dois municípios pertencentes aos três primeiros grupos, e inclusos os dois municípios dos dois últimos grupos. Isso, pois, entende-se que ao possuir características populacionais distintas, os municípios também têm capacidades diferenciadas de atendimento de saúde à população, o que pode influenciar diretamente nas possibilidades dos enfermeiros prestarem um atendimento longitudinal de qualidade.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo deveriam ser informantes deste, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe há pelo menos cinco meses. Com isso, das 27 equipes de ESF atuantes nos municípios selecionados no período da coleta de dados, 20 dos enfermeiros participaram do estudo, considerando que quatro não atendiam aos critérios de inclusão, ou seja, dois atuavam na unidade há menos de cinco meses, e dois não tinham equipe mínima completa; além disso, um estava de férias, outro afastado por questões de saúde, e um terceiro não aceitou participar do estudo.

A coleta dos dados se procedeu no mês de abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais, após o consentimento, foram gravadas. As entrevistas foram previamente agendadas por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional. Dessa forma, dezesseis foram realizadas em sala reservada na unidade de saúde de cada profissional, três na secretaria de saúde de Cascavel, em dia de reunião, e uma na 10ª RS, em dia de capacitação.

As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado, composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas referentes ao perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho dos enfermeiros; e a segunda com questões abertas relacionadas às atividades que o enfermeiro realiza junto aos usuários, com uma perspectiva longitudinal e com qual população (faixa etária, tipo de doença) a longitudinalidade ocorre de forma mais frequente e adequada.

A discussão dos dados se deu principalmente com base nos pressupostos conceituais de Starfield (2002), o qual trata a longitudinalidade como uma das principais características da APS, e que esta se constitui no acompanhamento do usuário pelo profissional ao longo do tempo.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo categorial, procedendo-se a pré-análise que se constituiu em leituras flutuantes; exploração do material, por meio de leituras exaustivas, codificação, enumeração, classificação e agregação do material das entrevistas; e interpretação dos resultados obtidos, realizando-se a categorização e as inferências (BARDIN, 2008).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer 659/2009). Antes de iniciar a entrevista todas as informações pertinentes ao estudo foram explanadas pelo pesquisador, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Com a finalidade de diferenciar e preservar a identidade dos sujeitos, utilizaram-se códigos, em que os enfermeiros foram referenciados com a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (E1 a E20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os enfermeiros em estudo

Foram entrevistados 20 enfermeiros, sendo que a grande maioria era do sexo feminino (19), com idade entre 22 e 45 anos, estando a maior parcela (11) na faixa etária dos 26 aos 30 anos. Dos pesquisados, 18 atuavam apenas na ESF, um também atuava na área da docência e outro na área hospitalar. A maior parte (13) se graduou em universidade pública,

sendo que seis se graduaram entre 10 e 20 anos, e os outros 14 enfermeiros há menos de oito anos. Quase a totalidade (19) dos enfermeiros possuía pós-graduação *lato sensu*, sendo 15 na área de saúde pública, dos quais apenas cinco em saúde da família.

Sobre a dinâmica de trabalho dos pesquisados, a maioria (15) atuava em unidade exclusiva de ESF e os outros cinco em unidades mistas. Quanto ao vínculo empregatício 17 dos entrevistados são por meio de concurso público e três são seletistas. No que se refere ao tempo de atuação na ESF, variou de cinco meses a 11 anos, no qual 10 deles atuam entre seis e dez anos, sendo que o tempo de trabalho na mesma unidade variou de cinco meses a oito anos, predominando (10) a faixa de tempo de um a cinco anos.

O ENFERMEIRO E SUAS AÇÕES NA PRESTAÇÃO DE UM CUIDADO LONGITUDINAL

Do processo de análise dos dados foi possível identificar que os enfermeiros realizam a longitudinalidade tanto pela realização de atividades voltadas ao indivíduo, como para a comunidade, sendo apresentadas a seguir:

Atividades para indivíduos

As ações que oportunizam um contato próximo entre os profissionais da equipe e a pessoa/família são percebidas como propensas para o estabelecimento de uma relação duradoura. Nesse contexto a visita domiciliária (VD) surge como a principal estratégia de efetivação da longitudinalidade do cuidado.

Ah... eu faço uma visita domiciliar, eu consigo observar se a pessoa está seguindo as orientações que você deu, se ela teve alguma mudança naqueles hábitos, eu vejo nesse sentido, quando você presta uma assistência mais direta consegue acompanhar melhor (E11).

A longitudinalidade ocorre, na concepção de enfermeiros, de forma mais frequente e adequada, quando se conhece a situação de vida dos usuários. Assim, por meio da VD se cria um vínculo com os indivíduos em seu contexto familiar, o que promove o conhecimento da realidade na qual os sujeitos estão inseridos, e isso, por sua vez, permite ao enfermeiro estabelecer um plano de ação compatível com as necessidades da família e com suas condições de vida.

Nesse contexto, a VD se configurou como uma atividade realizada por toda equipe de ESF.

A equipe participa mais nas visitas, o médico quando precisa, a técnica em enfermagem também, a ACS sempre acompanha, mesmo que eu não vá, eu peço para a ACS ver como que está lá na família. Por isso que eu acho que uma equipe sempre tem que caminhar junto, a ACS sempre ir visitar, a enfermeira junto, o médico (E6).

Na ESF é imprescindível a participação de todos os integrantes da equipe, de modo que cada profissional atue nas suas especificidades, a fim de haver complementaridade nas ações, oportunizando uma assistência integral, oportunizando o cuidado longitudinal que é viabilizado pela VD, pois para que a equipe possa entrar na individualidade da família é fundamental formar um vínculo com esta. Com isso, a equipe terá mais credibilidade ao efetuar as intervenções e repassar as informações, de modo que a família poderá aderir às orientações mais facilmente. Esses fatores, aliados ao conhecimento da realidade dos indivíduos, favorecem a resolutividade dos problemas e a melhoria das condições de saúde desses.

O presente estudo encontra dados semelhantes aos da literatura, a qual aponta que as VDs são realizadas por todos os integrantes da ESF, em que o enfermeiro faz o acompanhamento dos ACS e/ou auxiliar/técnico em enfermagem nestas visitas, quando necessário. Os enfermeiros precisam realizar a VD, especialmente, quando há uma identificação de necessidades por parte do ACS, ou mesmo quando o enfermeiro perceber essa necessidade durante um atendimento na unidade de saúde da família (USF) (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Além do atendimento aos indivíduos em seu contexto familiar, enfermeiros ainda ressaltaram que a longitudinalidade do cuidado é favorecida quando o profissional tem a oportunidade de prestar um cuidado individualizado, especialmente no contexto da USF.

Pelo exame preventivo que eu posso descobrir alguma patologia, puericultura, que acompanha o desenvolvimento da criança, consulta de enfermagem, aí qualquer doença que a pessoa tem você consegue saber melhor, descobrir uma coisa que talvez a família dele não descobre. Daí a gente vai saber se a pessoa está bem, se vai encaminhar ou o que vai fazer (E5).

O cuidado longitudinal é estabelecido a partir do momento que o profissional conquista um vínculo com o usuário e a relação entre ambos se torna algo constante, oportunizando ao enfermeiro conhecer os aspectos mais relevantes da saúde do indivíduo e da

sua família. Nesse ponto, a puericultura e a realização do exame preventivo aparecem como atividades regulares realizadas pelo enfermeiro, e que lhe permite acompanhar o usuário ao longo do tempo, identificando e relacionando as determinantes do processo saúde/doença com mais facilidade.

O trabalho assistencial do enfermeiro deve considerar o contexto sociocultural, epidemiológico e demográfico e sua atuação produzir ações de saúde enquanto uma prática social, buscando a manutenção ou transformação da realidade, para conseguir melhor qualidade de vida para os indivíduos (VERDI; ALONSO, 2005), independente de seu ciclo de desenvolvimento. Nesse âmbito o enfermeiro tem como ferramenta a consulta de enfermagem, que se constitui em um momento de diálogo com o usuário, em que o profissional precisa ter escuta ativa e mostrar interesse pelas aflições da pessoa, estabelecendo assim uma relação de confiança (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Enfermeiros em estudo ainda explanaram outra situação de suma importância, os registros nos prontuários, os quais se apresentam não como uma atividade, mas sim como um instrumento de auxílio no estabelecimento da longitudinalidade do cuidado.

Através desse acompanhamento, por exemplo, o preventivo, a gente marca no prontuário, e daí já manda avisar a paciente para voltar [...] (E6).

[...] Tenho conhecimento até da medicação, a fulano de tal usa captopril, o outro usa hidroclorotiazida, pegando o prontuário assim, você sabe bem, tem um panorama geral (E14).

A realização de registros de qualidade, com informações completas e sucintas, além de promover um respaldo às ações profissionais se constitui em uma importante fonte de informação sobre o usuário. Por meio das anotações no prontuário é possível identificar a história dos sujeitos, o que pode facilitar a compreensão da situação atual de saúde, a continuidade das ações, além de identificar necessidades de intervenções, melhorando a qualidade da assistência, o que repercute na saúde do indivíduo. Assim, é imprescindível a qualidade dos registros em saúde, sua disponibilidade e utilização, para orientar as ações e favorecer a avaliação dessas (CUNHA; GIOVANELLA, 2009).

Atividades na comunidade

As atividades junto à comunidade foram destacadas com menor ênfase do que as voltadas ao indivíduo, entretanto também se configuraram como uma estratégia eficaz na prestação do cuidado longitudinal, inclusive para várias pessoas de forma concomitante.

Na reunião de hipertenso e diabético todo mês você vê, acompanha os pacientes, que são muitos, eu não tenho como acompanhar na casa todo mundo, então, com a reunião eu vejo eles todo mês, como passaram aquele mês, e nisso a equipe sempre ajuda (E1).

A reunião com os usuários cadastrados no programa Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) foi o principal meio de efetivação da longitudinalidade na comunidade, momento esse que toda equipe é participativa. Por ser um grupo com muitas pessoas, a reunião mensal favorece o estabelecimento de uma relação constante com esses usuários, sendo que por meio dela é possível que os profissionais identifiquem prioridades e implementem suas ações.

Mediante a necessidade do desenvolvimento de um trabalho multiprofissional na ESF, todos os membros da equipe devem se envolver em determinado momento da assistência, de modo que compreenda a complexidade das necessidades de saúde dos usuários, tanto no aspecto individual como coletivo (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008).

As atividades de grupo também são realizadas a outros grupos da comunidade, em especial os que apresentam fatores de risco mais iminentes, podendo promover reflexos positivos na saúde das pessoas, por meio da intervenção nos determinantes do processo saúde/doença.

A gente tem o grupo da melhor idade, já faz cinco anos, eles ainda participam, é uma maneira de ter esse vínculo, a longo prazo, ver assim um paciente que você acompanha a longo prazo. (E10).

Temos o programa do tabagismo, então cria um vínculo, você fica com as pessoas naquela fase mais difícil dela porque a gente faz as reuniões semanais, depois você faz durante um ano aquelas reuniões mensais com eles, para saber como está indo, então acho que cria um vínculo também (E6).

O acompanhamento das pessoas acontece com a realização das visitas, além disso, a gente faz algumas palestras, orientações nas comunidades com grupos específicos (E7).

Pela realização dessas ações (grupos, reuniões, palestras) é possível que os profissionais estabeleçam uma relação duradoura com os usuários, e assim realizem a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esse tipo de relação favorece a confiança nos

profissionais e possibilita que a população passe a ver a USF como a fonte principal de atendimento à saúde, viabilizando que a maioria dos problemas sejam resolvidos no âmbito da APS.

Entende-se que as ações em saúde na ESF devem ser realizadas pela equipe multiprofissional, e terem como prioridades as atividades comunitárias e junto às famílias, sendo que essas práticas devem enfatizar a promoção e prevenção da saúde, visando à integralidade, equidade e humanização na prestação do cuidado (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Nas atividades apresentadas até o momento, os profissionais estão envolvidos com os usuários que apresentam problemas já instalados, de modo que a longitudinalidade está ocorrendo principalmente com faixas etárias e grupos específicos, e não na comunidade como um todo. Faz-se necessário, portanto, haver uma atuação dos profissionais no sentido de ir além das questões de doença, considerando que é preciso superar o modelo curativista, muito arraigado no cotidiano assistencial, e, além disso, a saúde da família ainda tem se organizado basicamente em ações estratégicas e de atenção à demanda.

Um dos enfermeiros em estudo demonstrou em seu relato a preocupação em envolver diferentes segmentos da sociedade em seu trabalho com a comunidade.

Eu acho que a gente acompanha as pessoas em todos os nossos atendimentos, a educação em saúde, a gente tem um projeto sobre pediculose na escola, o de reciclagem, tem parceria com a ação social, para fornecerem “kit” para as gestantes do grupo, normalmente a gente desenvolve projeto que beneficia a comunidade, não envolve somente a secretaria de saúde, a gente procura envolver todos os demais aspectos (E15).

A ESF vem se consolidando como um instrumento de mudanças na APS, não está centrada na cura da doença, mas na intervenção de fatores de riscos e na incorporação de ações programáticas que promovam a qualidade de vida das famílias sob sua responsabilidade (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005). Salienta-se a fundamental importância de se intervir nos determinantes de saúde e doença como um todo, não elaborando apenas ações específicas aos indivíduos, mas sim desenvolver uma prática social que reflita positivamente na vida dos usuários em todos os seus aspectos.

O CUIDADO LONGITUDINAL NOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA

A seguir são apresentadas as formas com que o enfermeiro presta o atendimento longitudinal para indivíduos em diferentes fases da vida, destacando que foram configuradas como indivíduos saudáveis a criança e a mulher por, em geral, necessitarem de assistência por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, e adolescentes e homens por se configurarem como uma fase do desenvolvimento humano que dificilmente apresenta problemas de saúde. Do mesmo modo, foram destacados os indivíduos doentes representados pelos idosos que apareceram nos discursos sempre associados a uma doença crônica e demais pessoas doentes, situações essas que podem acontecer em qualquer momento da vida.

Indivíduos saudáveis

O atendimento à criança foi identificado como uma das prioridades de enfermeiros, favorecido pela afinidade do profissional com essa faixa etária e pela preocupação das mães com o crescimento e o desenvolvimento de seus filhos, traduzidos por sua assiduidade nas atividades referentes ao seu acompanhamento.

As crianças é o que eu mais gosto, eu pego o bebê recém-nascido e acompanho. Saúde da criança é o que tenho feito de verdade, oriento a mãe, elas sempre vêm, se interessam (E7).

A gente acompanha os que mais precisam como o bebê na puericultura, até dois anos, aí eu dou alta e vem mais para pesar, depois acompanha a carteirinha de vacina, se ficou doente [...] (E11).

Junto às crianças a longitudinalidade de fato está acontecendo, tendo em vista que o enfermeiro, em geral, estabelece um vínculo com a mulher já no pré-natal, e após o nascimento do bebê esses laços se estreitam ainda mais, pois a fase da criança pequena é um período no qual a mãe tem muitas dúvidas e preocupações, já que o infante apresenta intercorrências com maior frequência, desencadeando a necessidade de busca do atendimento profissional, e, em geral, acata melhor as orientações realizadas, havendo uma coparticipação na concretização de ações em saúde.

Estudo realizado em 2009, com enfermeiros atuantes na ESF de seis municípios da região sul do Rio Grande do Sul, aponta que a assistência à saúde da criança com ações de promoção e prevenção à saúde, configura-se, dentre as ações propostas pela ESF, como a mais realizada pelos enfermeiros, sendo citada por 91,7% dos profissionais que participaram

da pesquisa, demonstrando o envolvimento do profissional com essa fase do desenvolvimento humano (RAMOS; HECK; CEOLIN, et al, 2010).

No tocante à idade adulta para respondentes, a mulher representou uma faixa etária que o acompanhamento ao longo do tempo ocorre em momentos específicos da vida, ou seja, na gestação e nas ações de preventivas.

Eu faço o pré-natal às gestantes de baixo risco, acompanho durante toda gestação, e depois a criança [...] (E1).

Eu acompanho muito a mulher, como no preventivo, daí já faz planejamento familiar, ah... tudo o que envolve a saúde da mulher a gente faz (E3).

A longitudinalidade junto à mulher ocorre, especialmente, porque ela busca a USF para realizar as ações preventivas, já que essa população em geral, é preocupada com sua saúde, mostrando-se aberta às orientações, sendo que a relação estabelecida com profissional se dá pela realização de ações individuais.

As ações voltadas às mulheres se pautam principalmente no aspecto de promoção e prevenção da saúde, e, dessa forma, o enfermeiro precisa estabelecer uma boa relação junto a essa população, na perspectiva que a mulher retorne ao serviço, de preferência para ser atendida pelo mesmo profissional, isso porque esse já tem conhecimento de sua história, e, assim sendo, tem maior facilidade em relacionar os fatores agravantes, ou determinantes de sua saúde.

O enfermeiro é um profissional da equipe de ESF de fundamental importância no atendimento à saúde da mulher, especialmente no que tange às ações de promoção e prevenção de agravos, que é um dos princípios da ESF. Sua atuação é essencial para a prevenção do câncer de colo uterino, realização do exame citopatológico, acompanhamento da assistência pré-natal de baixo risco e no planejamento familiar (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Destaca-se que a longitudinalidade não acontece com adolescentes e homens em idade adulta, os quais não se configuram como fases do desenvolvimento prioritárias pelos profissionais da equipe, especialmente em virtude da própria ESF apontar maior necessidade de acompanhar crianças, mulheres e idosos. Assim adolescentes e homens representam indivíduos “saudáveis” e que não procuram o serviço de saúde.

O jovem, a gente não consegue pegar muito ele, o adolescente, até a gente fez alguns trabalhos em escola [...] A gente até fez sobre drogas, mas choca na hora, depois passa, teria que ser contínuo, associar a saúde à educação (E7).

O homem adulto é deixado de lado, a gente não se importa e ele não vem, está sempre na saúde da criança e da mulher, saúde do idoso. Eu acho que essa prioridade parte por ter programas do governo, e porque a demanda também é maior (E8).

Em relação aos adolescentes, ressalta-se que há uma falha na assistência prestada pelo enfermeiro, considerando que a fase da adolescência é um período de muita vulnerabilidade, e que os profissionais de saúde deveriam acompanhar de perto, a fim de implementar ações de promoção e prevenção da saúde, de modo que na ausência dessas atividades há maiores chances desses jovens buscarem a USF com um problema já instalado, especialmente na ocorrência de uma gravidez e/ou doenças sexualmente transmissíveis, pela adoção de práticas sexuais de risco, intercorrências pelo uso de drogas, envolvimento com a violência, acidentes, dentre outros fatores que possam acometer sua saúde.

Estudo realizado com médicos e enfermeiros, que atuam na ESF do município de Londrina/PR, constatou que o adolescente é atendido no serviço de saúde, porém, não de maneira sistematizada; mas sim, conforme a demanda, pois existem outras prioridades. Não é fácil admitir que a baixa frequência de adolescentes nas unidades de saúde é devido à escassez de ações para essa faixa etária, ou que decorra da baixa procura dos indivíduos aos serviços de saúde, o que pode decorrer da maneira com que o serviço de saúde se estrutura no país (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Sobre o homem em idade adulta enfatiza-se que, ao contrário das mulheres, eles dificilmente buscam o atendimento em saúde, isso ocorre geralmente quando já existe um problema instalado. Diante disso, os enfermeiros admitem que suas atenções se voltam principalmente às faixas etárias/grupos com maior demanda, além de atuarem pautando suas ações em programas pré-existentes. Essa observação é justificável, pelo fato de que na ESF é preciso estabelecer prioridades, atendendo aos indivíduos mais vulneráveis aos agravos. Entretanto, também é de fundamental importância a elaboração de intervenções, especialmente de promoção e prevenção à saúde, junto aos grupos considerados “saudáveis”, no intuito de melhorar a qualidade de vida e evitar possíveis intercorrências futuras.

Estudo realizado nos Estados Unidos aponta que os homens sofrem de condições crônicas mais graves, apresentam maiores taxas de morte, e morrem em torno de sete anos antes, se comparado às mulheres, e, em geral, adotam crenças e comportamentos que aumentam os riscos à saúde (COURTENAY, 2000). É preciso que a APS foque suas ações também na população masculina, já que, em geral, a ideia de que as unidades básicas têm seus serviços voltados quase exclusivamente às mulheres, crianças e idosos é bastante

disseminada. É essencial que os profissionais do serviço de saúde identifiquem as necessidades de saúde dos homens, e isso se dá principalmente por meio do conhecimento do perfil epidemiológico da população masculina (FIGUEIREDO, 2005).

Indivíduos doentes

Os idosos, assim como as crianças, representam uma fase do ciclo de vida na qual o enfermeiro pauta suas ações, sendo que com esses usuários, na concepção de enfermeiros, a longitudinalidade ocorre de forma adequada e frequente.

Os idosos participam mais, e eles não trabalham, então fica mais fácil para a gente dar continuidade com eles (E4).

A maioria que a gente acompanha são os hipertensos e diabéticos, em geral os pacientes idosos, com doença crônica, que os filhos saem de casa para trabalhar, então quem fica em casa, no dia-a-dia são os idosos, e eles comparecem mais, estão sempre ali e a gente também sempre tem que ir até eles (E14).

A gente acompanha todas as pessoas, os idosos, que eu já pego na fase da doença, daí vai acompanhando, tem que acompanhar porque ele precisa que a gente sempre esteja supervisionando (E17).

Entende-se que a longitudinalidade ocorre especialmente junto aos usuários que necessitam de cuidados mais iminentes em saúde, ou seja, na fase do ciclo de vida em que há prioridades no atendimento. Desse modo, os idosos constituem uma população que, geralmente, está associada a alguma doença crônica, e por isso não pode perder o vínculo com os profissionais, a fim de garantir a qualidade de sua saúde com a realização de orientações e controle dos determinantes e agravos à doença. Os enfermeiros apontaram que o contato constante entre profissionais de saúde e usuários, aliado à participação desses, e sua disponibilidade de tempo, são fatores que favorecem a manutenção de um cuidado prolongado, promovendo a longitudinalidade.

Na ESF é requerida especial atenção à saúde do idoso, sobretudo pelo fato de que em torno de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e assim a equipe precisa ter uma participação ativa na melhoria da qualidade de vida dessa população, particularmente com medidas de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais comuns e sua intervenção, assim como, com ações que promovam a reabilitação do idoso, evitando que esse seja afastado de seu núcleo familiar (SILVETRE, COSTA NETO, 2003).

Entende-se que apesar do cuidado longitudinal estar acontecendo com a população idosa na ESF, esse não transcorre de maneira tão adequada, especialmente pelo fato de que os profissionais estão pautando suas ações principalmente na associação da faixa etária em questão com algum tipo de doença crônica, não fazendo referência aos idosos saudáveis, ou de outras ações que não sejam voltadas exclusivamente para a doença.

A prestação de uma assistência com caráter longitudinal requer atenção por parte dos profissionais de saúde além dos episódios de doença, de modo que esses se interessem pela história e contexto de vida dos usuários. Assim, a equipe da ESF deve assumir responsabilidade longitudinal pelos usuários da rede de serviços de saúde (mantendo relação contínua com estes, ao longo da vida), independente da ausência ou presença de doença, garantindo-se o cuidado integral à saúde a partir dos âmbitos físico, psíquico e social da saúde (STARFIELD, 2002).

Durante o ciclo de vida, o indivíduo pode apresentar um comprometimento de sua saúde que necessite de atenção constante por parte da equipe da ESF, seja ela por um período determinado ou indeterminado.

A gente acompanha bem os acamados que são dependentes da gente, não procuram o serviço, quem tem que ir é a gente [...] (E1).

Olha... eu acho que aí entra hanseníase, tuberculose, que aí vai acompanhar por mais de um ano, mas depois que termina o tratamento geralmente não acompanhamos mais. Também tem aquele que tem problemas mentais, então esses estarão sempre aqui, em função da própria doença (E3).

Acompanhamos bem o hipertenso e diabético, o hiperdia, que tem que ver todo mês (E10).

Quando o usuário está em uma situação de doença, é necessário e essencial que o enfermeiro empenhe seus esforços na prestação de uma assistência longitudinal, principalmente, pela associação de ações na USF com os cuidados domiciliares. Em especial, as doenças crônicas são um elemento de prioridades, que requer constante atenção por parte dos profissionais, uma vez que a necessidade de atendimento não tem uma perspectiva de fim, e é essencial que ocorra um acompanhamento duradouro com a finalidade de prevenir agravos à situação já instalada.

Para tanto, a equipe precisa assumir uma responsabilidade pelo usuário e sua família, a fim de estabelecer um vínculo longitudinal, pois com isso o profissional tem a possibilidade de compreender os indivíduos na sua integralidade, podendo fazer inter-relações

entre a situação de saúde atual e o histórico de eventos no decorrer do acompanhamento, o que oportuniza a elaboração de intervenções mais adequadas, assim como encaminhamentos mais pontuais, caso necessite.

Destaca-se que os profissionais atuantes na ESF precisam ter competência para identificar a multicausalidade dos determinantes do processo saúde/doença, sejam físicos, mentais ou sociais, individuais ou coletivos, considerando o contexto de vida dos usuários. Assim, devem pautar suas ações na promoção e prevenção da saúde, principalmente por meio de um trabalho multiprofissional, com uma visão sistêmica e integral do indivíduo e sua família, desenvolvendo atividades que contemplem as reais necessidades dos usuários, desenvolvendo uma prática tecnicamente competente e humanizada (SILVETRE; COSTA NETO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo surgiu a partir da inquietação de se compreender como o cuidado longitudinal está acontecendo no cotidiano de trabalho dos enfermeiros que atuam na ESF. Percebeu-se que a longitudinalidade se desenvolve principalmente por meio de atividades aos indivíduos, em que a VD é a principal ferramenta utilizada, contando com a participação de toda equipe, especialmente do ACS. E, ainda, o enfermeiro consegue estabelecer uma relação duradoura por meio de ações individuais, as quais permitem estabelecer laços mais fortes entre profissional e usuário, facilitando a elaboração e implementação das intervenções.

Além disso, as atividades para a comunidade também se configuram como uma forma de acompanhamento longitudinal, porém com menor ênfase, delineada como uma estratégia para complementar as ações no âmbito individual, sendo eficaz para identificar prioridades e prestar uma assistência pontual.

No tocante ao acompanhamento nos diferentes ciclos de vida o estudo apontou que a longitudinalidade ocorre junto às crianças, mulheres, idosos com doença crônica e pessoas doentes, ou seja, grupos esses considerados mais suscetíveis aos agravos à saúde e que se constituem em prioridades para a equipe, destacando que a escolha por esse acompanhamento não é opção apenas dos profissionais, mas sim são pontuais no modelo presente, ou seja, a ESF aponta que a equipe deve dar maior ênfase ao acompanhamento das faixas etárias prioritárias.

Em virtude disso, junto aos adolescentes e homens em idade adulta não há nenhum tipo de assistência específica por parte dos enfermeiros, especialmente por se configurar como

peçoas “saudáveis”, que não procuram o serviço de saúde, a não ser em situações que o agravo já esteja instalado.

Desse modo, identificou-se que a longitudinalidade no trabalho do enfermeiro no contexto da ESF está acontecendo, entretanto, apenas junto à faixa etária e grupos específicos. Por isso, é preciso aprimorar a atuação profissional nesse sentido, pois a partir do momento que o profissional estabelece vínculos com os usuários, e, conseqüentemente, consegue realizar um acompanhamento ao longo do tempo, a identificação das necessidades e dos agravos à saúde é facilitada, viabilizando a elaboração de intervenções mais pontuais e eficazes, levando a resolutividade dos problemas com mais rapidez, além de favorecer a promoção e a prevenção da saúde.

Os resultados desse estudo são satisfatórios e apresentam que os enfermeiros têm uma compreensão das formas pelas quais a longitudinalidade pode ocorrer, porém ainda é preciso melhorar sua aplicabilidade. Sugere-se aqui que sejam realizados outros estudos visando identificar a longitudinalidade na ESF, os quais abordem também os demais membros da equipe, assim como os usuários do serviço de saúde, a fim de compreender e delinear melhor essa prática.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70, 2008.

CEOLIN, T., HECK, R. M., CASARIN, S. T., CEOLIN, A. R. Processo de trabalho dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. *Enfermería Comunitária*, Granada, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2009.

COLOMÉ, I. C. S., LIMA, M. A. D. S., DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, jun. 2008.

CORDEIRO, H., ROMANO, V. F., SANTOS, E. F., FERRARI, A., FERNANDES, E., PEREIRA, T. R., PEREIRA, A. T. S. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

COURTENAY WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

CUNHA, E. M., GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do

sistema público de saúde brasileiro. *Cienc. saude colet.*, Rio de Janeiro, 2009. No prelo. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>> . Acesso em: 20 out. 2009.

FERRARI, R. A. P, THOMSON, Z., MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, 2006.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc. saude colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

NASCIMENTO, M. S., NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Cienc. saude colet.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr./ jun. 2005.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. SESA. *Curitiba/PR; 2009*. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

PRIMO, C. C., BOM, M., SILVA, P. C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no programa saúde da família. *Rev. enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 76-82, 2008.

RAMOS, C., HECK, R., CEOLIN, T., DILÉLIO, A., FACCHINI, L. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. *Cienc. Cuid. Saude*, Maringá, v. 8, p. 85-91, 2009. Suplemento.

SILVESTRE, J. A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. saude publica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

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

VERDI, M., ALONSO, I. L. K. Atenção primária de saúde e a enfermagem. In: VERDI, M., BOEHS, A. E., ZAMPIERI, M. F. M. (Org.). *Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais*. Florianópolis: UFSC: NFR: SBP, 2005. v. 1, parte 1, cap. 1, p. 17-31.

XIMENES NETO, F. R. G., PONTE, M. A. C., AMARAL, M. I. V., CHAGAS, M. I. O., DIAS, M. S. A., CUNHA, I. C. K. O. Necesidades de cualificación de los enfermeros de salud de la familia en Ceará, Brasil. *Enfermería Global*, México, DF, v. 17, p. 1-11, out. 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75191/72941>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

5.4 ARTIGO 4

LONGITUDINALIDADE NO TRABALHO DO ENFERMEIRO: IDENTIFICANDO FACILIDADES, DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DE TRANSFORMAÇÃO

LONGITUDINALITY IN THE NURSE'S WORK: IDENTIFYING WORKABLENESS,
DIFFICULTIES AND PERSPECTIVES OF TRANSFORMATION

LONGITUDINALIDAD EN EL TRABAJO DEL ENFERMERO: IDENTIFICANDO
FACILIDADES, DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS DE TRANSFORMACIÓN

RESUMO

O estudo objetivou conhecer, no concernente à percepção dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), as facilidades e dificuldades enfrentadas por eles em relação ao desenvolvimento da assistência longitudinal, assim como averiguar quais saídas os enfermeiros identificam para superação dessas dificuldades. Estudo descritivo-exploratório qualitativo, realizado com 20 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, mediante entrevistas semiestruturadas, em abril de 2010, com dados submetidos à análise de conteúdo. Os resultados mostraram como facilidades para o desenvolvimento desse atributo as propostas da ESF: trabalho em equipe, disponibilidade de recursos, coparticipação da população e adscrição populacional associada ao tempo de atuação na unidade. Evidenciou-se a necessidade de melhorias: na efetivação das propostas da ESF, atuação em equipe, perfil profissional, mudança na visão curativista da população, investimentos nas unidades de saúde, melhoria de vínculos entre profissional/usuários, acessibilidade e sistema de contrarreferência. Conclui-se que os fatores envolvidos na prestação de um cuidado longitudinal se referem especialmente ao atendimento integral e resolutivo aos usuários, contato constante com estes, estabelecendo boas relações interpessoais, sendo esses pontos favorecidos pela política da ESF.

Palavras-chave: Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente. Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this work was to know, under the nurses' perception, the workableness and difficulties and the ways to overcome them in the development of longitudinality of care in their work. This is a qualitative descriptive-exploratory study, carried out with 20 nurses that work in the Family Health Strategy Program (FHS), within the 10th Regional of Health of Paraná State, through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010 and submitted to the content analysis. The results evidencing as instrument for the development of such attribute the proposals of FHS, team work, availability of resources, co-participation of the population, and populational adscription associated to the time of performance in the unit. The need of improvement was evidenced: turning effective the proposals of FHS, team work, professional profile, change in the *curative* view of the population, investments in the health units, improvement on the relationship professional/users, accessibility and counter-reference system. It is concluded that longitudinality of care is essential for the caring practice at FHS, and that the principles that guide that model of assistance are of fundamental importance for the appropriate development of the longitudinal care.

Keywords: Family Health. Continuity of Patient Care. Nurse's Role.

RESUMEN

Tuvo como objetivo conocer, bajo la percepción de los enfermeros, las facilidades, dificultades y las salidas para la superación de éstas en el desarrollo de la longitudinalidad en su trabajo. Estudio descriptivo-exploratorio cualitativo, realizado con 20 enfermeros de la

Estrategia Salud de la Familia (ESF) de municipios de la 10ª Regional de Salud de Paraná, mediante entrevistas semiestructuradas, en abril de 2010, con datos sometidos al análisis de contenido. Los resultados apuntaron como facilidades para el desarrollo de ese atributo: las propuestas de la ESF, trabajo en equipo, disponibilidad de recursos, coparticipación de la población y adscripción poblacional asociada al tiempo de actuación en la unidad. Se evidenció la necesidad de mejoras: en la efectucción de las propuestas de la ESF, actuación en equipo, perfil profesional, cambio en la visión curativista de la población, inversiones en las unidades de salud, mejoría de vínculos entre profesional/usuarios, accesibilidad y sistema de contrarreferencia. Se concluye que la longitudinalidad es esencial para la práctica asistencial de la ESF, y que los principios que orientan ese modelo asistencial son de fundamental importancia para el adecuado desarrollo del cuidado longitudinal.

Palabras clave: Salud Familiar. Continuidad de la Atención al Paciente. Rol de la Enfermera.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo assistencial que estrutura a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil atualmente, foi assumida pelo Ministério da Saúde (MS), a partir de 1994, com o objetivo de reorganizar o modelo tradicional de atendimento à saúde, tendo como foco a família (TESSER, et al, 2010).

Nesse modelo, para que a assistência seja posta em prática, é essencial a execução de um trabalho multiprofissional, composto minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2003). A equipe de ESF deve atuar visando à garantia do prosseguimento da assistência, por meio de um fluxo contínuo setorial, sendo imprescindível a integralidade da assistência, e a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A APS tem quatro princípios básicos que a orientam: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002), e tem como seu principal modelo assistencial a ESF, assim, entende-se que tais atributos são imprescindíveis para o trabalho na referida estratégia. Sabe-se que a longitudinalidade é considerada a característica central e exclusiva da APS, e é entendida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, de modo que esse cuidado longitudinal é estabelecido principalmente por meio do conhecimento do usuário por parte da equipe, inserido em seu contexto, considerando suas características sociais, econômicas e culturais (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade se desenvolve, no momento que a equipe de saúde serve como fonte de atenção contínua, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de agravo, e é estabelecida quando os usuários identificam

uma fonte de atenção (unidade de saúde da família - USF), e que esta relação exista por um período longo de tempo (STARFIELD, 2002).

Reconhecemos que o enfermeiro é um dos integrantes da equipe de ESF que tem os atributos fundamentais para a prestação de um cuidado longitudinal, pois suas ações se pautam, principalmente, na realização de uma assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2006).

Ressalta-se a importância da longitudinalidade na atuação do enfermeiro na ESF, considerando que esta proporciona melhoria da assistência, pois possibilita ao profissional elaborar um plano de ação mais preciso e eficaz. Além disso, a literatura que aborda o tema do cuidado longitudinal é escassa, evidenciando a necessidade de mais estudos nesse sentido, e, com isso, considera-se importante compreender como o enfermeiro percebe seu trabalho sob uma perspectiva duradoura, para que a longitudinalidade ocorra e possa ser aprimorada na realidade da ESF. Assim, o estudo tem por objetivo conhecer, no concernente à percepção dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), as facilidades e dificuldades enfrentadas por eles em relação ao desenvolvimento da assistência longitudinal, assim como averiguar quais saídas os enfermeiros identificam para superação dessas dificuldades.

METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo-exploratório qualitativo, e integra o projeto de pesquisa “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária.

A pesquisa foi realizada em 7 dos 25 municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que tem como sede o município de Cascavel/PR. Essa RS compõe as 22 regionais que constituem as instâncias gerenciais intermediárias da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) junto às secretarias municipais de saúde do estado (PARANÁ, 2009).

Para a definição dos participantes do estudo, considerando a possibilidade de existir certa diversidade na ESF dos municípios da regional definida – relacionada ao seu porte populacional (capacidades diferenciadas de atendimento à saúde, com influência nas

possibilidades de prestação do atendimento longitudinal), esses foram inicialmente divididos em cinco grupos: os municípios que tinham menos de 5.000 habitantes (6); de 5.000 a 10.000 habitantes (10); de 10.000 a 20.000 habitantes (7); de 20.000 a 35.000 habitantes (1); e 1 município com mais de 35.000 habitantes. Na sequência, sortearam-se 2 municípios pertencentes aos 3 primeiros grupos e se incluíram os 2 maiores.

Nos municípios selecionados, dentre os enfermeiros atuantes nas unidades de SF existentes, da área urbana e rural (um total de 27), selecionaram-se 20, que aceitaram participar do estudo e atenderam aos seguintes critérios de inclusão estabelecidos: integrar uma equipe de ESF completa; estar atuando na mesma unidade há pelo menos cinco meses; não se encontrar afastado da unidade de ESF no momento de coleta dos dados.

A técnica de coleta de material empírico usada foi a entrevista semiestruturada, realizada em abril de 2010, previamente agendada por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional, e gravada após consentimento em gravador tipo digital. Nas entrevistas foi utilizado um roteiro norteador, composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico e à dinâmica de trabalho dos pesquisados; e a segunda com questões abertas relacionadas às percepções dos enfermeiros sobre as facilidades e dificuldades na prestação de um cuidado longitudinal aos usuários, e as formas de superação das dificuldades apresentadas.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo categorial, procedendo-se a pré-análise mediante leituras flutuantes da totalidade dos dados coletados que se configurou no *corpus* analisado, viabilizando a formulação de interpretações e indagações iniciais. Realizou-se a leitura exaustiva, codificação, enumeração, classificação e agregação do material. Procedeu-se a interpretação e categorização dos resultados obtidos, diante da identificação das unidades de interesse, dos aspectos comuns entre elas, e das inferências (BARDIN, 2008). Os dados foram discutidos com base na literatura científica que aborda a ESF e o trabalho do enfermeiro na ESF, e em pressupostos teóricos de Starfield sobre a longitudinalidade (2002).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer n° 659/2009). Antes da entrevista, todas as informações pertinentes ao estudo foram explanadas pelo pesquisador aos participantes, e se obteve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para diferenciar e preservar a

identidade dos enfermeiros foram utilizados códigos: a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (E1 a E20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os enfermeiros em estudo

Dos 20 enfermeiros pesquisados, quase a totalidade era do sexo feminino (19), com idade entre 22 e 45 anos, sendo a maior parte (12) casada e sem filhos (11). Dos pesquisados, 18 trabalhavam apenas na ESF, um também atuava na área da docência e outro na área hospitalar. A renda familiar mensal variou de três a vinte e seis salários mínimos, predominando (14) a renda de cinco a dez salários.

A maior parte (13) dos enfermeiros se graduou em universidade pública, e o tempo de formação variou de dois a vinte anos, sendo que quatorze enfermeiros se formaram há menos de oito anos. Dos enfermeiros, 19 possuía pós-graduação *lato sensu*, sendo 15 na área de saúde pública, dos quais apenas cinco em saúde da família.

A maioria (15) dos profissionais atuava em unidade exclusiva de ESF, sendo que dezessete eram vinculados ao serviço por meio de concurso público. Sobre o tempo de atuação na ESF, variou de cinco meses a onze anos, e o tempo de trabalho na unidade atual variou de cinco meses a oito anos, predominando (10) a faixa de tempo de um a cinco anos.

A maioria (17) das equipes de ESF acompanhava o número preconizado para esse modelo assistencial, atendendo entre 500 e 1000 famílias. Do total de enfermeiros entrevistados, doze possuíam alguma parte de sua área descoberta por ACS.

FATORES QUE VIABILIZAM OU QUE DIFICULTAM A LONGITUDINALIDADE

Do processo de análise de conteúdo se pôde identificar que os princípios da ESF são de fundamental importância para a viabilização da longitudinalidade, corroborando com a ideia de que esse modelo de assistência tem a proposta de estruturar os serviços de saúde, por meio da promoção de uma relação mais estreita entre profissionais e objeto de trabalho, com o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, que tem o acesso ao serviço de saúde garantido, por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, e cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência da USF (ROSA; LABATE, 2005; GOMES; AGUIAR, 2006; ESCOREL, et al, 2007).

Eu acredito que por ser somente USF facilita, pois você consegue dar mais atenção aos pacientes, você tem mais tempo, porque como a população é mais limitada então você atende a esse grupo, embora seja tudo muito distante, você consegue ter um tempinho melhor para esse paciente, porque em uma UBS é muita correria, muito apagar fogo, e aqui não, a gente consegue parar, pensar, planejar (E14).

As propostas da ESF viabilizam a prática do cuidado longitudinal, pois dentro de uma USF o enfermeiro trabalha com a população adscrita, o que favorece conhecer melhor as pessoas, tanto individualmente, como em seu contexto familiar e na comunidade. Os profissionais precisam prestar uma assistência integral e resolutiva, voltada para a família, o que também os aproxima dos usuários, conquistando sua confiança e estabelecendo vínculos mais duradouros, características essas da longitudinalidade.

Outro ponto apresentado por enfermeiros é que o trabalho em equipe oportuniza o desenvolvimento de um cuidado duradouro, especialmente em virtude da complementaridade das ações entre os profissionais.

Toda a equipe participa, desde o agente, a técnica em enfermagem, e eu a enfermeira, o médico, do PSF, para acompanhar também, os ACS fazem a visita e passam para a gente, que eles são sempre o primeiro contato com o paciente, então eles passam para a gente tentar dar continuidade no trabalho (E6).

Pela integralidade da equipe, isso oferece resolutividade dos problemas, se eu detecto um problema não basta só eu orientar sobre, é preciso medicação para curar, então já falo com o médico e ele prescreve, por isso que é bom o PSF (E19).

O atendimento integral aos usuários é uma das propostas da ESF, e sua efetivação por meio da atuação multiprofissional e interdisciplinar favorece a resolução dos agravos à saúde dos indivíduos. A obtenção de resultados positivos, viabilizada pelas ações conjuntas dos membros da equipe pode levar os sujeitos a dar mais credibilidade aos profissionais.

Enfermeiros também fizeram referência à disponibilidade de recursos (estrutura física e material) como uma facilidade à implementação de um cuidado longitudinal.

A gente tem uma estrutura boa, eu tenho a sala para desenvolver puericultura, exame preventivo, então nesse sentido eu consigo atender, é bem estruturado (E11).

Como aqui é USF de zona rural e é tudo muito longe, tem o carro disponível, se não tivesse não teria como a equipe se deslocar (E20).

O enfermeiro consegue prestar um cuidado prolongado à população a partir do momento que mantém um contato frequente com essa, estabelecendo vínculos duradouros. Isso é conquistado, primordialmente, por meio de um atendimento eficaz e resolutivo, o qual é viabilizado mediante a disponibilidade de uma USF com salas bem equipadas e reservadas, ensejando um atendimento mais individualizado, a fim de promover o diálogo, que oportuniza conhecer a história e necessidades mais iminentes dos usuários.

Do mesmo modo, os recursos materiais também são importantes, merecendo ênfase o carro para o transporte da equipe, em especial na ESF rural, tendo em vista que esse é um recurso essencial para manter as relações mais próximas com os usuários em seus domicílios e comunidade.

Além disso, é importante ressaltar que a longitudinalidade deve se constituir de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre usuários e profissionais (STARFIELD, 2002), e, assim, enfermeiros destacaram que o cuidado longitudinal também é favorecido quando há um interesse das pessoas com as ações em saúde.

Quando o paciente precisa ele te aceita bem, você vai até a casa dele e é bem recebida, bem recepcionada... quando o paciente precisa do teu serviço ele te aceita bem, isso facilita, quando ele participa e aceita o seu trabalho você consegue acompanhar bem (E10).

Ah, como vou explicar, por exemplo, as gestantes porque é um grupo mais unido, porque elas querem saber o que está acontecendo, como o feto está se desenvolvendo, então eu acho que é questão de o grupo procurar, interesse mesmo, quando o grupo se interessa facilita seu trabalho (E12).

Aqui a população entende bem o PSF, eles querem visita, eles gostam, até quando a gente demora para ir eles cobram (E20).

A ocorrência da longitudinalidade não depende somente do profissional, sendo fundamental que os usuários estejam abertos a coparticiparem das intervenções, seja por meio de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde. Quando a população se mostra interessada e comprometida, o profissional se sente motivado, visualiza melhores resultados, consegue acompanhar os usuários mais de perto, por mais tempo e com maior eficácia nas ações.

Destaca-se que a política da ESF se apresenta como ponto facilitador na efetivação do cuidado longitudinal, e, do mesmo modo, é imprescindível que a população compreenda e

aceite a ESF, e, com isso, a equipe de saúde terá mais condições de tornar realidade os princípios desse modelo assistencial.

Na ESF é de suma importância que os profissionais construam uma prática de saúde em que o usuário e a população possam participar do trabalho em equipe, integrando o processo de construção de um projeto assistencial comum. Nessa direção, os profissionais devem se deixar alcançar pela comunidade, visando melhores condições de vida e de convivência, mais saudável e integrada (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

O desenvolvimento do cuidado longitudinal se dá, além de outros fatores, pelo contato constante entre profissionais de saúde e usuários, e um ponto contributivo para que esse cuidado ocorra de forma mais efetiva é o fato de atender a uma população pouco numerosa e atuar por vários anos com ela. Ressalta-se que a adscrição de clientela e o uso do serviço ao longo do tempo são elementos fundamentais para avaliar a longitudinalidade, e, tal relação e a aproximação entre profissionais de saúde e a população adscrita, deve levar ao maior conhecimento dos profissionais sobre os problemas dos usuários, direcionando para aproximação entre ambos (STARFIELD, 2002).

Ah... aqui consigo acompanhar ao longo do tempo bem porque é município pequeno, todo mundo conhece todo mundo, trabalho há anos aqui, as pessoas têm confiança em mim [...] (E1).

Eu acho que é fácil porque é uma comunidade pequena, no PSF é delimitada, conhece todo mundo, sabe de onde é, o que tem, o que faz, eu acho que é isso (E14).

O que facilita são as características dessa comunidade, a gente já conhece o perfil, por eu estar há bastante tempo aqui, a equipe toda está há bastante tempo aqui, já conhece todo mundo (E19).

O número de famílias atendidas pela equipe influencia o desenvolvimento de um cuidado ao longo do tempo, uma vez que quanto mais delimitada é a população, maior atenção os profissionais poderão dar a esta, portanto, o propósito da ESF de adscrição de clientela é um fator contribuinte para essa prática.

Nesse sentido, é provável que não haja diferença entre municípios com porte populacional menor ou maior na ocorrência da longitudinalidade, pois as equipes de ESF prestam assistência à população adscrita, considerando que a maioria das equipes (17) não ultrapassa o número preconizado para esse modelo assistencial, atendendo entre 500 e 1000 famílias.

Associado a isso é importante o profissional atuar por vários anos com a mesma população, o que favorece conhecer indivíduo, família e comunidade em todos os seus aspectos, estabelecendo vínculos duradouros, e, assim, pressupõe-se que quanto mais o enfermeiro conhece e se relaciona com os usuários, melhor identifica os determinantes de saúde e doença, o que possibilita a prestação de uma assistência mais eficiente.

Corroborando com o exposto, a longitudinalidade somente acontece de fato quando existe um tempo que permita que o profissional tenha um conhecimento a respeito do usuário, para então lhe oferecer uma atenção orientada. Os benefícios da longitudinalidade são alcançados com maior efetividade em pelo menos um ano de acompanhamento, e nos casos em que o acompanhamento não é frequente pode levar vários anos (STARFIELD, 2002).

A relação entre profissional e usuários é a característica central do cuidado primário, o qual é pautado na confiança e senso de responsabilidade. Assim, a longitudinalidade está fortemente associada com maior satisfação do usuário, melhorando a organização e os resultados em saúde (FAN, et al, 2005).

Apesar de as propostas da ESF terem como prioridade o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, enfermeiros apontam como dificuldade o fato de muitas vezes a equipe de saúde focar suas ações na cura e a população ainda estar habituada ao modelo tradicional de atendimento, de modo que o atendimento centrado na doença ainda se faz muito presente no cotidiano de profissionais e usuários.

Ainda se faz muito o curativo, e para melhorar tinha que, ir mais para o lado da prevenção e promoção da saúde que é prioridade do PSF. O curativo você desenvolve no momento e vai esquecer, acaba não dando continuidade. Na promoção e prevenção você vai estar sempre acompanhando, por mais que tenha que fazer um curativo uma hora ou outra, mas se tiver como fazer a prevenção junto ajuda mais (E2).

A população ainda tem uma visão muito curativa, quer muita medicação, não ficam muito na prevenção ou na adoção de métodos mais naturais para estar tratando os problemas, querem um monte de medicação [...] só que eles tinham que pensar diferente, entender que prevenir é melhor (E19).

Ante o exposto, enfermeiros em estudo entendem a necessidade de mudança, visto que as propostas da ESF, em alguns casos, ainda não estão sendo efetivadas, sendo que, com o seguimento dessas, pode-se promover uma aproximação entre profissionais e usuários, estabelecendo vínculos, configurando esse modelo de assistência como excelente para concretizar a longitudinalidade no primeiro nível de atenção. Assim, os profissionais de saúde

devem desempenhar uma prática de qualidade, com capacidade para estimular a população à busca de melhores condições de saúde, visualizando as pessoas na sua integralidade, ou seja, nas condições biopsicossociais, econômicas, culturais e espirituais (FERNANDES, et al, 2010).

O atendimento além dos aspectos que envolvam a cura da patologia favorece a longitudinalidade, e, assim, respondentes propõe que a mudança da visão da população seria uma forma para favorecer esse cuidado, o que demanda tempo, despendendo um esforço da equipe, com valorização das ações preventivas e estabelecimento de vínculos, de modo que os usuários percebam os impactos positivos para saúde, e, gradativamente se habituem, aceitem e ajam conforme os princípios da ESF.

Dentre os relatos, identificou-se uma situação de destaque, no município de maior porte populacional incluso no estudo, no qual existe apenas uma USF na área urbana, constituindo-se como uma dificuldade na atuação do enfermeiro.

Eu vejo que para melhorar as ações em saúde e ter esse cuidado ao longo, tinha que mudar a visão da população, e isso demora muito, principalmente porque somos os únicos da cidade, a população não entende. Tinha que implantar PSF em todo município, daí todo mundo iria “falar a mesma língua” (E16).

Quando os usuários buscam outros serviços ou não aceitam/compreendem a ESF, a relação duradoura é prejudicada, pois os profissionais têm menos contato com os usuários, o que pode limitar a identificação e resolutividade dos problemas. Assim, com a implantação da ESF a toda a população, seus princípios seriam melhores efetivados, viabilizando a adaptação dos usuários a uma atenção centrada na saúde. Destarte, muitos usuários estão insatisfeitos e têm dificuldades para entender as propostas da ESF, por vezes preferindo a UBS, pois, tem mais médicos ou essas dispõem de especialistas, e ainda, pelo não agendamento prévio das consultas médicas (RONZANI; SILVA, 2008).

Dos enfermeiros em estudo, cinco atuavam em unidades de saúde mistas, e, desse modo, apresentaram como sugestão de melhoria do atendimento aos usuários ter a unidade de saúde exclusiva para ESF, com estrutura física adequada para atender à política desse modelo assistencial.

Ah... aqui é tudo muito misturado... tinha que ter a USF separada, conforme o PSF, e essa equipe se unir assim, atender apenas a unidade de abrangência (E7).

A gente gostaria que a UBS e a USF fossem separadas, porque o que a gente faz ali não é PSF, a gente atende a demanda e não faz nada de prevenção, eu acredito que atrapalha (E9).

Quando as equipes de USF e UBS atuam na mesma unidade de saúde, em geral, existe a tendência de prevalecer o modelo tradicional, o qual está mais arraigado tanto no cotidiano dos profissionais, quanto dos usuários. A partir do momento que se tem USF exclusiva, a equipe tem maior possibilidade de efetivar as propostas da ESF, e, conseqüentemente, concretizar a longitudinalidade, considerando que as características desse modelo a favorece. Nesse âmbito, é preciso incentivo financeiro, técnico e político à rede básica de saúde no país, sendo que os investimentos em infraestrutura são urgentes, e necessitam promover a reforma e construção de unidades de saúde na concepção.

Nos relatos de enfermeiros, identificou-se, que muitas vezes o trabalho não é integrado, constituindo-se em um fator que tende a limitar o atendimento longitudinal aos usuários.

O que dificulta o nosso trabalho é que a equipe não está muito integrada, o ACS não faz visita, isso atrapalha um pouco (E7).

A equipe é um fator que pode contribuir e pode atrapalhar. A equipe não é totalmente integrada, infelizmente não é, sempre tem algumas coisas, não é fácil estar resolvendo, isso é um dificultador. Eu tenho dificuldade inclusive com ACS de alguma área, e também com área descoberta. (E18).

Na ESF, a atuação multiprofissional é fundamental para que as propostas do modelo assistencial sejam efetivadas, e, na sua ausência, as ações são prejudicadas, podendo ser oferecida uma assistência fragmentada ao usuário, fazendo com que esse não tenha uma relação interpessoal com toda equipe, ficando o cuidado longitudinal a cargo de poucos profissionais, ou nem mesmo acontecendo.

Os profissionais que atuam na ESF precisam unir seus saberes a fim de prestar à população uma assistência humanizada, com base nos princípios do SUS, sendo fundamental que cada membro da equipe esteja disposto a compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e resultados (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Diante das dificuldades apontadas, os enfermeiros relataram que a principal estratégia de enfrentamento é que os profissionais da ESF precisam ter perfil para atuar nesse modelo de assistência e agir conforme sua política.

Tem que ter perfil, muitos pegam por falta de opção, porque passa em concurso, que fala: Ah PSF não vai ter muitos problemas, é tranquilo, eu acho assim... [...] (E7).

Para melhorar a falta de acompanhamento dos usuários tinha que desenvolver o trabalho conforme o PSF, e também a gente teria que ter uma equipe completa de pessoas interessadas (12).

Na ESF, é imprescindível que o profissional esteja disposto a trabalhar junto à comunidade, já que nesse modelo a equipe não restringe sua atuação à USF e ao indivíduo, mas tem como principal estratégia a compreensão de todo o contexto que o usuário está inserido, desenvolvendo seu trabalho com ênfase na família, destacando novamente a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar.

Além disso, enfermeiros disseram que a capacitação profissional é um recurso que poderia melhorar a assistência ao longo do tempo, envolvendo tanto o trabalho na ESF, como em relação à atuação da equipe na perspectiva da longitudinalidade. Ressalta-se que apenas cinco dos respondentes relataram ter recebido algum tipo de orientação para atuar na ESF, o que pode ser um fator limitante para a compreensão e desenvolvimento de ações, conforme os princípios desse modelo.

Nunca tive treinamento para trabalhar no PSF, tinha que ter, e ainda eu acho que se tivesse um treinamento a nível de equipe, de como isso é importante, esse cuidado prolongado, eu acho que seria uma estratégia (E8).

O acompanhamento ao longo do tempo melhoraria se fosse feito um trabalho de conscientização de toda equipe de saúde, que o enfermeiro às vezes ele acaba tentando fazer e não consegue, mas assim, se fosse feito um trabalho mais dentro da equipe, uma capacitação para fazer essa continuidade (E11).

Concorda-se com os enfermeiros que expor aos profissionais a importância do trabalho longitudinal é uma estratégia para que passem a agir ou aprimorem suas ações com essa perspectiva, visto que é essencial a compreensão de seus benefícios, para se comprometerem com sua realização. Porém, destaca-se que se os profissionais estiverem adequadamente preparados para atuar na ESF, e desenvolverem suas ações conforme os propósitos desse modelo assistencial, a longitudinalidade irá ocorrer, haja vista que a ESF pressupõe essa relação mais próxima com indivíduos, família e comunidade, em especial pelo estabelecimento de vínculos e atendimento integral.

A capacitação precisa ocorrer antes de se estruturar a equipe, sendo acrescida sua qualidade por meio do trabalho cotidiano com orientações e acompanhamento do enfermeiro da unidade, e reuniões entre os profissionais para discutir condutas para prestar uma assistência com mais qualidade, permitindo compreender melhor os objetivos da estratégia (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Enfermeiros também fizeram referência à disponibilidade de recursos (humanos, de estrutura física e material), configurando-se como um fator influenciador na qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, no estabelecimento da longitudinalidade, sendo que a maior parte dos respondentes destacou não ter referidos recursos de forma satisfatória, pontuando como resolução a necessidade de maiores investimentos no âmbito da USF.

A dificuldade é na falta de profissionais, não ter todas as áreas cobertas por ACS, porque daí a gente fica sem saber o que está acontecendo naquela área. E pela falta de carro para a equipe, e de material, maca, biombo, falta tudo, o básico para assistir o paciente. A gente precisa de mais verbas, contratar mais ACS, ter mais condições (E5).

Ah... melhoraria se tivesse melhor estrutura física, não se tem privacidade, não tem sala somente para o enfermeiro. Também não tem a parte financeira, se tivesse um carro para o PSF, que é quase todo rural, ter material didático, ter um certo investimento, nossa... ia ajudar muito (E7).

As dificuldades aludidas por respondentes podem precarizar o atendimento ao usuário, uma vez que limita a assistência de qualidade e o acompanhamento adequado dos usuários, assim como a resolutividade dos problemas, podendo diminuir o vínculo entre população e profissionais da ESF, fazendo com que, em muitos casos, as pessoas procurem outros níveis de assistência para atender às suas necessidades. Do mesmo modo, ante o estabelecimento de vínculos o acompanhamento ao longo do tempo é favorecido, levando a população a identificar na USF sua fonte regular de cuidados (STARFIELD, 2002).

Destaca-se que a disponibilidade de carro foi a principal reivindicação nos discursos dos enfermeiros em estudo (10), uma vez que esse é um recurso fundamental para a manutenção do contato frequente entre usuários e equipe, oportunizando que essa consiga ir até os domicílios e às comunidades, especialmente nos casos em que a ESF se encontra em área rural. Dados semelhantes são encontrados na literatura, a qual aponta que as equipes de ESF enfrentam dificuldades na prestação da assistência, especialmente referente à falta de

recursos materiais, assim como deficiência de transporte, principalmente por uma parcela significativa da população residir na zona rural (COTTA, et al, 2006).

Enfermeiros referiram, em relação aos recursos humanos, que sofrem com a sobrecarga de trabalho, especialmente pelo fato de serem responsáveis pelas questões gerenciais da USF, e, a única estratégia de melhoria visualizada seria a contratação de mais profissionais.

Olha, eu acredito que tem dificuldades porque o enfermeiro é responsável pela equipe, pela burocracia, pelos relatórios, ultimamente eu estou fazendo muito mais coordenação do que assistência. Eu não tenho cargo, coordenação pela secretaria, mas eu sou cobrada por tudo, se o carro quebra, se o ventilador não funciona, férias dos funcionários. É uma sobrecarga pela coordenação, eu estou descontente porque deixo a assistência de lado [...] Talvez se contratasse alguém só para coordenar resolveria (E18).

Com o acúmulo de funções o enfermeiro tende a realizar as atividades que requerem respostas mais iminentes, ficando distante da realidade da população, o que prejudica a prestação de uma assistência de qualidade, abarcada principalmente, pela integralidade das ações, de modo que o contato frequente e o vínculo com os usuários são prejudicados, inviabilizando o cuidado longitudinal.

A falta de profissionais na equipe de ESF dificulta o trabalho, sendo que quando as ações são assistenciais, em muitos casos, os profissionais não podem ser substituídos, e, com isso, essa dificuldade pode sobrecarregar os demais membros da equipe no desempenho das atividades, causando ônus para a assistência à população (MARCON; LOPES, M. C. L; LOPES, M. B., 2008).

Outro ponto importante, ressaltado por um respondente, é a rotatividade dos profissionais que atuam na ESF, em especial pela baixa remuneração, de modo que a proposta de melhoria seria o reajuste salarial, o que motivaria os profissionais para o trabalho e assim permaneceriam por mais tempo com a mesma população.

O salário é muito baixo, daí tem muita rotatividade. Enfermeiro, farmacêutico, dentista, todos ganham o mesmo salário baixo. As pessoas ficam aqui por falta de opção, quando arrumam outro serviço melhor vão embora [...] Tinha que melhorar o salário, daí motiva e as pessoas não saem (E5).

A rotatividade dos profissionais da equipe de ESF é um fator que inviabiliza a prestação do cuidado ao longo do tempo, tendo em vista que limita o estabelecimento de

vínculos com a comunidade, a conquista de sua confiança e, conseqüentemente, o continuum das ações e o conhecimento/compreensão dos usuários é prejudicado, limitando a elaboração de ações mais condizentes com a realidade destes.

Estudo realizado no vale do Taquari/RS apontou que no período de 2001 a 2005 alternou próximo de 20% a 40%, sendo que as principais causas da rotatividade dos profissionais é a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho (MEDEIROS et al., 2007).

Do mesmo modo, o estabelecimento de boas relações interpessoais entre profissionais e usuários é fundamental, e perante a dificuldade em formar esse vínculo, o cuidado ao longo do tempo é prejudicado.

Uma família que a equipe levou mais de ano para cadastrar. Eles têm vários problemas, hipertensão, o filho tem bulimia. No início desse ano que a ACS conseguiu cadastrar, e a assistente social entrou na casa uma vez, mas muito rapidamente. Acho que se a gente tivesse conseguido o contato com essa família antes, talvez o menino não estivesse nesse estado, que até teve que ficar internado por causa da bulimia (E20).

A falta do acompanhamento adequado ao longo do tempo pode se constituir em um fator contribuinte para o agravo à saúde das pessoas, pois, no relato em questão as ações não puderam ser efetivadas visando à promoção e prevenção à saúde na fase inicial do processo de doença, o que ocasionou o agravo à saúde do indivíduo, e, conseqüentemente, a necessidade do uso do serviço de maior complexidade.

Em locais onde há um atendimento adequado na APS, existe a melhoria na qualidade da saúde dos usuários, por meio de uma maior prevenção de doenças e morte, desde que haja oferta de profissionais de qualidade e bom relacionamento entre usuários e equipe de saúde, sendo que os benefícios envolvem, principalmente, aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade geral, do baixo peso ao nascer, e na procura aos serviços de emergência (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Em relatos, enfermeiros ainda reportaram que existem problemas quanto à acessibilidade, configurando-se como uma limitação para efetuar um cuidado ao longo do tempo, sendo que esta envolve tanto o acesso dos usuários à unidade, como dos profissionais aos domicílios e comunidades.

O problema é o acesso, as distâncias são de até 30 km de uma comunidade para outra [...] e é difícil a população vir até a unidade, porque não tem transporte público e muitos não têm carro [...] Para isso teria que ter mais um carro, que ficasse disponível para os pacientes, ter mais recursos mesmo no setor de transporte (E14).

Tem dificuldade de acesso no interior, dia chuvoso... as estradas são ruins, daí não tem como ir, e nem eles virem [...] Eu não sei... a gente cobra a manutenção das estradas (E15).

As dificuldades apresentadas foram referidas por enfermeiros que atuavam em USF localizada na área rural, em que as distâncias entre os domicílios são grandes e as estradas nem sempre apresentam boas condições, e, assim, enfermeiros sugerem mudanças e melhorias nas condições das estradas e do transporte público.

A falta de acesso limita o frequente contato entre profissionais e usuários, assim como a prestação da assistência, e, com isso o estabelecimento da relação duradoura é prejudicada. Assim, o acesso ao serviço de saúde no contexto do SUS envolve dimensões econômicas, técnico-assistenciais, políticas e simbólicas, e para haver acessibilidade, deve-se considerar os recursos disponíveis para transporte, tempo de deslocamento, distância e custos (JESUS; ASSIS, 2010).

Salienta-se ainda que muitas vezes o cuidado é prejudicado pela ausência de informações a respeito do atendimento prestado ao usuário em outro nível de assistência, ou seja, nas situações em que o sistema de contrarreferência não funciona de forma satisfatória.

Tenho um paciente idoso, diabético, hipertenso, que vinha sempre consultar. Um dia mandamos ele para tratar no município de referência, onde ficou internado um tempo, e quando voltou não sabia dizer o que aconteceu com ele. Ele voltou para casa e a gente fez acompanhamento, tinha que ver ele até nos finais de semana. Até hoje tem que acompanhar, está melhor, mas não sabe explicar certo o que aconteceu (E6).

Ao término de um tratamento que o usuário realizou em um serviço de maior complexidade, esse retorna ao seu domicílio, sendo novamente atendido pela equipe de ESF, podendo manter vínculos e ocorrer o cuidado longitudinal. Visando impactos positivos à saúde do indivíduo, destaca-se a importância de haver um sistema de referência e contrarreferência adequado, o que viabiliza a prestação de um atendimento com maior qualidade, promovendo a assistência integral, resolutividade, e em decorrência disso favorece a longitudinalidade.

A reorganização da APS pressupõe o funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência eficiente, assim como o estabelecimento de parcerias entre instituições públicas, conveniadas dentre os diversos níveis assistenciais, sendo que na falha desse processo não existe a garantia da continuidade da assistência, havendo dificuldades na implementação dos princípios e diretrizes do SUS (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo se deu em conformidade com os objetivos propostos, permitindo identificar que a longitudinalidade é um atributo fundamental na prática assistencial tanto do enfermeiro, como de toda equipe de ESF, assim como se evidenciou que os princípios desse modelo assistencial são favoráveis ao desenvolvimento do cuidado longitudinal, especialmente no que se refere à promoção e prevenção à saúde, adscrição de clientela, estabelecimento de vínculo com os usuários, família e comunidade, e integralidade na assistência.

Os aspectos que favorecem a realização de uma assistência duradoura estão diretamente relacionados aos princípios da ESF, assim, compreende-se que se esse modelo assistencial for adequadamente trabalhado, a longitudinalidade do cuidado irá ocorrer naturalmente, e, com isso, a população terá maior resolutividade dos problemas no nível primário de atenção, o que pode reduzir custos e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Existem inúmeras dificuldades que limitam a realização do cuidado longitudinal, abrangendo questões como a persistência do modelo curativista no cotidiano de profissionais e usuários, dificuldades no trabalho em equipe, escassez de recursos, dificuldades no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, assim como problemas de acesso e no sistema de contrarreferência.

Para tanto é fundamental que tais dificuldades sejam superadas, para que a longitudinalidade aconteça e seus benefícios sejam conquistados. Nesse âmbito os enfermeiros destacaram a importância da efetivação dos princípios da ESF, com comprometimento e preparo dos profissionais, assim como compreensão e aceite desse modelo assistencial por parte dos usuários. Além disso, é fundamental maiores investimentos nas USF (recursos materiais, de estrutura física e humanos), e melhorias nos vínculos profissional/usuário, nas condições das estradas rurais, e implementação de um sistema de contrarreferência de qualidade.

Destaca-se que conhecer os facilitadores e dificultadores envolvidos na realização do trabalho longitudinal, assim como os elementos propiciadores de mudanças é fundamental para que tanto o enfermeiro, como toda equipe de ESF possam compreender a importância da longitudinalidade, as formas para realizá-la e melhorá-la no cotidiano profissional.

Espera-se, assim, que os resultados desse estudo possam contribuir para que a longitudinalidade do cuidado passe a ser uma realidade na prática assistencial, e, com isso conquistem gradativamente seus benefícios junto à população adscrita.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Boa Vista, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-231, 2005.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCECHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio a reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 58-64, 2006.

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. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D.C., v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

FAN, V. S.; BURMAN, M.; MCDONELL, M. B.; FIHN, S. D. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 20, no. 3, p. 226-233, 2005.

FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Investigação**, [S.l.], v. 8, n. 1-3, p. 25-32, 2008.

FRATINI, J.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GOMES, L. O. S.; AGUIAR, M. G. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença? **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 5, p. 614-619, 2006.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Braz. J. Nursing**, [S.l.], v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing> . Acesso em: 7 jul 2010.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. F. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

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

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. SESA. **Regional de Saúde**. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 574-580, 2010.

RAMOS, C.; HECK, R.; CEOLIN, T.; DILÉLIO, A.; FACCHINI, L. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 8, p. 85-91, 2009. Suplemento. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>> Acesso em: 16 jun. 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

RONZANI, T. M., SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, 2009.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

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

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective. **Health Policy**, New York, v. 60, p. 201-218, 2002.

TESSER, C.; GARCIA, A.; ARGENTA, C.; VENDRUSCOLO, C. Concepções de Promoção da Saúde que Permeiam o Ideário de Equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 42-56, 2010.

XIMENES NETO, F. R. G.; PONTE, M. A. C.; AMARAL, M. I. V.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A.; CUNHA, I. C. K. O. Necesidades de cualificación de los enfermeros de salud de la familia en Ceará, Brasil. **Enfermería Global**, Mexico, DF, v. 17, p. 1-11, 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75191/72941>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

5.5 ARTIGO 5

LONGITUDINALIDADE NO TRABALHO DO ENFERMEIRO: RELATOS DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

LONGITUDINALITY OF CARE IN THE WORK OF NURSES: REPORTS ON WORK EXPERIENCES

LONGITUDINALIDAD EN EL TRABAJO DEL ENFERMERO: RELATOS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

RESUMO

Objetivou-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prática assistencial na perspectiva da longitudinalidade. Estudo descritivo-exploratório qualitativo, realizado com 20 enfermeiros da saúde da família de municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, mediante entrevistas semiestruturadas, em abril de 2010, com dados submetidos à análise de conteúdo. Os resultados apontaram para a categoria: Benefícios e implicações das ações realizadas na perspectiva da longitudinalidade, que identificou que esse cuidado ocorre junto à criança, usuário em situação de doença crônica, família, e por meio de grupos. O trabalho em equipe, acessibilidade, coparticipação do usuário, visita domiciliária e as ações de prevenção à saúde viabilizam a longitudinalidade, impactando positivamente na saúde das pessoas. Conclui-se que a longitudinalidade melhora a qualidade de vida da população e viabiliza a resolutividade no primeiro nível de atenção à saúde.

Descritores: Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao Paciente. Enfermagem. Relações Interpessoais.

ABSTRACT

The present study aimed at to know the nurses perception on the care practice in the perspective of longitudinality of care. This is a qualitative descriptive-exploratory study, carried out with 20 nurses that work in the FHS program within the 10th Regional of Health of Paraná State, through semi-structured recorded interviews in the month of April 2010 and submitted to the content analysis. Results pointed to the following category: Benefits and implications of the actions accomplished in the perspective of longitudinality of care, which identified that such care is rendered to children, users in situation of chronic disease, families, and through groups. Team work, accessibility, user's co-participation, home care and prevention actions make longitudinality of care viable, impelling positively in the people's health. It is concluded that longitudinality of care improves the quality of life of the population, and makes resolvability viable in the first level of health attention.

Keywords: Family Health. Continuity of Patient Care. Nursing. Interpersonal Relations.

RESUMEN

Tuvo como objetivo conocer la percepción de los enfermeros sobre la práctica asistencial en la perspectiva de la longitudinalidad. Estudio descriptivo-exploratorio cualitativo, realizado con 20 enfermeros de la salud de la familia de municipios de la 10^a Regional de Salud de Paraná, mediante entrevistas semiestructuradas, en abril de 2010, con datos sometidos al análisis de contenido. Los resultados apuntaron para la categoría: Beneficios e implicaciones de las acciones realizadas en la perspectiva de la longitudinalidad, que identificó que ese cuidado ocurre junto al niño, usuario en situación de enfermedad crónica, familia, y por medio de grupos. El trabajo en equipo, accesibilidad, coparticipación del usuario, visita domiciliaria y las acciones de prevención a la salud viabilizan la longitudinalidad, impactando positivamente en la salud de las personas. Se concluye que la longitudinalidad mejora la calidad de vida de la población y hace viable la resolutividad en el primer nivel de atención a la salud.

Descritores: Salud Familiar. Continuidad de la Atención al Paciente. Comprensión. Enfermería. Relaciones Interpersonales.

INTRODUÇÃO

As mudanças sociais, políticas e culturais, assim como a progressiva falência do modelo hospitalocêntrico de atendimento às necessidades de saúde, além da modificação do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm levado a alterações na prática assistencial dos profissionais de saúde envolvidos¹. O marco desse processo foi a Conferência de Alma-Ata, que ocorreu em 1978, estruturando a Atenção Primária à Saúde (APS),

encarada como orientadora dos sistemas de saúde, em especial os de caráter universal, visando à ampliação da atenção em saúde à sociedade².

Nesse contexto, em 1988, é promulgada a nova Constituição Federal Brasileira, em que é instaurado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, guiado pelos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade², e, com isso, o modelo curativista até então predominante foi perdendo espaço para um modelo de assistência à saúde que visa compreender e atender ao usuário como sujeito inserido em uma realidade e que sofre influências dos determinantes sociais¹.

Seguindo tais princípios, em 1994, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual visa seguir os atributos da APS: ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo (longitudinalidade) e com coordenação do serviço de saúde³, pressupondo uma racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais².

Sabe-se que a longitudinalidade é o princípio mais importante da APS, e significa o estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre usuários e profissionais da equipe de saúde³, fazendo surgir familiaridade e confiança mútua entre profissional e usuários, constituindo-se de relações interpessoais, nas quais o profissional foca sua prática na pessoa, não na doença⁴. Destarte, a longitudinalidade deve ocorrer independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se o cuidado integral à saúde a partir dos âmbitos físico, psíquico e social, considerando os limites de atuação do setor saúde e coordenando as diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades abrangentes, menos frequentes e mais complexas³.

Ressalta-se que a lógica subjacente das relações interpessoais é a facilitação da transferência de informações. Quando as pessoas se associam voluntariamente uns com os outros, a comunicação é geralmente mais livre e completa, e com isso o profissional pode chegar mais facilmente ao esclarecimento das questões de saúde/doença envolvidas⁴.

Esta lógica de melhor relacionamento interpessoal em serviços de saúde é apoiada por uma grande riqueza de evidências de benefícios que resultam de uma melhor comunicação: melhor reconhecimento dos problemas das pessoas; diagnósticos mais precisos, e tratamento melhor elaborado; menos prescrição de medicamentos; adoção de comportamentos preventivos pelos usuários; menor uso de serviços de emergência; menos internações e redução de custos⁴.

A literatura aponta que a longitudinalidade é mais importante para a prestação da assistência a crianças, idosos, pessoas com menor nível de escolaridade, com alguma

condição crônica ou/e em uso de medicações. Assim sendo, é de suma importância que os sistemas de APS dediquem esforços adicionais para manter uma relação ao longo do tempo com os usuários mais vulneráveis⁵.

Nesse contexto, a equipe de ESF, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), tem a responsabilidade longitudinal para assistir a população. E assim, o enfermeiro é essencial para coordenar e integrar a equipe, incentivando seus membros na prestação de uma assistência integrada e de qualidade⁶, além de ter grande contato e conhecimento a respeito do território e condições socioeconômicas da população atendida, possuindo um aporte prático e científico para atender aos usuários. Com isso, consideramos o enfermeiro como principal membro da equipe para aprimorar e instigar os demais da equipe sobre a prestação desse cuidado ao longo do tempo.

Além disso, o enfermeiro pauta seu trabalho no monitoramento das condições de saúde, seja no atendimento individual ou grupal, além de levantar e monitorar problemas de saúde, e desenvolver uma prática comunicativa visando ampliar a autonomia dos sujeitos⁷, ações essas que oportunizam o estabelecimento de relações interpessoais duradouras com os usuários, caracterizando um cuidado longitudinal.

Pensando na importância da ocorrência da longitudinalidade na ESF e do trabalho do enfermeiro nesse modelo assistencial, do mesmo modo, considerando a escassez de estudos que abordem o tema, o presente estudo objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prática assistencial na perspectiva da longitudinalidade.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, e faz parte do projeto de pesquisa “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiado financeiramente pela Fundação Araucária. Foi realizado em sete dos 25 municípios que integram a 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que tem como sede o município de Cascavel/PR.

O Estado do Paraná é dividido em 22 Regionais de Saúde (RS), as quais constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) com as secretarias municipais de saúde. A competência da RS é apoiar o município no desenvolvimento de ações de saúde em todas as áreas e influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência das ações com qualidade⁸.

Para a definição dos participantes do estudo, considerando a possibilidade de existir certa diversidade na ESF dos municípios da regional definida, relacionada ao seu porte populacional (ou seja, capacidades diferenciadas de atendimento à saúde, com influência nas possibilidades de prestação do atendimento longitudinal), esses foram inicialmente divididos em cinco grupos: os municípios que tinham menos de 5.000 habitantes (6); de 5.000 a 10.000 habitantes (10); de 10.000 a 20.000 habitantes (7); de 20.000 a 35.000 habitantes (1); e 1 município com mais de 35.000 habitantes. Na sequência, sortearam-se 2 municípios pertencentes aos 3 primeiros grupos e se incluíram os 2 maiores.

Todos os enfermeiros atuantes na ESF dos municípios incluídos no estudo deveriam ser informantes deste, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa e estar atuando na mesma equipe há pelo menos cinco meses. Desse modo, do total de 27 enfermeiros atuantes nas equipes de ESF nos municípios selecionados, 20 participaram do estudo, considerando que dois não atendiam aos critérios de inclusão (tempo de atuação na mesma unidade maior que cinco meses), um estava de férias, outro afastado por questões de saúde, um terceiro não aceitou participar do estudo e outros dois não tinham equipe mínima completa.

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais, após o consentimento, foram gravadas. As entrevistas foram previamente agendadas por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional, e, assim, 16 foram realizadas em sala reservada na unidade de saúde, três na Secretaria de Saúde de Cascavel, em dia de reunião, e uma na 10ª RS em dia de capacitação.

As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil sociodemográfico e à dinâmica de trabalho dos pesquisados; a segunda, com questões abertas relacionadas à longitudinalidade no cotidiano do enfermeiro, sendo que o último questionamento era a solicitação de que os enfermeiros relatassem uma situação assistencial que marcou sua experiência profissional, e que o enfermeiro considerasse ter ocorrido a longitudinalidade, questão essa que deu origem ao presente artigo.

A discussão dos dados se deu principalmente com base nos pressupostos conceituais de Starfield³, o qual trata a longitudinalidade como uma das principais características da APS, e que essa se constitui no acompanhamento do usuário pelo profissional ao longo do tempo.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo categorial, procedendo-se a pré-análise que se constituiu em leituras flutuantes, sendo que a totalidade dos dados

coletados nas entrevistas se configurou no *corpus* a ser analisado, viabilizando assim a formulação de hipóteses e objetivos. Em seguida foi feita a exploração do material, por meio de leituras exaustivas, codificação, enumeração, classificação e agregação do material das entrevistas. E, finalmente se deu o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, realizando-se a categorização, sendo que os elementos foram isolados e organizados, investigando o que cada elemento tem em comum com o outro, procedendo-se então a inferência⁹.

O desenvolvimento do estudo atendeu as exigências da Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer 659/2009). Antes da entrevista as informações pertinentes ao estudo foram explanadas pelo pesquisador, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a diferenciação dos sujeitos da pesquisa, assim como a preservação de sua identidade, foram utilizados códigos, em que os enfermeiros foram referenciados com a letra 'E' seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem das entrevistas (E1 a E20).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos participantes e das unidades selecionadas

Foram entrevistados 20 enfermeiros, sendo que a grande maioria era do sexo feminino (19), com idade entre 22 e 45 anos, estando a maior parcela (11) na faixa etária dos 26 aos 30 anos. Sobre o estado civil, 12 enfermeiros eram casados, seis solteiros, um separado judicialmente e um em união estável. A maior parte (11) não tinha filhos, cinco tinham dois filhos e quatro tinham um único filho.

Dos 20 participantes, 18 atuavam apenas na ESF, um também atuava na área da docência e outro na área hospitalar. A renda familiar mensal variou de três a 26 salários mínimos, predominando (14) uma renda de cinco a dez salários, sendo que em oito casos apenas duas pessoas eram dependentes da renda, ressaltando que o número máximo de dependentes foi de cinco pessoas, representado por apenas um caso.

Identificou-se que a maior parte (13) se graduou em universidade pública, e o tempo de formação variou de dois a vinte anos, sendo que seis se graduaram entre 10 e 20 anos, e os outros quatorze enfermeiros há menos de oito anos. Quase a totalidade (19) dos enfermeiros possuía pós-graduação *lato sensu*, sendo 15 na área de saúde pública, dos quais apenas cinco em saúde da família.

Sobre a dinâmica de trabalho dos pesquisados, a maioria (15) atuava em unidade exclusiva de ESF e os outros cinco em unidades mistas. Quanto ao vínculo empregatício 17 dos entrevistados era por meio de concurso público e três seletistas. No que se refere ao tempo de atuação na ESF, variou de cinco meses a onze anos, e a metade (10) atua entre seis e dez anos, sendo que o tempo de trabalho na mesma unidade variou de cinco meses a oito anos, predominando (10) a faixa de tempo de um a cinco anos.

No tocante ao número de famílias atendidas pela equipe de ESF, a maioria (17) não ultrapassa o número preconizado para esse modelo assistencial, atendendo entre 500 e 1000 famílias. Do total de enfermeiros entrevistados, 12 possuíam alguma área de seu território descoberta por ACS, variando de 100 a 250 famílias sem atendimento por esse profissional.

BENEFÍCIOS E IMPLICAÇÕES DAS AÇÕES REALIZADAS POR ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DA LONGITUDINALIDADE

Os enfermeiros relataram sobre sua prática profissional, sendo possível identificar a ocorrência da longitudinalidade em diferentes fases da vida, assim como seu desenvolvimento nas diversas atividades que o enfermeiro desempenha na ESF, tanto individualmente, como, com maior ênfase, no trabalho em equipe. Entretanto, dentre os relatos também foi possível evidenciar algumas limitações que o enfermeiro encontra para a concretização do cuidado ao longo do tempo. Dos 20 entrevistados um profissional optou por não fazer nenhum relato, explicitando que não se recordava de nenhum caso especial.

Estudo realizado em 2009 com enfermeiros atuantes na ESF de seis municípios da região sul do Rio Grande do Sul aponta que esse profissional pauta suas ações especialmente na promoção à saúde da criança, sendo que a literatura aponta que 91,7% dos enfermeiros destacam a realização dessa atividade¹⁰. Assim, é compreensível que essas ações, por serem realizadas com maior frequência e consideradas prioridades de atendimento, também tenham mais possibilidade de acontecerem na perspectiva da longitudinalidade, sendo que dentre os relatos, dois dos enfermeiros optaram por descrever sua experiência junto à criança.

“Quando eu vim para cá, as mães estavam grávidas, nascendo os bebês, as primeiras puericulturas foi eu que eu fiz. Hoje eles estão na escola, vou na escola e vejo eles. Agora eles que estão me ouvindo, acatando minhas orientações, acho gratificante, o fato de eu conseguir permanecer aqui todo esse tempo, e criar esse vínculo com a comunidade. Acho que minha atuação com as crianças fez a diferença, a gente não percebe problemas que seria o comum nosso, problemas de higiene, elas não têm medo do posto, não têm cárie. Eu acho que esse acompanhamento deu resultado, e isso motiva a gente” (E15).

O atendimento à criança, em geral, se dá deste o momento que a mulher realiza o pré-natal na USF, e perdura por vários anos, sendo acompanhada além do contexto da unidade, e acontece independente dos episódios de doença, seguindo os princípios da ESF, os quais priorizam as ações de promoção e prevenção à saúde.

Por meio do acompanhamento prolongado, favorecido pela permanência por vários anos do enfermeiro na mesma unidade de saúde, este tem a possibilidade de criar vínculos, tanto com as mães, como com as crianças, repassando orientações e essas sendo mais facilmente seguidas, impactando positivamente na saúde da criança, evidenciando-se os benefícios da longitudinalidade.

Um relato de destaque revela que a eficácia da longitudinalidade não depende somente do enfermeiro, mas fundamentalmente do trabalho em equipe, sendo que para sua melhor eficácia é necessário abarcar também outros setores da sociedade.

“Uma adolescente chegou para fazer o pré-natal já com seis meses, não aceitava a gravidez. Depois fizemos o acompanhamento no domicílio, ela estava maltratando a criança, deixava dois dias com mesma fralda, se a ACS não fosse lá e trocasse, ela não trocava; íamos lá duas a três vezes por dia, para tentar fazer com que ela cuidasse. Então resolvemos chamar o conselho tutelar e foi tirada a guarda da mãe, depois ela sumiu. A criança está na casa de passagem até hoje, tem um ano, foi tirada da mãe com um mês, e a gente acompanha ela lá. Achei importante, talvez se não fizesse esse acompanhamento domiciliar teria perdido a criança, ou estaria em um estado grave quando viesse procurar a unidade” (E1).

Para a prestação da assistência com maior integralidade, eficiência e resolutividade é de suma importância o comprometimento por parte de todos os membros da equipe de saúde, sendo que no relato em questão, houve um acompanhamento desde a gestação, em que foi identificada uma situação de risco, não somente pelo fato de ser adolescente, mas principalmente pela não aceitação da criança. Desse modo, a equipe de ESF se comprometeu em realizar o acompanhamento longitudinal, superando a situação de risco, e preocupando-se em prestar assistência a essa criança após a resolutividade do problema principal.

O trabalho em equipe e a assistência duradoura ao usuário permitem que os determinantes do processo saúde/doença sejam identificados com mais facilidade, e assim, os profissionais têm a possibilidade de elaborar intervenções mais pontuais, com melhores resultados.

As relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais da ESF e as famílias colaboram na aceitação dos usuários para o acompanhamento frequente e busca da satisfação das necessidades de saúde. Para isso, é fundamental que a equipe tenha boa interação,

devendo atuar na perspectiva interdisciplinar, articulando seus saberes para enfrentar as mais variadas situações, propondo soluções em conjunto, possibilitando intervenções adequadas, considerando que todos os membros devam ter conhecimento a respeito do problema⁶.

Na práxis do enfermeiro identificou-se que o cuidado longitudinal ocorre junto aos usuários em situação de doença crônica, e, assim destaca-se que a ESF tem o compromisso de prestar assistência integral à população na USF e no domicílio conforme as necessidades, reconhecendo os determinantes do processo saúde/doença a fim de intervir de forma adequada⁶. Destarte, os usuários que convivem com um estado de doença crônica, geralmente, necessitam de atenção constante por parte dos profissionais, configurando-se como um grupo mais vulnerável que requer prioridades no atendimento em saúde. Justifica-se, dessa forma, o porquê a maior parte dos enfermeiros em estudo discorreram o acompanhamento ao longo do tempo dos doentes crônicos.

“Um paciente que acabou indo a óbito, acompanhamos um ano inteiro. Teve poliomielite quando criança era cadeirante. Ficou internado e desenvolveu uma escara grande, a gente adorava ele e a família. Então íamos três vezes por dia na casa fazer curativo, sorte que era aqui no bairro, então a locomoção, tanto minha como da equipe era fácil, a gente ia a pé. Até hoje a família vem aqui e fala: Se não fosse você, se não fosse a equipe, todos aqui, ele não teria aguentado, resistido tanto tempo assim. A gente criou um vínculo de amizade, e até hoje a família vem, a gente criou um vínculo bom” (E12).

A longitudinalidade acontece a partir do momento que a equipe de saúde consegue estabelecer vínculo com o usuário e sua família, e esse vínculo é fortalecido por meio do contato constante, comprometimento dos profissionais com a situação de saúde do indivíduo e por uma assistência que melhore a qualidade de vida deste.

As fortes relações que surgem em decorrência de uma situação específica de saúde, fazem com que os profissionais se envolvam com toda a família, dando continuidade ao acompanhamento dessa, por meio de laços duradouros, os quais transcendem os episódios de doença ou a resolutividade do problema.

Por meio do relato, é possível identificar que além do vínculo, a longitudinalidade também é favorecida pela acessibilidade, tendo em vista que quanto mais próximo o usuário está da USF, mais fácil e imediata será a prestação dessa assistência, evidenciando a importância da localização geográfica adequada da unidade na área adscrita. Além disso, quando da não proximidade entre USF e domicílio, é fundamental que tanto equipe como usuário tenham condições de acesso, envolvendo nesse ponto, principalmente, meios de transporte e custos.

A acessibilidade aos serviços de saúde é um componente importante no momento do processo de busca e obtenção do cuidado. Desse modo, no que concerne à acessibilidade geográfica, a unidade de saúde deve ter localização central em relação à área de abrangência, e a ESF deve dispor suas equipes mais próximas ao local de moradia dos usuários, viabilizando o acesso¹¹.

Outro ponto de destaque é que o cuidado longitudinal promove a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, sendo que por meio de intervenções adequadas é possível amenizar os problemas de saúde, reduzindo agravos e, conseqüentemente, a necessidade do uso de serviços de alta complexidade, diminuindo custos.

“[...] uma senhora de 93 anos, diabética. Quando eu assumi o PSF ela tinha muitas lesões na pele, vivia internada. Comecei acompanhar de perto, vou bastante visitar, não tem filho, quem cuida é a nora. Comecei a orientar sobre a dieta, hidratar a pele e tudo mais. Depois que eu comecei a acompanhar nunca mais ficou internada. Esses dias encontrei a enfermeira que trabalhava antes do que eu lá e perguntou se ela já tinha morrido, eu falei: não está ótima. Então foi uma paciente que orientando, conversando, eu consegui ver resultado” (E17).

Ressalta-se a importância da coparticipação dos usuários nas ações em saúde, de modo que o enfermeiro possa realizar orientações, conforme as necessidades e condições da família e que essa colabore no seguimento de tais ações. Destarte, o enfermeiro precisa estar atento ao contexto que a família está inserida, e criar laços interpessoais, os quais irão favorecer a terapêutica e a conquista de resultados positivos.

A ESF é centralizada na criação de vínculos e formação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários, do mesmo modo, a longitudinalidade também é constituída nesses aspectos^{3,6}, evidenciando-se assim que os princípios da ESF viabilizam a ocorrência do cuidado ao longo do tempo.

A assistência em saúde não deve ser pautada somente no atendimento das necessidades imediatas do usuário em sua individualidade, mas, sobretudo, no atendimento integral à família, aspecto esse que guia a atuação dos profissionais na ESF, e, três dos respondentes discorreram sobre este tema.

“Tem uma família que mora no interior e a mãe tinha diarreia há 15 anos. Acabamos se envolvendo, e até hoje ela vem aqui contar como está, que os bichos deram não sei quantos cabritos. A gente acaba ajudando com roupa, se envolvendo com a família. O tio dela ficou doente e eu já tive que ir lá. A família não tinha água, nem luz, difícil acesso, o carro não entrava, tinha que ir a pé. A gente mobilizou toda equipe, levou a Sanepar, que fez coleta de água, também para instalar luz, a menina tinha sérios problemas de pele e a gente encaminhou para a dermatologista. Conseguimos por

causa da multidisciplinaridade, e eles pegaram uma confiança. Hoje não dá mais problema, estavam todo dia aqui, depois que você vai na casa, percebe a dimensão do problema... a família foi para frente, está se ajudando” (E8).

O presente relato faz apontamentos importantes sobre a ocorrência da longitudinalidade e seus benefícios. O ponto de destaque é o acompanhamento da família na sua integralidade, ou seja, a equipe de saúde atende a todo o núcleo familiar, contextualizando seus problemas com os determinantes de saúde/doença observados na realidade em que estão inseridos.

A principal estratégia utilizada para conhecer e acompanhar a família é a visita domiciliária, a qual proporciona aos profissionais um contato mais próximo com os usuários permitindo identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida. E, nesse ponto, destaca-se a importância do trabalho em equipe, no qual cada profissional atua conforme suas especificidades, complementando o trabalho do outro, e com isso promove a prestação de uma assistência mais integral e resolutive.

A equipe de ESF é formada por um grupo de profissionais tidos como fundamentais na condução dos problemas de saúde¹², e devem realizar ações integrais, por meio da articulação de saberes necessários para a prestação da assistência. Nessa perspectiva a equipe precisa dialogar e elaborar planos de ações conjuntas para cada família¹³, sendo fundamental a manutenção de uma relação longitudinal¹².

A resolutividade não é garantida apenas por meio de uma intervenção no problema iminente, mas especialmente pela identificação das inúmeras causas que envolvem o processo saúde/doença, buscando meios para modificá-las positivamente. Ademais, é fundamental também que os profissionais pautem suas ações não apenas nos aspectos biológicos envolvidos, mas também nos de cunho social.

Ainda destacamos a importância da continuidade do cuidado, ou seja, a partir do momento que o profissional não consegue resolver o problema de saúde, é fundamental que esse encaminhe o usuário para outro profissional que atenda a especialidade, entretanto, não se pode perder o vínculo com o indivíduo, mantendo o contato e estando disponível para outros atendimentos. Afirma-se que a longitudinalidade é o contato pessoal duradouro entre usuário e profissional de saúde. Já a continuidade não é necessária para que esta relação exista, pois as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, não é sinônimo da interrupção da referida relação³.

A longitudinalidade não se constitui apenas em acompanhar os usuários e sua família individualmente, mas também ocorre e apresenta benefícios no estabelecimento de

uma relação duradoura com as pessoas por meio de grupos, sendo que esse aspecto foi ressaltado por apenas um dos enfermeiros em estudo.

“Eu tenho o grupo de tabagismo, que depois de muito tempo acompanhando, vários já conseguiram parar de fumar, por causa das palestras, das orientações. Às vezes eles até falam: ah foi por sua causa que eu parei de fumar. Mas eu assusto mesmo, mostra lá os pulmões pretos para eles, e dá resultado, e a gente cria um vínculo com esse paciente, que por meio desse trabalho consegui um bom resultado” (E13).

O trabalho em grupo é uma atividade que o enfermeiro realiza junto à comunidade, no qual são priorizadas as ações de educação em saúde, sendo que por meio desse processo também é possível estabelecer relações interpessoais duradouras. No grupo se forma não apenas uma relação com o profissional, mas também entre os usuários, os quais podem trocar experiências e auxiliar uns aos outros na superação dos problemas.

Por meio das orientações e dos repetidos encontros com o grupo, a equipe consegue estabelecer um vínculo com esses, pautado principalmente na confiança, assim, os usuários tendem a seguir a terapêutica estabelecida, e gradativamente os benefícios e objetivos propostos são alcançados.

Na ESF há uma valorização de práticas grupais, as quais se constituem como um local de aprendizado conforme as necessidades coletivas, fortalecendo o vínculo entre profissional e usuário. Do mesmo modo, as atividades educativas propostas nos grupos devem fazer uma valorização da troca de saberes, viabilizar a criação de vínculos, promover estímulo à autonomia dos usuários, por meio de ações horizontais, bidirecionais e democráticas, objetivando a transformação conjunta¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo apontaram alguns dos inúmeros benefícios que a longitudinalidade reflete na saúde dos usuários, assim como os aspectos que envolvem o seu desenvolvimento. Com isso, pudemos constatar que a prestação de um atendimento longitudinal por toda equipe de ESF pressupõe a manutenção de vínculos duradouros com os usuários, assim, os profissionais conquistam a confiança das pessoas, conhecem melhor sua realidade, oportunizando atendê-las na sua integralidade, envolvendo os aspectos biopsicossociais, de modo que as ações sejam elaboradas de forma mais pontual e resolutiva no primeiro nível de atenção à saúde, viabilizando a melhoria da qualidade de vida da população e reduzindo a necessidade de utilização de serviços de maior complexidade.

Destaca-se que o cuidado longitudinal é favorecido principalmente pelo longo tempo de atuação na mesma unidade de saúde, ação integrada da equipe multiprofissional, conhecimento da realidade das famílias, especialmente por meio da visita domiciliar, além da localização geográfica adequada da USF e coparticipação dos usuários, de modo que esses pontos se complementem e favoreçam o estabelecimento das relações interpessoais entre profissionais e usuários.

Ressaltamos a importância da longitudinalidade para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, e, por isso, o enfermeiro precisa estar ciente de seus benefícios e atuar em conjunto com sua equipe, coordenando, planejando e intervindo nos determinantes do processo saúde/doença da população. Assim, espera contribuir para a atuação não apenas do enfermeiro, mas de toda equipe de saúde da família, demonstrando a importância do cuidado ao longo do tempo, assim como do seguimento da política da ESF, servindo de subsídio para que outras pesquisas sejam realizadas no sentido de melhorar tanto a assistência aos usuários, como a atuação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):649-56.
2. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc saúde colet*. 2009; 14(supl.1):1493-7.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
4. Starfield B, Horder J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. *Br J Gen Pract*. [periódico na Internet]. 2007; 57 (540): 527-9. [citado 2009 out. 25]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099634/>.
5. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stage KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1:149-155 .
6. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):727-33.
7. Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: *Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família*; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.

8. Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. SESA. **Regional de Saúde**. Curitiba, 2009. [citado 2009 nov. 30]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Revista e Atualizada. Lisboa-Portugal: Edições 70; 2008.
10. Ramos C, Heck R, Ceolin T, Dilélio A, Facchini L. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. Cienc Cuid Saude. 2009; 8 (suplem.):85-91.
11. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saúde Pública. 2010 abr; 26(4):725-37.
12. Campos FWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007 fev; 23(2):399-407.
13. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(2):262-8.
14. Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2007 dez;28(4):542-8.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a longitudinalidade é vista como um atributo fundamental na prática assistencial tanto do enfermeiro, como de toda equipe de ESF, assim como se evidenciou que os princípios desse modelo assistencial são favoráveis ao desenvolvimento do cuidado longitudinal, especialmente no que se refere à promoção e prevenção à saúde, adscrição de clientela, estabelecimento de vínculo com os usuários, família e comunidade, e integralidade na assistência.

Com a pesquisa, pode-se evidenciar que os enfermeiros em estudo, apesar de, em geral, não conhecerem o termo longitudinalidade, conseguiram atribuir uma definição pertinente com o que tem sido encontrado na literatura sobre o termo, assim como demonstraram realizar essa prática. Suas falas sugerem que enfermeiros prestam a assistência longitudinal junto aos diferentes ciclos de vida, e nesse processo, demonstrou-se que a participação da equipe é fundamental. Porém, o profissional que atua mais diretamente junto ao enfermeiro é o ACS, o qual, em geral, tem uma boa relação com a comunidade e assim faz a identificação das prioridades da área adscrita, passando as necessidades mais iminentes dos usuários à equipe, principalmente ao enfermeiro, para que assim possa ser elaborado um plano assistencial de qualidade. No trabalho em equipe, os resultados apontaram que o médico ainda é o profissional mais afastado dos propósitos da ESF, restringindo suas ações à demanda curativa, não estabelecendo uma relação duradoura com os usuários, para além dos episódios de doença.

Evidenciou-se que o vínculo entre enfermeiro e usuário é considerado fundamental para ocorrer a longitudinalidade, sendo essa muitas vezes expressa como vínculo longitudinal. Os enfermeiros em estudo destacaram que o vínculo é construído por meio da humanização, confiança e integralidade da assistência, e com isso é possível estabelecer uma relação mais duradoura com o usuário, oportunizando a identificação dos determinantes do processo saúde/doença e, conseqüentemente, é possível elaborar um plano assistencial mais pontual e eficaz.

Sobre as ações que o enfermeiro desenvolve junto aos usuários que promove a longitudinalidade, destaca-se que a visita domiciliária é a principal ferramenta utilizada, especialmente para atender às famílias. Relatos evidenciaram que as ações individuais são mais eficazes para estabelecer o vínculo e a progressão deste por meio do cuidado duradouro, visto que o usuário tem maior oportunidade de diálogo e, assim, de estabelecer a confiança

para com o profissional. Porém, não se pode desconsiderar as ações coletivas, as quais também permitem realizar um acompanhamento, apesar desse ser mais generalizável ao grupo, sendo que dificilmente cada pessoa será tratada na sua individualidade.

O cuidado longitudinal é uma realidade na assistência prestada pelo enfermeiro, porém está ocorrendo em decorrência dos episódios de doença e junto às faixas prioritárias. Isso pode ser explicado, pois a ESF aponta que os profissionais da equipe precisam atender aos usuários que mais necessitam, o que pressupõe assistência a maior demanda (crianças, mulheres, idosos e doentes crônicos), e, além disso, o modelo tradicional de assistência ainda está muito arraigado no cotidiano de profissionais e usuários, o que pode influenciar para que as ações de promoção e prevenção à saúde sejam prejudicadas.

Aponta-se aqui a necessidade de aprimorar a assistência no sentido de atender a todas as fases do desenvolvimento, considerando a inexistência de ações aos adolescentes e homens adultos, e que as ações sejam pautadas além dos episódios de doença, e, além disso, deve haver um esforço de todos (usuários, profissionais, lideranças) para que os princípios da ESF possam de fato ser cumpridos.

Os enfermeiros relataram que para desenvolver o cuidado longitudinal existem fatores que favorecem, sendo que esses permeiam os aspectos que viabilizam a resolutividade dos problemas, contato constante com os usuários, e a conquista da confiança das pessoas. Por outro lado, para que a longitudinalidade seja mais efetivada na ESF são necessárias algumas mudanças, sendo fundamental a disponibilidade de recursos, atuação dos profissionais conforme os princípios da ESF, compreensão dos usuários sobre o modelo assistencial, implantar a ESF a toda população, com profissionais capacitados e comprometidos, sendo de suma importância o trabalho em equipe e a valorização profissional.

Além disso, é fundamental que os profissionais consigam conquistar a confiança dos usuários, para assim poder atender a maioria de suas necessidades no primeiro nível de assistência, evitando a utilização de serviços de maior complexidade, melhorando a qualidade de vida das pessoas e reduzindo os custos em saúde. E ainda, é fundamental ter um adequado sistema de contrarreferência, para que a continuidade dos cuidados possa ocorrer de forma mais adequada, reduzindo danos e aumentando a resolutividade.

O estudo apresenta resultados importantes que determinam a importância da longitudinalidade no âmbito da ESF, tendo em vista que por meio dessa prática os profissionais conhecem melhor os usuários, têm a oportunidade de elaborar um plano assistencial mais condizente com a realidade local, facilita-se a resolução da maioria dos problemas no primeiro nível de assistência, e com isso se melhora a qualidade de vida das

peçoas, e, conseqüentemente, a formação de um sistema de saúde mais eficiente. Assim, é necessário que o enfermeiro compreenda a importância da efetivação da longitudinalidade para assim implementá-la e aprimorá-la na sua realidade assistencial, instigando toda equipe de ESF a desenvolver esse cuidado, podendo conquistar os seus benefícios.

Destaca-se que o critério de escolha dos municípios por porte populacional não teve reflexos nos resultados encontrados, visto que as equipes de ESF, em geral, atendiam apenas à área adscrita, e, desse modo, tinham uma população limitada/ “pequena” para assistir. Salienta-se que no município do grupo 5 (maior porte populacional), quase a totalidade das USF se localizam na zona rural, o que pode ser caracterizado como se fossem municípios de pequeno porte, também não sofrendo influências populacionais, merecendo destaque apenas a única USF situada na zona urbana desse município, a qual sofre com a falta de compreensão da população sobre o modelo assistencial.

O presente estudo contribui com o ensino em enfermagem, especialmente na área de saúde coletiva, pois apresenta a importância da longitudinalidade do cuidado na ESF, e com isso, pode-se inovar e aprimorar o ensino, no sentido de instigar a atuação longitudinal dos futuros enfermeiros.

Os resultados também auxiliam na melhoria da assistência prestada pelo enfermeiro de ESF, visto que aponta como a longitudinalidade ocorre na realidade dos enfermeiros, além de evidenciar como está ocorrendo junto a cada ciclo da vida dos usuários, apresentando os pontos positivos e demonstrando as falhas, para que assim a assistência possa ser modificada e melhorada.

Como contribuição social, tem-se a possibilidade de melhoria da qualidade da assistência prestada à população, pois ao destacar a importância do cuidado longitudinal e sua efetivação, pode-se instigar os profissionais da ESF a realizar essa prática, conquistando os benefícios da longitudinalidade.

Entende-se que por meio dessa pesquisa foi possível compreender como a longitudinalidade é pensada e efetivada na realidade assistencial do enfermeiro, e abre portas para novas pesquisas sobre o tema, especialmente no sentido de investigar a prática do cuidado longitudinal junto aos demais membros da equipe, assim como compreender a visão da população sobre esse atributo fundamental da APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215 p.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: comunicacao, saude, educação**, Botucatu; v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 455-464, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRAND, C.; ANTUNES, R.; FONTANA, R. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2010.

BENITO, G. A. et al. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 635-640, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. **Normas para pesquisas envolvendo seres humanos**: Resolução CNS 196/96. Brasília, DF, 1996. 138 p. Série Cadernos Técnicos.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Rev. bras. saude fam.**, Brasília, DF, n. 5, p. 1-80, maio 2002. Edição especial.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Boa Vista, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Humanizausus**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

CAMPOS, F. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CEOLIN, T. et al. Processo de trabalho dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. **Enferm. Comunit.**, Granada, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2009.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

CHRISTAKIS, D. A. Continuity of care: process or outcome. **Ann. Fam. med.**, Leawood, v. 1, no. 3, p. 131-133, 2003.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Suplemento 1.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002. Suplemento.

CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

COSTA, C. R.; FRANCOLI, L. A.; CHIESA, A. M. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópolis: análise da gerência. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA S. M. R. C (Org.). **Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2006. p. 123-165.

COTTA, R. M. M. et al. G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio a reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 58-64, 2006.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-231, 2005.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 20 out. 2009.

CUNHA, E. **Vínculo longitudinal na atenção primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2009. 169 f. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2009.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

ESCOREL, S. et al. Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D.C., v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAN, V. S. et al. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 20, no. 3, p. 226-233, 2005,

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, 2006.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Cienc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FLEMING, S. F. **Manual para elaboração de trabalhos científicos, redação oficial e comercial**. Cascavel: Coluna do Saber, 2005.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2002.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. latino-am enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FRACOLLI, L. A. Programa Saúde da Família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. **O Mundo da saúde (1995)**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 35-40, 2005.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Investigação**, [S.l.], v. 8, n. 1-3, p. 25-32, 2008.

FRATINI, J.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

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

GILL, J. M.; MAINOUS, A. G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Arch. Fam. Med.**, Chicago, v. 7, p. 352-357, 1998. Disponível em: <<http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/7/4/352>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

GOMES, L.O. S.; AGUIAR, M..G. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença? **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 5, p. 614-619, 2006,

GONCALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ.**, London, v. 327, p. 1219-1221, 2003.

HERINGER, A. et al. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 542-548, 2007.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 524-9, 2009.

IBGE. IBGE Cidades @. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesap/topwindow.htm?1>. Acesso em: 8 fev. 2009.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2010.

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. **HSR: Health Serv Res.**, Chicago, v. 38, no. 3, p. 831-865, 2003.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int. J. Health Plann. Manage**, Chichester, v. 19, p. 303-317, 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque82.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2010.

MAESENEER, J. E. et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? **Ann. Fam. Med.**, Leawood, v. 1, no. 3, p. 144-148, 2003.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 5, p. 545-550, 2004.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Braz. J. Nursing**, [S.l.], v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing> . Acesso em: 7 jul 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, P. G. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba**: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca! **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1493-1497, 2009. Suplemento 1.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, U. P.; MACHADO, M. F. A. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. Programa saúde da família: impacto na assistência pré-natal. **Rev. chil. salud pública**, Santiago, v. 7, n. 1, p. 25-32, 2003.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cienc. saude colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NEMES FILHO, A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 276-286.

NUTTING, P. A. et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? **Ann. Fam. Med.**, Leawood, v. 1, p. 149-155, 2003.

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Saúde para todos no ano 2000**. Geneva, 1978.

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

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. SESA. **Regional de Saúde**. Curitiba, 2009. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

PASTOR-SÁNCHEZ, R.; MIRAS, A. L.; FERNÁNDEZ, M. P.; CAMACHO, R. G. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, v. 71, p. 479-485, 1997.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. p. 1-11.

PONTES, A. P. M. et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 574-580, 2010.

PRIMO, C.C.; BOM, M.; SILVA, P. C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no programa saúde da família. **Rev. enferm UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 76-82, 2008.

RAMOS, C. et al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 8, p. 85-91, 2009. Suplemento. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>> Acesso em: 16 jun. 2010.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care.** Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

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

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, 2007.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq. catarin. med.**, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SAULTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Ann. Fam. Med.**, Leawood, v. 1, no. 3, p. 134-145, 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, 2009.

SILVA, J.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA, K. L. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 368-376, 2010.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 8, p. 515-523, 2003.

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

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective. **Health Policy**, New York, v. 60, p. 201-218, 2002.

STARFIELD, B.; HORDER, J. Interpersonal continuity: old and new perspectives. **Br. J. Gen. Pract.**, London, v. 57, no. 540, p. 527-529, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099634/>>. Acesso em: 25 out. 2009.

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

TESSER, C. et al. Concepções de Promoção da Saúde que Permeiam o Ideário de Equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 42-56, 2010.

TOMASI, E. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev. saude publica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.

VENÂNCIO, V. R. **O enfermeiro no programa de saúde da família**: reflexões sobre sua atuação na perspectiva da teoria da contigência. 2003. Tese (Doutorado)-Escola Paulista de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2003.

VERDI, M.; ALONSO, I. L. K. Atenção primária de saúde e a enfermagem. In: VERDI, M.; BOEHS, A.E.; ZAMPIERI, M. F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, 2005. v. 1, parte 1, cap. 1, p. 17-31.

VIEIRA, A. M. et al. Trabalho em equipe no programa de saúde da família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R. X. S. (Org.). **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa de saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. p. 17-46.

VILLAS BOAS, M. F. M.; ARAUJO, M. B. S.; TIMOTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Cienc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Continuity of care in changing health care systems**. Copenhagen, 1992.

_____. **A Charter for general practice/family medicine in Europe**: working draft, discussion document. Copenhagen, 1994. 12 p.

_____. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen, 2004.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Necesidades de cualificación de los enfermeros de salud de la familia en Ceará, Brasil. **Enfermería Global**, Mexico, DF, v. 17, p. 1-11, 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75191/72941>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Tatiane Baratieri, venho convidá-lo (a) a participar da presente pesquisa intitulada **“Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na Estratégia Saúde da Família”**, referente à minha dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, orientada pela Prof^a Dra. Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá - UEM.

O objetivo da pesquisa é “compreender a percepção dos enfermeiros que atuam na ESF no âmbito da 10^a Regional de Saúde do Paraná sobre a longitudinalidade do cuidado no trabalho do enfermeiro”. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo a uma entrevista semi-estruturada acerca do referido tema. Solicitamos a permissão para que as entrevistas sejam gravadas, para que seja garantido o registro fiel das suas impressões.

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. Os benefícios esperados são: aumentar o corpo de conhecimentos sobre a temática e fornecer subsídios para melhorar a qualidade da assistência voltada a esta população, no âmbito das ações da ESF. 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. Como não será feito qualquer procedimento invasivo, esta pesquisa não envolverá qualquer risco ou desconforto inaceitável.

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, 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: ____/____/2010.

Assinatura do participante

Eu, Pesquisadora **TATIANE BARATIERI**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Data: ____/____/2010.

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora:

Sonia Silva Marcon. Departamento de Enfermagem da UEM. Fone 3218-7790.

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

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

APÊNDICE - B
INSTRUMENTO DE PESQUISA

1 Caracterização socio-demográfico

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo () separado judicialmente

Nº filhos: _____

Universidade de Graduação em Enfermagem: _____ **Ano:** _____

Pós-graduação:

Especialização: () sim () não Área: _____

Mestrado: () sim () não Área: _____

Doutorado: () sim () não Área: _____

Nº empregos atuais: ____ **Renda familiar mensal (em salários mínimos):** _____

Quantas pessoas dependem dessa renda: _____

Unidade de Saúde que atua: _____

Tipo de vínculo empregatício: () Concurso público () Seletista () Contratado
() Outro: _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Tempo de atuação na Unidade atual: _____

2. Dinâmica de trabalho

a) Nº de famílias atendidas em sua área de abrangência: _____

b) Existem famílias que pertencem à área de abrangência de sua unidade de atuação que no momento não tem equipe para atendê-las? () sim () não

Se afirmativo cerca de quantas famílias: _____

c) Você presta assistência às famílias residentes em áreas que não estão sendo atendidas pelas equipes de saúde da família? () sim () não

Se sim, essa assistência é prestada somente na unidade de saúde, ou também por meio de visita domiciliar? _____

d) Atua em: () Unidade de saúde exclusiva de ESF () Unidade mista

3 Questões do Estudo

a) Você conhece a expressão “longitudinalidade do cuidado”? O que este termo significa para você?

No presente estudo utilizamos como conceito de longitudinalidade: “Refere-se, em especial, ao estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre usuários e profissionais da equipe de saúde, ou seja, se trata do acompanhamento do usuário ao longo do tempo por profissionais da equipe”.

b) Como ela se desenvolve **no seu** cotidiano de trabalho na ESF?

Como ela se desenvolve no cotidiano do trabalho **da sua equipe** na ESF?

c) O que você pensa sobre a forma como ela ocorre no seu cotidiano de trabalho na ESF?

d) Em sua prática assistencial, você consegue realizar o atendimento aos usuários ao longo do tempo?

Se sim, como isso ocorre?

Há outros aspectos importantes em relação ao acompanhamento longitudinal?

Se não, em que aspecto não consegue realizar o atendimento ao longo do tempo?

e) Quais elementos você considera importante na relação profissional de saúde-usuário? Por quê?

f) O que você entende por vínculo no cuidado no contexto da ESF?

g) Considerando o vínculo como um elemento importante para a longitudinalidade do cuidado ao usuário, em sua prática assistencial, você consegue estabelecer vínculo com os usuários?

Se sim, de que maneira você constrói vínculos com os usuários aos quais atende?

Há outros aspectos importantes para o estabelecimento do vínculo?

Se não, em que situações você não consegue estabelecer vínculo?

Em que situações a formação do vínculo é mais importante?

Em que situações o vínculo ocorre mais facilmente?

Para você, qual a relação entre vínculo e longitudinalidade em sua prática profissional?

h) Quais ações desenvolvidas por você oportunizam a prestação de um cuidado longitudinal na ESF?

Quais ações desenvolvidas pela equipe da ESF oportunizam a prestação de um cuidado longitudinal?

i) Com qual população (faixa etária, tipo de doença...) a longitudinalidade do cuidado ocorre de forma mais adequada/concreta e frequente? Discorra sobre os motivos:

j) Na sua prática assistencial na ESF, quais as situações ou agravos você privilegia para oferecer um cuidado de forma regular e contínuo (longitudinalidade do cuidado)?

k) Em que situações assistenciais você consegue oferecer um cuidado longitudinal? Por quê?

l) Em seu cotidiano de trabalho, há facilidades para desenvolver um cuidado com perspectiva longitudinal junto ao usuário?

Se sim, discorra sobre elas.

m) Em seu cotidiano de trabalho, há dificuldades para desenvolver um cuidado com perspectiva longitudinal junto ao usuário?

Se sim, discorra sobre elas.

n) O que poderia ser feito para superar as dificuldades apontadas?

Dessas, quais você tem usado para superar essas dificuldades?

o) Na sua concepção, o que deveria mudar para que a longitudinalidade do cuidado pudesse ocorrer com mais facilidade e frequência?

p) Há aspectos que não abordamos e que você julga importante para a longitudinalidade do cuidado?

Se sim, fale sobre eles.

Relato de experiência:

- Relembre para mim algum caso que você considera ter ocorrido uma assistência longitudinal:

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ



10ª Regional de Saúde do Paraná

AUTORIZAÇÃO

Concordo com a realização da pesquisa intitulada: “**O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF - características e desafios**”, a ser realizada junto aos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família em municípios no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, sendo eles: **Campo Bonito; Iguatu; Catanduvas; Espigão Alto do Iguaçú; Céu Azul; Guaraniaçu; Quedas do Iguaçú; e Cascavel**. A pesquisa será coordenada pela professora Dra Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá.

A pesquisa em questão dará origem a duas dissertações de mestrado, das alunas do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Simone Roecker e Tatiane Baratieri. Os municípios emitiram autorização individual para cada dissertação, deste modo a Secretaria de Saúde de cada município tem ciência da realização da pesquisa e os secretários de saúde autorizaram.

Dr. Marcos Antonio Tomasetto
 DIRETOR
 10ª REGIONAL DE SAÚDE

Cascavel, 12 de novembro de 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE/ISEP
 10ª Regional de Saúde
 SCAPS - Seção de Atenção Primária em Saúde
 Av. Tancredo Neves, 1453 Cascavel - Paraná CEP 85.805-000.
 Fone: 45 33215523/24 Fax.: 45 33215580 - saps10rs@sesa.pr.gov.br

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UEM



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0359.0.093.000-09

PARECER Nº.659/2009

Pesquisador (a) Responsável: SONIA SILVA MARCON	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – Características e desafios.	
Considerações:	
<p>Trata-se de projeto de pesquisa que pretende avaliar o trabalho assistencial e educativo e a longitudinalidade nas ações desenvolvidas por profissionais enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. O projeto envolve vários sub-projetos no âmbito desta regional de saúde e os sujeitos da pesquisa basicamente serão os enfermeiros que atuam nesta regional, em torno de 27 profissionais. São os subprojetos: 1. Os enfermeiros do PSF no âmbito da 10ª regional de saúde, 2. O trabalho assistencial do enfermeiro no PSF, 3. O trabalho educativo do enfermeiro no PSF, 4. Repensando a prática assistencial e educativa do enfermeiro no PSF.</p> <p>Como benefícios para a sociedade, os benefícios da pesquisa podem possibilitar a discussão e apontamento de novos caminhos a serem traçados para a prática assistencial e educativa do enfermeiro no PSF.</p> <p>Metodologia: o estudo é do tipo descritivo exploratório e a população envolvida são enfermeiros que atuam no PSF. Os instrumentos de pesquisa serão entrevistas e questionários, que serão escritos e gravados.</p> <p>Com relação ao cronograma, o projeto terá 15 meses para ser executado, a partir da aprovação pelo CEP.</p> <p>Apresenta orçamento de R\$ 24.950,00 a ser custeado pela fundação Araucária, em chamada de projetos já aprovado.</p> <p>Apresenta termos de autorizações das secretarias de saúde locais, onde serão executadas as entrevistas com os sujeitos da pesquisa.</p> <p>Com relação ao TCLE, a pesquisadora principal anexa 2 modelos, sendo o TCLE 1 relacionado ao "O cuidado na perspectiva da longitudinalidade: o trabalho do enfermeiro na saúde da família", relacionado a uma tese de mestrado a ser desenvolvida no âmbito do projeto geral, e TCLE 2, intitulado " O trabalho educativo do enfermeiro nas equipes de saúde da família no âmbito da 10ª regional de saúde do Paraná, referente a outra tese de mestrado a ser desenvolvido também como parte do projeto geral.</p> <p>Parecer: Tendo em vista que a pesquisadora contempla as normas editadas pela resolução 196/96 do CNS, o parecer é favorável a aprovação do projeto.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 11/12/2009.	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em:	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 187ª reunião do COPEP em 11/12/2009.</p>	<p>PROFª.DRª. Ieda Harumi Higashi Presidente do COPEP</p>

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br