



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Baratieri, Tatiane; Silva Marcon, Sonia
Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de
transformação
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 549-557
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71424779009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

LONGITUDINALIDADE NO TRABALHO DO ENFERMEIRO: IDENTIFICANDO DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DE TRANSFORMAÇÃO¹

Tatiane Baratieri², Sonia Silva Marcon³

¹ Resultados extraídos da dissertação - Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na Estratégia Saúde da Família, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), 2010.

² Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Paraná, Brasil. E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Ciências da Saúde e de Enfermagem da UEM. Paraná, Brasil. Email: soniasilvamarcon@gmail.com

RESUMO: Com o presente estudo objetivou-se conhecer, na perspectiva dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família no âmbito da 10ª Regional de Saúde, como se dá a longitudinalidade do cuidado em seu trabalho, com ênfase nas dificuldades e possibilidades quanto ao seu desenvolvimento. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório e qualitativo realizado com vinte enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, mediante entrevistas semiestruturadas cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo. Evidenciou-se a necessidade de melhorias nos aspectos efetivação das propostas da Estratégia Saúde da Família, atuação em equipe, perfil profissional, mudança na visão curativista da população, investimentos nas unidades de saúde, vínculos entre profissional e usuários, acessibilidade e sistema de contrarreferência. Concluiu-se que para a efetivação do cuidado longitudinal são necessárias adequações na implementação da Estratégia Saúde da Família, de modo que profissionais e usuários atuem conforme seus princípios.

DESCRIPTORES: Saúde da Família. continuidade da assistência ao paciente. Papel do profissional de enfermagem.

LONGITUDINALITY OF CARE IN NURSES' PRACTICE: IDENTIFYING THE DIFFICULTIES AND PERSPECTIVES OF CHANGE

ABSTRACT: The objective of the present study was to identify, from the perspective of nurses associated with Family Health Strategy of the 10th Regional Health District, how the longitudinality of care takes place in their practice, with emphasis on the difficulties and possibilities of its development. This descriptive-exploratory, qualitative study was performed with twenty Family Health Strategy nurses from cities covered by the 10th Regional Health District of Paraná, Brazil, through semi-structured interviews and using content analysis. It was evidenced there is a need to make the Family Health Strategy proposals effective, improve teamwork, the professional profile, the health worker-client attachment, accessibility and feedback system, and also change the curative view of the population and invest in health units. In conclusion, in order to implement longitudinal care it is necessary to make adequacies in the implementation of the Family Health Strategy, so that health workers and clients act according to their own principles.

DESCRIPTORS: Family health. Continuity of patient care. Nurse's role.

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

RESUMEN: Estudio cuyo objetivo fue conocer bajo la perspectiva de los enfermeros-actores en la Estrategia de Salud de Familia, en el ámbito de la 10ª Región de Salud, como se da la longitudinalidad del cuidado en su trabajo. Investigación cualitativa descriptiva-exploratoria, realizado en abril de 2010, con 20 enfermeros de Paraná, se utilizaron entrevistas semiestructuradas y los datos fueron sometidos al análisis de contenido. Se evidenció la necesidad de mejoras: en la efectuação de propuestas de la Estrategia Salud de la Familia, actuación en equipo, perfil profesional, cambio en la visión curativa de la población, inversiones en las unidades de salud, mejora de vínculos entre profesional/usuarios, accesibilidad y sistema de contra-referencia. Se concluye que para efectividad del cuidado longitudinal son necesarias adecuaciones en la implementación de la Estrategia Salud de la Familia, de modo que profesionales y usuarios actúen conforme sus principios.

DESCRIPTORES: Salud familiar. Continuidad de la atención al paciente. Rol de la enfermera.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), o principal modelo assistencial que atualmente estrutura a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com o objetivo de reorganizar o modelo tradicional de atendimento à saúde tendo-se como foco a família.¹

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 (ACSs).² A equipe de ESF deve atuar visando à garantia do prosseguimento da assistência, por meio de um fluxo contínuo setorial, sendo imprescindíveis a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.³

A APS se orienta por quatro princípios básicos – o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção⁴ – e tem como seu principal modelo assistencial a ESF. Cabe salientar que estes atributos são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho no âmbito da ESF, já que orientam esse modelo assistencial, daí decorrendo a necessidade de compreendê-los, aplicá-los e avaliá-los para que se possam efetivar suas propostas.

A longitudinalidade, considerada a característica central da APS, é entendida como o aporte regular de cuidados por parte da equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. O principal meio de realizar cuidado longitudinal é a equipe conhecer o usuário inserido em seu contexto, com suas características sociais, econômicas e culturais.⁴

A longitudinalidade se desenvolve no momento em que a equipe de saúde serve como fonte de atenção contínua, independentemente de existirem ou não problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de agravo, e é estabelecida quando o usuário procura uma Unidade de Saúde da Família (USF) e com ela estabeleça uma relação que perdure por longo de tempo.⁴

O enfermeiro, um dos integrantes da equipe de ESF, é quem tem os atributos fundamentais para a prestação de um cuidado longitudinal, pois suas ações se pautam, principalmente, na realização de uma assistência integral aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comu-

nitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.⁵

A longitudinalidade é de fundamental importância para a atuação do enfermeiro na ESF, a qual lhe 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. É também importante que o enfermeiro perceba seu trabalho numa perspectiva duradoura, para que a longitudinalidade ocorra e possa ser aprimorada na realidade da ESF.

Levando-se em conta o exposto, este estudo teve por objetivo conhecer, na perspectiva de enfermeiros atuantes na ESF no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, como se dá a longitudinalidade do cuidado em seu trabalho, enfatizando as dificuldades e possibilidades para o seu desenvolvimento.

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 no âmbito da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que tem como sede o município de Cascavel-PR, Brasil, dada a facilidade de acesso a ela que têm as pesquisadoras e o fato de que esta região do estado não tem se constituído com frequência em cenário de estudos na área da saúde. Essa Regional junto com outras 22 constituem as instâncias gerenciais intermediárias da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) junto às secretarias municipais de saúde do Estado.⁶

Como pode existir certa diversidade entre as equipes de Saúde da Família dos municípios da referida regional quanto ao seu porte populacional (capacidades diferenciadas de suas ESFs para atender à saúde que influenciam as possibilidades de prestação do atendimento longitudinal), para a definição dos participantes do estudo esses municípios foram inicialmente assim divididos: municípios com menos de 5.000 habitantes (seis), entre 5.000 e 10.000 habitantes (dez); entre 10.000 e 20.000 habitantes (sete); entre 20.000 e 35.000 habitantes (um município); e com mais de 35.000 habitantes (um município). Na sequência, sortearam-se dois municípios pertencentes aos três

primeiros grupos e se incluíram os dois maiores. Assim, a pesquisa foi desenvolvida em sete dos 25 municípios que integram a 10ª RS.

Nos municípios selecionados, dentre os enfermeiros atuantes nas unidades de SF existentes, das áreas urbana e rural (um total de 27), foram selecionados 20, os quais aceitaram participar do estudo e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de ESF completa, estar atuando na mesma equipe há pelo menos um ano e não estar afastado de suas atividades no momento de coleta dos dados. Cabe salientar que, à época da realização do estudo, vários municípios da região enfrentavam dificuldades em manter as equipes da ESF, dada a rotatividade dos profissionais. Assim, para viabilizar a realização do estudo, optou-se por diminuir o tempo de atuação do enfermeiro na mesma equipe para cerca de seis meses, pois consideramos que eles poderiam fazer referência à experiência vivenciada em outras equipes em que já tivessem atuado.

A técnica utilizada para a coleta de material empírico foi a de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas no mês de abril de 2010, depois de previamente agendadas por telefone, conforme a disponibilidade de cada profissional, e gravadas, após consentimento, em gravador tipo digital. Para realizá-las foi utilizado um roteiro norteador, constituído de duas partes: a primeira, com questões objetivas concernentes ao perfil socio-demográfico e à dinâmica de trabalho dos pesquisados; e a segunda, com questões abertas relacionadas às percepções sobre as 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 à 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. Feita a identificação das unidades de interesse, dos aspectos comuns entre elas, e das inferências.⁷ Procedeu-se à interpretação e categorização dos dados obtidos, os quais foram discutidos com base na literatura científica que aborda a ESF e o trabalho do enfermeiro na ESF, e em pressupostos teóricos de Starfield⁴ sobre a longitudinalidade.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saú-

de, com aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 659/2009). Antes da entrevista, o pesquisador explanou aos participantes todas as informações pertinentes ao estudo e colheu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para diferenciar e preservar a identidade dos enfermeiros foi utilizada como 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 atuava também na área da docência e um 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.

Em sua maior parte (13), os enfermeiros haviam se graduado em universidade pública, e o tempo de formação variou de dois a vinte anos, sendo que quatorze enfermeiros tinham se formado havia menos de oito anos. Dos enfermeiros, 19 possuíam 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 17 eram vinculados ao serviço por meio de concurso público. O tempo de atuação na ESF variou de cinco meses a 11 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.

Elementos que dificultam a longitudinalidade e as possibilidades para superação

Apesar de as propostas da ESF terem como prioridade o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, os enfermeiros apontaram 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).

Pelo exposto se constata que os enfermeiros entendiam a necessidade de mudança, visto que as propostas da ESF, em alguns casos, ainda não estavam sendo efetivadas, e que, seguindo-se essas, pode-se promover uma aproximação entre profissionais e usuários estabelecer vínculos, o que configura 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 a buscar melhores condições de saúde, visualizando as pessoas na sua integralidade, ou seja, nas suas condições biopsicossociais, econômicas, culturais e espirituais.⁸

Atender além dos aspectos que envolvem a cura da patologia favorece a longitudinalidade, por isso os respondentes entendem que a mudança da visão da população seria uma forma de favorecer esse cuidado, embora demande tempo e despenda de um esforço da equipe, com valorização das ações preventivas e o 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.

Entre os relatos identificou-se uma situação de destaque no município de maior porte populacional incluso no estudo: neste, no momento de coleta dos dados, existia apenas uma USF na área urbana, o que constituiu uma dificuldade para a 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 o município, daí todo mundo iria falar a mesma língua (E16).

Apreende-se da fala que, 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 se pode inferir que com a implantação da ESF para toda a população, seus princípios seriam mais bem efetivados, viabilizando a adaptação dos usuários a uma atenção centrada na saúde. Conforme tem sido identificado na literatura, muitos usuários estão insatisfeitos e têm dificuldades em entender as propostas da ESF. Como, além disto, as consultas médicas não são agendadas.⁹ Por isto muitos preferem as UBSs, que, ademais, dispõem de mais médicos e de especialistas.

Dos enfermeiros em estudo, cinco atuavam em unidades de saúde mistas, e por isto apresentaram como sugestão de melhoria do atendimento aos usuários que haja uma unidade de saúde exclusiva para a 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 tende a prevalecer o modelo tradicional, o qual está mais arraigado no modelo cotidiano tanto dos profissionais quanto dos usuários. A partir do momento em que se tem USF exclusiva, a equipe tem maior possibilidade de efetivar as propostas da ESF, e, conseqüentemente, concretizar a longitudinalidade, uma vez que as características desse modelo a favorecem. Para isto é preciso incentivo financeiro, técnico e político à rede básica de saúde no país, pois os investimentos em infraestrutura são urgentes e é necessário promover a reforma e construção de unidades de saúde que contemplem a saúde da família.

Nos relatos de enfermeiros identificou-se que muitas vezes o trabalho não é integrado, o que se constituindo 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).

Nas ESFs a atuação multiprofissional é fundamental para que as propostas do modelo assistencial sejam efetivadas, e quando ela não se dá, as ações são prejudicadas, podendo ser oferecida ao usuário uma assistência fragmentada, impedindo que este tenha uma relação interpessoal com toda a equipe, e assim o cuidado longitudinal fica a cargo de poucos profissionais, ou mesmo esse cuidado não acontece.

A literatura aponta que, em geral, a equipe de saúde é participativa, havendo maior colaboração e envolvimento do ACS no acompanhamento dos usuários ao longo do tempo, o qual se configura no profissional que melhor conhece a realidade da população. Por outro lado, os demais membros da equipe não estão efetivamente envolvidos. O médico é o profissional menos integrado na atuação interdisciplinar, centrando suas ações ainda no modelo tradicional.¹⁰

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.¹¹

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, o 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 (E12).

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 propósito em seu trabalho a compreensão de todo

o contexto em que o usuário está inserido, desenvolvendo seu trabalho com ênfase na família – o que acentua sua importância – e a partir de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar.

Além disso, alguns enfermeiros afirmaram que a capacitação profissional é um recurso que poderia melhorar a assistência ao longo do tempo, envolvendo tanto o trabalho na ESF, como a 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 em conformidade com 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 a 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).

Têm razão os enfermeiros quando afirmam que expor aos profissionais a importância do trabalho longitudinal é uma estratégia para que eles passem a conduzir suas ações com essa perspectiva ou as aprimorem, visto que é essencial eles compreenderem seus benefícios para se comprometerem com sua realização, mas 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, cuja atividade melhora por meio de um trabalho cotidiano desenvolvido com orientações e acompanhamento do enfermeiro da unidade e reuniões entre os profissionais para discutir condutas e assim poderem prestar uma assistência de melhor qualidade, permitindo-lhes compreender melhor os objetivos da estratégia.¹²

Alguns enfermeiros também fizeram referência à disponibilidade de recursos (humanos, de estrutura física e material), condição que constitui um importante fator de qualidade da assistência prestada e de efetivo estabelecimento da longi-

tudinalidade. Em sua maioria, os respondentes destacaram não contar satisfatoriamente com os referidos recursos, apontando como resolução maiores investimentos nas USFs:

[...] 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 ACSs, ter mais condições (E5).

[...] sh... 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 esses respondentes podem precarizar o atendimento ao usuário, uma vez que dificultam uma assistência de qualidade, o acompanhamento adequado dos usuários e a solução dos problemas. Além disso, podem diminuir o vínculo entre a população e os profissionais da ESF, fazendo com que, em muitos casos, as pessoas procurem outros níveis de assistência para atender às suas necessidades. Do mesmo modo, Quando se estabelecem esses vínculos, o acompanhamento ao longo do tempo é favorecido, levando a população a identificar na USF sua fonte regular de cuidados.⁴

A disponibilidade de carro foi a principal reivindicação nos discursos dos enfermeiros em estudo, 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 as 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 da ESF enfrentam dificuldades na prestação da assistência, especialmente no que toca à falta de recursos materiais, como é o caso de deficiência no sistema de transporte, principalmente pelo fato de uma parcela significativa da população residir na zona rural.¹³

Alguns enfermeiros referiram, em relação aos recursos humanos, que sofrem com a sobrecarga de trabalho, especialmente por serem responsáveis pelas questões gerenciais da USF. 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 urgentes, ficando distante da realidade da população. Isto dificulta a prestação de uma assistência de melhor qualidade, que atenda principalmente à integralidade das ações, e assim 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, e quando as ações são de caráter assistencial, em muitos casos os profissionais não podem ser substituídos e essa dificuldade pode sobrecarregar os demais membros da equipe no desempenho das atividades, causando problemas na assistência à população.¹⁴

Outro ponto importante ressaltado por um respondente diz respeito à rotatividade dos profissionais que atuam na ESF, o que ocorre especialmente pela baixa remuneração; então a proposta de melhoria seria o reajuste salarial, que motivaria os profissionais para o trabalho e assim estes 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 pode inviabilizar a prestação do cuidado ao longo do tempo, pois prejudica o estabelecimento de vínculos com a comunidade, limita a conquista de sua confiança e, consequentemente, a continuidade das ações. Assim o conhecimento dos usuários é prejudicado, o que limita a elaboração de ações mais condizentes com sua realidade.

Estudo realizado no Vale do Taquari-RS apontou uma rotatividade de 20% a 40% dos profissionais atuantes na ESF no período de 2001 a 2005, sendo as principais causas a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo autoritário de gestão, a ausência de vínculo

com a comunidade e más condições de trabalho.¹⁵

Do mesmo modo, o estabelecimento de boas relações pessoais entre profissionais e usuários é fundamental, e com 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 de acompanhamento adequado ao longo do tempo pode se constituir em um fator que contribui para o agravamento à saúde das pessoas. Exemplo disto é o relato em questão, em que as ações não puderam ser efetivadas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças na fase inicial do processo de doença, o que ocasionou o agravamento à saúde do indivíduo, e, conseqüentemente, a necessidade do uso do serviço de maior complexidade.

Em locais onde há um atendimento adequado na APS melhora a qualidade da saúde dos usuários, resultando em uma maior prevenção de doenças e mortes, desde que haja oferta de profissionais de qualidade e bom relacionamento entre os usuários e a equipe de saúde. Os benefícios são, principalmente, aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade geral e do baixo peso ao nascer e procura pelos serviços de emergência¹⁶.

Em seus relatos, alguns enfermeiros ainda referiram que existem problemas quanto à acessibilidade, o que se configura como uma limitação para efetuar um cuidado ao longo do tempo, envolvendo o acesso tanto dos usuários à unidade como dos profissionais aos domicílios e comunidades:

[...] o problema é o acesso, as distâncias são de até 30 quilômetros 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 referi-

das por enfermeiros que atuavam em uma USF localizada na área rural, em que as distâncias entre os domicílios são grandes e as estradas nem sempre apresentam boas condições; por isto é que os enfermeiros sugerem mudanças e melhorias nas condições das estradas e do transporte público.

A falta de acesso limita o contato entre profissionais e usuários, assim como a prestação da assistência, e com isso o estabelecimento de uma relação duradoura é prejudicado. Assim, o acesso ao serviço de saúde no contexto do SUS envolve dimensões econômicas, técnico-assistenciais, políticas e simbólicas, e para haver acessibilidade, devem-se considerar os recursos disponíveis para transporte, tempo de deslocamento, distância e custos.¹⁷

Nesse contexto merece destaque o aspecto simbólico como definidor do acesso, pois, “a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde”.^{17:168} A dimensão simbólica é uma visão ampliada do processo saúde/doença, sendo compreendida a partir das representações sociais da atenção à saúde e dos serviços.¹⁷

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).

Quando o usuário é atendido em um serviço de maior complexidade ele deveria ser contrarreferenciado para sua equipe da ESF, pois isto possibilitaria aos profissionais deste nível de assistência conhecer todo o processo de assistência à saúde do usuário e, por conseguinte, um melhor acompanhamento de seu processo saúde/doença. Isto, por sua vez, favorece a continuidade da assistência, promovendo maior resolutividade e longitudinalidade no cuidado.

A reorganização da APS pressupõe o funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência eficiente, assim como o estabelecimento de

parcerias entre instituições públicas e conveniadas e entre os diversos níveis assistenciais. Falhas neste processo prejudicam a continuidade da assistência e dificultam a implementação dos princípios e diretrizes do SUS.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo se deu em conformidade com os objetivos propostos, o que permitiu identificar 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. Neste contexto, é fundamental que essas dificuldades sejam superadas, para que a longitudinalidade aconteça e seus benefícios sejam conquistados. Nesse sentido, os enfermeiros destacaram a importância da efetivação dos princípios da ESF, com comprometimento e preparo dos profissionais e com a compreensão e aceite desse modelo assistencial por parte dos usuários. Além disso, são necessários maiores investimentos nas USFs (recursos materiais, de estrutura física e humanos) e a melhoria nos vínculos entre o profissional e o usuário e nas condições das estradas rurais, além da implementação de um sistema de contrarreferência de qualidade.

Destaca-se que conhecer as dificuldades envolvidas na realização do trabalho longitudinal e os elementos propulsores 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 que os resultados deste estudo possam contribuir para que a longitudinalidade do cuidado passe a ser uma realidade na prática assistencial e assim a população adstrita conquiste gradativamente seus benefícios.

REFERÊNCIAS

1. 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*. 2010 Jan-Jun; 3(1):42-56.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa
3. Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003 Jan-Mar; 3(1):113-25.
4. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2003 Mai-Jun; 19(3):839-47.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
6. Ministério da Saúde (BR). 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.
7. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. SESA [online]. Curitiba (PR). 2009. [acesso 30 Nov 2009]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=524>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2008.
9. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jul-Set; 19(3):434-42.
10. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saude Coletiva*. 2008 Jan-Fev; 13(1):23-34.
11. Baratieri T, Marcon S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011 Oct-Dec; 15(4):802-10.
12. Francischini AC, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Investigação*. 2008 Jan-Dez; 8(1-3):25-32.
13. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saude Publica*. 2006 Jul-Ago; 40(4):727-33.
14. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Francechini SCC, Priore SE, 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 Saude*. 2006 Set; 15(3):58-64.
15. Marcon SS, Lopes MCL, Lopes MB. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. *OBJN*. 2008 [acesso 2010 Jul 15]. 7(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1224>
16. Medeiros CRG, Junqueira AFW, Schwingel G,

- Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*. 2007; 15(supl.1):1521-31.
16. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005 Jul-Ago; 83(3):457-502.
17. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saude Coletiva*. 2010 Jan; 15(1):161-70.
18. Fratini J, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008 Jan-Mar; 7(1):65-72.