



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ALINE FORTES MACHADO

A PRÁTICA DO PRINCÍPIO DE LONGITUDINALIDADE NO CONTEXTO DE  
CARÊNCIA DE PROFISSIONAL MÉDICO E ACOLHIMENTO DESQUALIFICADO

SÃO PAULO  
2020

ALINE FORTES MACHADO

A PRÁTICA DO PRINCÍPIO DE LONGITUDINALIDADE NO CONTEXTO DE  
CARÊNCIA DE PROFISSIONAL MÉDICO E ACOLHIMENTO DESQUALIFICADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

Este artigo relata um projeto de Saúde no Território do Centro de Saúde Tancredo Neves, em Campinas – SP. Neste Centro de Saúde o atendimento de uma população de cerca de 18000 usuários é realizado por um único médico da família, o que dificulta manutenção da longitudinalidade do cuidado. Dos atributos identificados por Starfield (2005), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS. Para esta autora, trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Considerando os efeitos ocasionados da falta de profissionais em APS e a formação deficiente de alguns profissionais de saúde que atendem em conjunto na área, torna-se oportuno a criação de um projeto de ação. Pretende-se realizar capacitações de profissionais de saúde para um aprimoramento do acolhimento na unidade básica de saúde, a vinda de novos médicos para suprir a carência de profissionais de saúde médicos e o aprofundamento do conhecimento acerca da temática e subsidiação de ações para manter a prática do atendimento contínuo e permanente dos pacientes.

## **Palavra-chave**

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Na unidade de saúde Tancredo Neves, na qual atendo como médica clínico generalista temos uma população aproximadamente 18000 usuários cadastrados, para três equipes, sendo a minha equipe (a amarela) teoricamente responsável por 6000 usuários. Contudo, devido a carência de profissionais médicos, atendo a todos os pacientes na unidade independente da equipe de referência. Diante disso, posso observar que o maior problema que a equipe enfrenta é a dificuldade para realizar a longitudinalidade do cuidado visto o grande número de pacientes atribuídos a um único médico da família.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia de organização da atenção à saúde direcionada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, através da atenção de indivíduos e comunidades, ações preventivas e curativas. Segundo diversos estudos realizados em países com modelos organizados de APS, foi observado que os mesmos apresentam menores taxas de incidência de doenças, de internação e de mortalidade por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; 2005; WHO, 2004).

A APS abrange quatro atributos essenciais: a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e três atributos derivados: a orientação comunitária, a orientação familiar e a competência cultural (STARFIELD, 2002). Os atributos essenciais quando em sincronia e com funcionamento adequado acarretam em um sistema de APS bem-sucedido.

Dos atributos identificados por Starfield (2005), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS. Para esta autora, trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Desta maneira está interligada com a continuidade da relação do trabalho, construção do vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo a acompanhar os efeitos de intervenções em saúde (BRASIL, 2006).

Cunha e Giovanella (2011) propuseram o termo vínculo longitudinal, definido como relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de AP que se estabelece no reconhecimento e na utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo. Podem ser identificadas três dimensões em relação ao vínculo longitudinal, a saber: a) Fonte regular de cuidados na AP, que implica que a população tenha a unidade básica como referência habitual para o atendimento em consonância com as necessidades de saúde da população local; b) Relação interpessoal, que descreve a ideia de vínculo duradouro, o qual envolve confiança e responsabilidade, valorizando a experiência do usuário e sua subjetividade; e c) Continuidade informacional, que se refere à disponibilização, manuseio e qualidade dos registros de saúde, no intuito de favorecer o acúmulo de conhecimento dinâmico sobre os diversos pacientes pela equipe de saúde, e assim haver uma conduta terapêutica com uma melhor adequação. Essas dimensões são essenciais e compõem a ideia de vínculo longitudinal, uma vez que as responsabilidades no âmbito da ESF são divididas entre os diferentes profissionais das equipes, com importantes reflexos em suas práticas (ARCE; SOUSA, 2014).

No entanto, empecilhos na organização e gestão dos serviços de saúde podem dificultar o cuidado longitudinal, como por exemplo, a carga de trabalho e a falta de profissionais, a insatisfação e as más experiências dos usuários com o serviço e com a relação interpessoal (Paula; Silva; Nazário; 2015). Pode-se destacar também a formação e a atuação dos profissionais desvinculada da realidade das condições de vida e de saúde da população, a falta de acolhimento, a fragmentação do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na unidade básica de saúde a qual trabalho, há aproximadamente 18000 usuários para dois

médicos clínicos, dos quais 6000 usuários são dedicados a somente uma equipe, a "amarela", na qual sou responsável. Contudo, devido a grande demanda da população e carência de profissionais médicos, atendo pacientes de outras equipes. A equipe "Amarela" é constituída de uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um odontologista e quatro agentes de saúde. Os profissionais que atuam junto comigo são profissionais de saúde qualificados e geralmente atuam da maneira correta e esperada. Todavia, alguns das demais equipes não trabalham de maneira similar, e como sou responsável também por pacientes de outras áreas e o acolhimento é realizado por qualquer profissional, independente da área que o mesmo é responsável. Há a realização algumas vezes de um acolhimento deficiente com orientação e ausculta desqualificada, em razão de que muitos profissionais não sabem como realiza-los corretamente. Em razão disso, o paciente demanda mais de consultas médicas para resolver problemas simples que com um acolhimento adequado, poderiam ser solucionados sem a passagem pelo médico. As doenças predominantes nesta unidade são crônicas como diabetes, hipertensão, cardiopatias, pneumopatias e transtornos psiquiátricos. Uma das principais razões é a alta prevalência da população idosa nessa área. Uma população que além de apresentar geralmente diversas comorbidades, demanda um cuidado mais próximo e contínuo devido a fragilidade.

Considerando os efeitos ocasionados da falta de profissionais em APS e a formação deficiente de alguns profissionais de saúde que atendem em conjunto na área, torna-se oportuno a criação de um projeto de ação para melhorar a longitudinalidade visto a dificuldade existente no Centro de Saúde Tancredo Neves, no município de Campinas.

## **AÇÕES**

Com base no problema demonstrado, este projeto visa informar sobre a importância da longitudinalidade na atenção básica e desenvolver ações para que a mesma apresente permanência e continuidade nos atendimentos na atenção básica.

Pretende-se realizar capacitações dos profissionais da unidade básica de saúde para dar seguimento aos atendimentos em consultas anteriores. Esse acompanhamento será realizado também pela enfermeira e técnicas de enfermagem no acolhimento, e Agentes de saúde durante visitas. Algumas vezes o paciente necessita somente ser ouvido e orientado, não havendo a necessidade de consulta médica. Dessa maneira, se evitará sobrecarregar o profissional médico.

As capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeiro vigente durante o período da manhã e período da tarde com duração de uma hora e em 2 dias, para assim abranger a maioria dos funcionários do estabelecimento de saúde. Os temas que serão abrangidos nessa capacitação serão os atributos essenciais do SUS, com foco no atributo longitudinalidade. Será abordado como os demais profissionais de saúde podem contribuir com a continuidade e permanência desse atributo, seja com orientações, ausculta ou prescrição de medicamentos analgésicos, caso necessário, pelos profissionais da enfermagem.

Além disso, é necessário que haja mais médicos para realizar as consultas. Há uma população de cerca de 8000 usuários, dos quais a maioria é idosa e portanto demandam de mais atenção. Será entrado em contato com a coordenadora do projeto Médicos pelo Brasil para demandar a vinda de novos médicos. Recentemente houve um processo seletivo para médicos da atenção básica de saúde. A mesma poderia entrar em contato com a prefeitura para solicitar que alguns deles sejam direcionados para este posto.

Ainda, pretende-se com a presente proposta de intervenção, que haja um aprofundamento do conhecimento acerca da temática, capaz de subsidiar ações que envolva outros profissionais de saúde na manutenção da prática de atendimento contínuo e permanente aos pacientes.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Pretende-se realizar capacitações dos profissionais da unidade básica de saúde para dar seguimento aos atendimentos em consultas anteriores. Esse acompanhamento será realizado também pela enfermeira e técnicas de enfermagem no acolhimento, e Agentes de saúde durante visitas. Algumas vezes o paciente necessita somente ser ouvido e orientado, não havendo a necessidade de consulta médica. Dessa maneira, se evitará sobrecarregar o profissional médico.

Diminuição do número de consultas agendadas sem necessidade e do número de consultas para o dia. Os profissionais de saúde enfermeiro e técnicos de enfermagem atenderam a demanda e resolverão situações simples que não demandam consulta médica, como gripes, síndromes febris em criança devido a infecções virais comuns, entre outras.

Realização de consultas com foco na longitudinalidade e na medicina centrada na pessoa. Através de consulta com outros profissionais por uma equipe qualificada será possível avaliar o usuário como um todo de maneira eficiente e com foco nas suas principais demandas. Além de administrar melhor a longitudinalidade, com possibilidade de anotação da evolução em prontuário e agendar a consulta quando for necessário, não prolongando o tempo ou reduzindo o intervalo entre consultas sem necessidade.

Chegada de mais médicos na unidade de saúde, possibilitando uma melhor organização da agenda de maneira a assim o médico poder ter domínio da mesma. Além disso, não haver o sobrecarregamento de um só profissional para atender um grande contingente de pessoas.

Aprofundamento do conhecimento acerca da temática e subsídio de ações que envolvam outros profissionais de saúde na manutenção da prática de atendimento contínuo e permanente aos pacientes.



## REFERÊNCIAS

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. (ARCE, SOUSA, 2014). Cad. saúde colet.[online]. 2014, vol.22, n.1, pp.62-68. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000100062&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000100062&script=sci_abstract&tlng=pt)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. [acesso em 2018 fev 27]. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html)

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. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Suppl 1):S1029-42. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036)

MACINKO J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE) Countries. HSR 2003; 38(3):831-865. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12822915>

OLIVEIRA, M. A. C. ; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013; 66(esp):158-64. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>

PAULA, C.C. et al. Factors interfering with the attribute longitudinality in the primary health care: an integrative review. Rev Eletr Enf [Internet]. 2015; 17(4):1-11. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/31084/20659>

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Q 2005; 83 (3):457-502. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>

WHO. World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Geneva: WHO; 2004. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/pr-e-2009/what-are-the-advantages-and-disadvantages-of-restructuring-a-health-care-system-to-be-more-focused-on-primary-care-services-who-europe-2004>