



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Luiz Felipe Gonçalves de Oliveira

Longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica: a
experiência do município de Terra Roxa - PR

Florianópolis, Março de 2016

Luiz Felipe Gonçalves de Oliveira

Longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica: a experiência do
município de Terra Roxa - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Paulo Vinícius Nascimento Fontanive
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Luiz Felipe Gonçalves de Oliveira

Longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica: a experiência do município de Terra Roxa - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A longitudinalidade do cuidado é uma característica que faz a atenção primária se diferenciar dos demais níveis assistenciais. Tal característica relaciona-se com o vínculo estabelecido entre usuário e unidade de saúde. Quando presente na atenção primária a longitudinalidade do cuidado propicia diagnóstico e tratamento mais precisos além de uso racional de recursos e vínculo positivo com a clientela adscrita. Na Unidade de Saúde da Família (ESF) Ângelo Lopes no município de Terra Roxa-PR, por motivos organizacionais, a longitudinalidade do cuidado não é observada e tal fato dificulta o trabalho da Equipe de Saúde de Família, causa gastos desnecessários ao município e prejudica o usuário. O estudo objetiva orientar os setores responsáveis pela organização do sistema de saúde no município acerca da relevância da longitudinalidade do cuidado na atenção básica e cobrar dos mesmos mudanças organizacionais que trarão benefícios aos usuários do sistema público de saúde e ao município. Através de reuniões de sensibilização, os gestores locais, profissionais e usuários foram apresentados relatórios e justificativas na literatura no sentido de fortalecer os fluxos que garantam a continuidade do cuidado no município. Para reforçar os compromissos assumidos nas reuniões de sensibilização utilizou-se a colagem de cartazes e realização de palestras informativas acerca do funcionamento de equipe de saúde da família. Junto aos pacientes foi realizada uma campanha de conscientização da importância da consulta agendada e do retorno com o mesmo médico para o acompanhamento continuado do caso e se houve progressão ou não dos sintomas após a intervenção do médico. Esperava-se um maior entendimento da população acerca do funcionamento de uma unidade de saúde da família e a diminuição do número de casos atendidos na ESF Ângelo Lopes, em que a longitudinalidade do cuidado não era observada. Mesmo com o crescimento no atendimento dos retornos solicitados, e apesar da equipe de gestão municipal de saúde solicitar aos médicos atendentes a atualização do prontuário dos pacientes atendidos, os dados coletados permitiram inferir que isto não ocorreu, pois a proporção de registro ficou entre 0% a 4,4% de prontuários atualizados.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Longitudinalidade do cuidado, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A cidade de Terra Roxa PR hoje possui cerca de 20 mil habitantes (IBGE, 2015). No passado, nas décadas de 60/70, teve mais de 100 mil habitantes. A cidade no passado destacava-se na produção de café, recebeu grande fluxo migratório de indivíduos que deixaram a região norte e nordeste do país em busca de oportunidades nas plantações de café dessa região. Contudo em meados dos anos 80 houve uma crise no setor cafeeiro da região e isso resultou em grande fluxo emigratório, vários indivíduos que outrora vieram para região de Terra Roxa voltaram para suas regiões de origem devido à falta de oportunidades gerada pela crise na produção de café.

Assim a população da cidade diminuiu muito, e os habitantes que ficaram na cidade estabeleceram-se na área rural vivendo basicamente de agricultura de subsistência. Por volta dos anos 90 algumas pessoas começaram a dedicar-se a confecção artesanal de roupas de bebe, surpreendentemente essa iniciativa alavancou a economia da cidade que hoje é um pólo nacional de moda infantil, contando com mais de 150 confecções de roupas infantis.

Todo esse processo histórico ajuda a entender as características da população de Terra Roxa: uma população que agora começa a colher os frutos do processo de industrialização. Juntamente com industrialização vieram agravos de saúde relacionados a produção industrial - lesões por trabalho excessivo em linhas de produção, transtornos de humor decorrentes do novo estilo de vida fabril. A população ainda adapta-se a transição da agricultura familiar para a produção industrial.

O bairro onde se encontra o posto de saúde onde desenvolvo minhas atividades chama-se Rainha dos Apóstolos. Trata-se de um bairro com maioria da população carente financeiramente, várias famílias recebem Bolsas Governamentais destinadas às famílias de baixa renda, a própria região apresenta moradias realizadas pelo Governo Federal.

Ainda é incipiente nesse bairro saneamento básico, a maioria da cidade não possui rede de esgoto, deste modo quase todas as casas possuem fossas artesanais para depósito de esgoto. No centro da cidade existe uma usina de tratamento de água.

O bairro Rainha dos Apóstolos faz divisa com outros dois bairros (que também fazem parte de minha região de atuação): Bairro BNH e Bairro Multirão. Tais bairros possuem características bastante parecidas entre si, diferindo basicamente quanto a nomenclatura. Contudo embora com características semelhantes possuem lideranças diferentes tanto nos movimentos religiosos quanto no que diz respeito à criminalidade - Algo bastante presente na região. Divergências entre lideranças criminosas rotineiramente resultam em conflitos armados.

A religiosidade é bastante presente na comunidade, influenciando muito a maneira de viver dos indivíduos. Existem diversos grupos de convivência ligados às igrejas (católicas e evangélicas). Uma característica da Comunidade é a presença da crença em "benzedei-

ras- pessoas que rezam e intercedem junto a Deus por outros membros da comunidade, sobretudo quando esses se encontram acometidos por alguma patologia.

A comunidade formada pelos bairros Rainha dos Apóstolos, BNH e Multirão não é organizada politicamente, não existe escritórios ou gabinetes de partidos políticos na comunidade, alguns trabalhadores do Hospital relataram que a comunidade preocupasse com a política somente no período eleitoral e ainda assim optam pelos candidatos mais conhecidos e influentes da região não se preocupando efetivamente em analisar as propostas políticas. Tal fato reflete a baixa escolaridade e instrução dos moradores dessa comunidade. A grande maioria dos moradores dessa região não possui ensino fundamental completo. Como descrito anteriormente devido ao processo histórico os indivíduos da região até poucos anos atrás dedicavam-se exclusivamente a vida no campo e não era comum continuar os estudos após alfabetização básica.

Essa população é pouco assistida no que diz respeito a atividades culturais e de recreação. Existe somente um centro de convivência de idosos que se localiza próximo ao hospital municipal, nesse espaço os idosos reúnem-se para realizar atividades recreativas como danças e jogos. Contudo a estrutura física é bastante precária. Não há parques, bosques, ou academias ao ar livre nessa comunidade.

A região nas proximidades do Hospital conta também com um grande ginásio poliesportivo coberto, contudo quase sempre está fechado, embora haja um espaço físico bom não há incentivo, por parte de entidades responsáveis pela cultura e lazer, no sentido de organizar competições e atividades nesse ginásio.

Fazendo o reconhecimento territorial encontrei duas organizações de auxílio a comunidade: uma delas denominada “Vaca Mecânica” é uma usina de fabricação de leite de soja – mantida pela prefeitura – nessa organização é produzido leite de soja de diversos sabores e distribuído gratuitamente à comunidade. A outra organização é uma entidade ligada à igreja evangélica que conta com trabalho voluntário de membros da comunidade que confeccionam artesanatos, arrecadam materiais recicláveis, entre outros com intuito de angariar recursos para ajudar financeiramente e com cestas básicas de alimentos as famílias mais necessitadas.

Boa parte das instituições públicas concentra-se próxima ao Hospital Regional (onde desempenho minhas atividades do PROVAB), no mesmo quarteirão do Hospital existe uma APAE (Associação de Pais e Amigos Excepcionais), uma escola de ensino infantil, um CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e uma igreja.

Como mencionado anteriormente um complicador da vida da Comunidade formada por os três Bairros que constituem minha área de atuação é o conflito entre líderes do crime de cada bairro – existe tráfico de drogas intenso na região, não é difícil ver durante o dia marginais comercializando e usando drogas deliberadamente. Por se tratar de uma área extensa e muitas vezes de difícil acesso (devido a barreiras físicas como morros, descampados, terrenos baldios) as autoridades nem sempre têm acesso a região.

O município possui: IDH 0,764; PIB: 273 412,994; PIB PER CAPITA : 16 365,18.(??)Embora na teoria tais indicadores sejam classificados como altos na prática vê-se uma população em sua maioria constituída por famílias com renda média mensal de cerca de 2,5 salários mínimos (fontes locais) e uma minoria detentora de grande concentração de renda.

. No que diz respeito aos serviços de Saúde a situação da Comunidade é bastante confusa devido ao fato de no mesmo espaço físico coexistir uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e uma Unidade ESF: a população não está ainda esclarecida quanto à dinâmica de atendimento de uma Unidade ESF, deste modo pacientes que deveriam ser atendidos em outras unidades básicas de saúde do Município, devido à regionalização, acabam procurando a unidade que funciona junto com o Pronto Atendimento. Não existe um Hospital de grande porte na Cidade, o chamado “Hospital Regional” da cidade é na verdade uma UPA onde não é possível manter um paciente em estado Grave, os pacientes que chegam em situações graves são estabilizados e encaminhados para Hospitais de Maripá –PR ou Cascavel – PR. Um fato curioso relacionado à Saúde do Município é a ausência de Maternidade na Cidade de Terra Roxa, algumas fontes relataram que desde 2007 não nasce uma criança em Terra Roxa, quando as gestantes estão perto de entrarem em trabalho de parto são encaminhadas a maternidades em outras cidades.

Analisando o histórico de atendimentos na plataforma e-SUS mais médicos verificamos que as causas mais comuns de consulta médica na unidade de saúde em questão são: manejo de hipertensão arterial sistêmica; manejo de diabetes mellitus tipo 2; quadros de transtorno de humor ; rotina de saúde da criança; e por fim quadros agudos.

Os agravos mais comuns são as doenças crônicas não transmissíveis: primeiramente hipertensão arterial sistêmica, logo em seguida diabetes mellitus tipo 2 e em terceiro lugar transtornos de humor.

Na realidade da ESF Ângelo Lopes temos que a maioria dos pacientes atendidos procuram a unidade de saúde devido quadros crônicos. Deste modo tais pacientes deveriam receber tratamento longitudinal, ou seja, serem acompanhados pela mesma equipe de saúde e profissional médico, é a chamada Longitudinalidade do cuidado. Contudo como foi descrito no módulo “Planejamento na Atenção Básica” tal longitudinalidade não é verificada na rotina dessa Unidade Básica de Saúde.

Embora no município haja, na teoria, uma territorialização onde cada território é de responsabilidade de uma equipe de saúde da família na pratica isso não é observado. Pacientes que deveriam ser atendidos por determinado médico conseguem agendar consultas com diversos médicos diferentes de modo que não há longitudinalidade no tratamento. Muitas vezes o paciente comparece em consultas onde o atendimento não é registrado no prontuário fato que dificulta ainda mais a longitudinalidade do cuidado.

Tal problemática de modo geral decorre de dois fatos, primeiro: a pouca importância que é dada a longitudinalidade do cuidado na atenção básica por parte dos gestores

municipais; e segundo: a inexistência de planejamento e coordenação no que diz respeito ao agendamento de consultas vinculado a área que o usuário reside.

Segundo Starfield, a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integridade e coordenação (STARFIELD, 2002). Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Conscientizar a gestão municipal acerca da importância da longitudinalidade do cuidado é algo fundamental para que futuramente sejam adotadas ações que irão possibilitar o paciente ser acompanhado por uma única equipe de saúde de modo que seu tratamento seja otimizado.

Criar um fluxo racional para o agendamento de consultas baseado na localidade da residência do paciente de modo que o paciente seja atendido sempre pelo mesmo médico e deste modo ter um tratamento melhor, bem como reduzir gastos do município com encaminhamentos desnecessários, exames solicitados repetidamente e procedimento de maior complexibilidade seria um legado das atividades do PROVAB para o município de Terra Roxa.

Mudar o sistema de agendamento de consultas no município e conscientizar a gestão municipal acerca da importância da longitudinalidade na atenção básica é algo extremamente factível e não demanda custos extras para o município, dependendo somente de organização do processo de trabalho e vontade por parte da gestão em realizar as mudanças.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Criar condições para que ocorra longitudinalidade do cuidado na Unidade de Saúde da Família Ângelo Lopes

2.2 Objetivos Específicos

- Conscientizar a população acerca do funcionamento de uma unidade de Saúde da família;
- Sensibilizar gestão municipal sobre importância da longitudinalidade do cuidado na atenção básica e solicitar que sejam adotadas medidas para organizar o fluxo de agendamento de consultas;
- Construir mecanismos que garantam o registro de todos os atendimentos médicos em prontuário.

3 Revisão da Literatura

A Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários discutida na Conferência Internacional sobre Cuidados de [Saúde \(2016\)](#) Primários em 12 de Setembro de 1978 no Casaquistão, URSS, trás a urgente necessidade da promoção da saúde de todos os povos através de seus governantes auxiliados pelos profissionais da área de saúde. Segundo [Starfield \(2002\)](#), a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional.

[NORMAN e TESSER \(2009\)](#) sugerem que uma das formas mais importantes de se evitar a medicalização excessiva das pessoas e praticar a prevenção quaternária é aliar três ferramentas importantes para o cuidado clínico: abordagem centrada na pessoa, medicina baseada em evidências e centralização do cuidado na atenção primária à saúde, com longitudinalidade.

Conforme [Starfield \(2002\)](#), “Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde” (p. 247). “A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”. (p. 62). “A longitudinalidade facilita a observância da medicação prescrita” (p, 252). Para a mesma autora “A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos” .Para [GÉRVAS e FERNÁNDEZ \(2005\)](#), a longitudinalidade é cuidado ao longo do tempo e para diferentes problemas de saúde do paciente. “Os pacientes que passaram por consultas em um centro médico tem maior probabilidade de voltar ao médico que os encaminhou se consideram este médico sua fonte habitual de atenção Isso significa que a identificação de uma fonte de longitudinalidade melhora a extensão na qual os pacientes completam o processo de encaminhamento, voltando ao médico que os encaminhou”. ([STARFIELD, 2002](#))

Segundo a Portaria do gabinete Ministerial n° 2488 “ a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde.” [BRASIL \(2016\)](#)

A saúde e a eficiência econômica da Atenção Médica primária (AMP) é baseado conceitualmente na longitudinalidade e papel de filtro AMP e visão global do paciente ([OR-](#)

TÚN; GÉRVAS, 1995). A Longitudinalidade ou atendimento continuado é uma relação de vínculo e responsabilização que se estabelece ao longo do tempo, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde, propiciando o acompanhamento dos diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade, como fonte regular de atenção (CASTRO, 2012). Conforme Cabana e Jee (2016). Longitudinalidade ou continuidade está associada à satisfação do usuário, diminuição de hospitalizações e visitas a serviços de emergência e à melhora na obtenção de cuidados preventivos.

Para o Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (TESTA, 1992)

Os autores demonstram a importância da utilização da longitudinalidade ou atendimento contínuo e o vínculo que surge entre médicos e pacientes na melhoria do tratamento e acompanhamento da doença.

4 Metodologia

No início do mês Abril de 2015 o atendimento de pacientes oriundos de outras áreas que não a de abrangência da equipe de saúde da família bem como aparecimento de pacientes com prontuários médicos não preenchidos passou a ser notório na rotina da ESF Ângelo Lopes. Diante destas informações, no mês de Maio, mais precisamente no dia 11, foi realizada reunião com a gestora Municipal de Saúde (Secretária de Saúde) e a responsável pela Atenção básica no Município. Em tal reunião foi apresentado o problema da não longitudinalidade do cuidado ocasionado pelas inconsistências no processo de agendamento de consultas e de registro de atendimento em prontuário médico. Contudo, nesse dia, os responsáveis pela gestão municipal de saúde demonstraram que não havia relatório com informações sobre este problema e por este motivo o assunto não recebera a atenção devida. Para melhor explanação do tema, mostrava-se necessário fundamentar e embasar teoricamente a temática do problema. Para isto foi realizada pesquisa bibliográfica em literatura especializada sobre a longitudinalidade do atendimento continuado.

Após a referida reunião com os responsáveis pela gestão municipal de saúde, foi realizada uma análise retrospectiva junto ao sistema de informação do Município (IPM Saúde), referente ao período compreendido entre Março e Junho, para obter as seguintes informações: número de retornos solicitados; retornos solicitados no mês anterior atendidos; retornos solicitados no mês anterior que não compareceram; retornos solicitados no mês anterior que foram atendidos por outros profissionais; retornos solicitados no mês anterior atendidos por outros profissionais sem registro no prontuário, conforme Tabela 1.

Realizada a Revisão da Literatura e após dois meses da primeira reunião foi solicitado um novo encontro com os responsáveis pela gestão municipal de saúde, nesta ocasião foram apresentados textos e artigos científicos acerca dos prejuízos causados pela não utilização da longitudinalidade do cuidado, bem como os números evidenciando o grande número de retornos de pacientes com médicos diferentes e atendimentos sem registros no prontuário médico. Para uma melhor análise dos resultados, propõe-se a coleta de dados até o mês de outubro com retorno agendado para o mês de novembro junto ao IPM Saúde.

Desta vez com embasamento teórico e dados concretos a problemática ganhou notoriedade e a gestão municipal comprometeu-se a atuar de modo a resolvê-la. Foi então acordado que a conscientização da população passaria a ser realizada prontamente e que daquela data em diante todos os médicos deveriam realizar registro de informações referentes ao atendimento no prontuário médico, contudo a dinâmica de agendamento de consultas só seria alterada após concurso público municipal que se realizaria no mês de Agosto de 2015, pois novas recepcionistas seriam contratadas.

Nesta última reunião foram então propostas as seguintes intervenções de caráter

Tabela 1 – Dados referentes às consultas médicas realizadas entre Março e Junho (fonte IPM Saúde).

	Março	Abril	Maio	Junho
Número de retornos solicitados	138	239	189	200
Retornos solicitados no mês anterior atendidos	-	82	119	109
Retornos solicitados no mês anterior que não compareceram	-	12	24	15
Retornos solicitados no mês anterior que foram atendidos por outros profissionais	-	44	96	65
Retornos solicitados no mês anterior atendidos por outros profissionais sem registro no prontuário		38	90	60

informativo-organizacionais:

- Conscientizar população acerca do funcionamento de uma unidade de Saúde da família;
- No momento do agendamento da consulta solicitar comprovante de residência e informar o paciente qual será o médico responsável pelo seguimento do tratamento, posteriormente agendar consultas somente para o médico responsável sem exceções;
- Todo médico escrever no prontuário o que foi relatado na consulta, bem como resultado de exames e procedimentos realizados.

No processo de conscientização da equipe de saúde utilizou-se a colagem de cartazes e realização de palestras informativas acerca do funcionamento de equipe de saúde da família.

Junto aos pacientes foi realizada uma campanha de conscientização da importância da consulta agendada e do retorno com o mesmo médico para o acompanhamento continuado do caso e se houve progressão ou não dos sintomas após a intervenção do médico. Esta campanha teve a utilização de cartazes e uma palestra de 10 minutos a todos os pacientes que estavam na sala de espera, antes do início dos atendimentos médicos.

Segue abaixo as informações coletadas sobre os números dos retornos solicitados.

5 Resultados Esperados

Com as intervenções propostas esperava-se: maior entendimento da população acerca do funcionamento de uma unidade de saúde da família. Com os dados obtidos esperava-se diminuir o número de casos atendidos na ESF Ângelo Lopes, em que a longitudinalidade do cuidado não era observada.

Esperava-se nos meses seguintes da realização da reunião com a Secretaria de Municipal de Saúde e apresentação das propostas de mudanças que o número de retornos solicitados em consultas prévias aumentasse e conseqüentemente o número de pacientes atendidos por médicos diferentes diminuísse, também era esperado que os números de atendimento sem registros no prontuário diminuíssem.

Visando avaliar os dados obtidos junto ao IPM Saúde, nos mesmos moldes dos dados observados no mês de julho, construiu-se a tabela abaixo demonstrando a evolução nos números no período compreendido entre julho e novembro.

Figura 01 – Total de Atendimento dos Pacientes - Retorno solicitado no mês anterior

Figura 02 – Total de Atendimento de Pacientes – Retorno Atendido por outros Profissionais

Análise dos Dados

Com a tabulação dos dados no mês de abril foram solicitados 138 retornos dos quais 8% (12) não retornam. A quantidade de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 31,9% (44). Destes 31,9% apenas 4,4% tiveram os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Para o mês de maio foram solicitados 239 retornos dos quais 10% (24) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 40,2% (96).

Tabela 2 – Quantidade de atendimentos, retornos e consultas sem registros em prontuário

	Ju- lho	Agosto	Se- tem- bro	Ou- tu- bro	No- vem- bro
Número de retornos solicitados	207	203	215	198	-
Retornos, solicitados no mês anterior, atendidos	120	145	147	166	144
Retornos, solicitados no mês anterior, que não compareceram	18	20	20	20	18
Retornos, solicitados no mês anterior, que foram atendidos por outros profissionais	62	42	36	35	36
Retornos, solicitados no mês anterior, atendidos por outros profissionais sem registro no prontuário	62	40	30	34	35

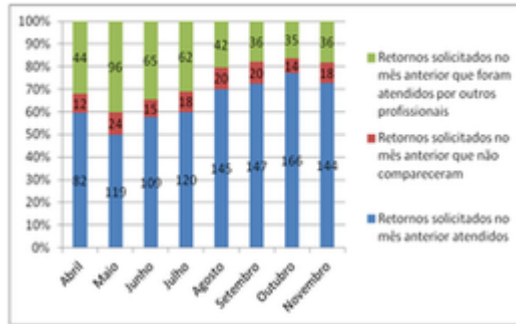


Figura 1 –

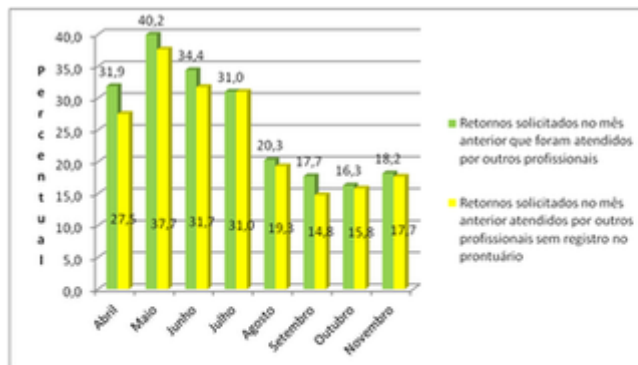


Figura 2 –

Destes 40,2% apenas 2,5% tiveram os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Referente ao mês de junho foram solicitados 189 retornos dos quais 7,9% (15) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 34,4% (65). Destes 34,4% apenas 2,7% tiveram os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Referente ao mês de julho foram solicitados 200 retornos dos quais 7,5% (18) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 31% (62). Destes 31% nenhum caso (ou seja 0%) teve os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Referente ao mês de agosto foram solicitados 207 retornos dos quais 9,6% (20) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 20,3% (42). Destes 20,3% apenas 1% teve os dados de acompanhamento da consulta atualizado

no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Referente ao mês de setembro foram solicitados 203 retornos dos quais 9,8% (20) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 17,7% (36). Destes 17,7% apenas 2,9% tiveram os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Referente ao mês de outubro foram solicitados 215 retornos dos quais 6,5% (14) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 16,3% (35). Destes 16,3% apenas 0,5% teve os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

Referente ao mês de novembro foram solicitados 198 retornos dos quais 9% (18) não retornam. O total de pacientes atendidos por outros profissionais ficou em torno de 18,2% (36). Deste 18,2% apenas 0,5% teve os dados de acompanhamento da consulta atualizado no prontuário pelo médico que os atenderam no retorno.

A figura 2 evidencia que a grande maioria das consultas realizadas por outros profissionais não possui registro no prontuário, fato que contribui para a não ocorrência da Longitudinalidade do cuidado. No período entre Abril e Novembro o percentual de consultas sem registros no prontuário variou entre 83% e 100% deste modo mesmo após a intervenção realizada o número de consultas sem registro no prontuário continuou elevado.

De acordo com as figuras 1 e 2, percebe-se que houve um crescimento no número de retornos solicitados para o mesmo médico de 50% em maio para mais de 78% em outubro, de outra forma os retornos para outros profissionais, situação que configura descontinuidade do cuidado diminui de 40% em maio para menos de 18% em outubro, indicando que a intervenção apresentou efeito quanto a conscientização sobre a longitudinalidade do cuidado.

Mesmo com o crescimento no atendimento dos retornos solicitados apresentado no parágrafo anterior e apesar da equipe de gestão municipal de saúde solicitar aos médicos atendentes a atualização do prontuário dos pacientes atendidos, os dados coletados permitiram inferir que isto não ocorreu, pois a proporção de registro ficou entre 0% a 4,4% de prontuários atualizados.

Referências

- BRASIL, S. *Portaria n° 2.488*: Ministério da saúde. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria2488.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2016. Citado na página 15.
- CABANA, M.; JEE, S. *Does continuity of care improves patient outcomes*. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 06 Fev. 2016. Citado na página 16.
- CASTRO, R. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde. . *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, p. 9–12, 2012. Citado na página 16.
- GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 205–208, 2005. Citado na página 12.
- GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. bras. epidemiol. vol. 8 no.2*, p. 45–54, 2005. Citado na página 15.
- IBGE. *Censo Populacional 2010*. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008>. Acesso em: 11 Mai. 2015. Citado na página 9.
- NORMAN, A.; TESSER, C. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema Único de saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, p. 2012–2020, 2009. Citado na página 15.
- ORTÚN, V.; GÉRVAS, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *MEDCLIN*, p. 2–7, 1995. Citado na página 15.
- SAÚDE, B. M. da. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*. 2016. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=199>. Acesso em: 05 Fev. 2016. Citado na página 15.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 15.
- TESTA, M. *Pensar em saude*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992. Citado na página 16.