



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Douglas do Nascimento Espírito Santo

A longitudinalidade como componente indispensável
para o cumprimento dos objetivos da Estratégia saúde
da Família: uma intervenção

Florianópolis, Janeiro de 2023

Douglas do Nascimento Espirito Santo

A longitudinalidade como componente indispensável para o
cumprimento dos objetivos da Estratégia saúde da Família: uma
intervenção

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

Orientador: Maria Cristina Antunes Willemann
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Douglas do Nascimento Espirito Santo

A longitudinalidade como componente indispensável para o cumprimento dos objetivos da Estratégia saúde da Família: uma intervenção

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.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**

Coordenadora do Curso

Maria Cristina Antunes Willemann
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: a longitudinalidade, que trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (APS), é considerada característica central deste nível assistencial. O atendimento a este atributo está relacionado com resultados positivos, o que justifica sua utilização para fins de avaliação da APS. Por outro lado, o termo não é usual entre os autores brasileiros, e na literatura internacional o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante.

Objetivos: No processo de trabalho, incluir treinamento a todos profissionais envolvidos para estarem aptos a identificar falhas da equipe Rio da Prata no que diz respeito ao princípio de longitudinalidade, identificando usuários hipertensos, diabéticos, ou tuberculosos entre outros diagnósticos que apesar da cobertura, não são observados e atendidos conforme seus protocolos. **Metodologia:** estudo de revisão conceitual sobre a longitudinalidade/continuidade do cuidado, bem como a identificação de pacientes responsáveis pela equipe Rio da Prata e suas dimensões, de forma a favorecer a avaliação do atendimento ao referido atributo. **Resultados:** foram identificados paciente com vários diagnósticos não acompanhados por diversos motivos. Estes foram devidamente agendados para dar continuidade ao acompanhamento conforme seu diagnóstico/protocolo. Identificamos 23 hipertensos descompensados que não tinham acompanhamento na unidade há mais de 8 meses, identificamos 1 paciente com tuberculose que apresentou resistência medicamentosa e sem o devido manejo e acompanhamento como preza o protocolo , 4 grávidas que não compareciam as consultas por diversos motivos; 7 crianças de 0-1 ano que não compareciam as unidade há mais de 90 dias. Foram identificadas 12 lactentes de 0-2 anos com alguma vacina não realizada do PIN; 2 puérperas que não compareciam a unidade para avaliação; 9 diabéticos com hemoglobina glicada maior a 7 que não tinham acompanhamento na unidade a mais de 4 meses. Com isso organizamos um plano de ação individual.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento, Agendamento de Consultas, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A região onde trabalho trata-se do subúrbio Rio de Janeiro, Bangu, mais especificamente Senador Camará é um bairro de várias comunidades de classe baixa e média onde encontramos famílias carentes em sua maioria. Localizando-se na zona oeste da cidade e grande parte das moradias o esgoto é à céu aberto, e, em caso de chuvas intensas, ocorrem inundações e aumento da ocorrência de doenças transmitidas por água.

O bairro Senador Camará possui por volta de 105.515 habitantes. A população masculina, é de 50.422 hab, e a população feminina, 55.093 habitantes distribuídas numa área de 1.723,59 hab. (IBGE, 2018)

Uma curiosidade sobre a origem do nome se deve a estação ferroviária fundada em 1923 que atende o bairro e tem o nome de Estação Senador Camará, em homenagem ao Senador Otacílio de Carvalho Camará, que foi Senador da República em 1919 e 1920. Ele ainda possui parentes diretos nessa região, mais precisamente no Caxangá. O bairro é dividido pela linha ferroviária do ramal de Santa Cruz, atualmente operado pela empresa Supervia. No lado esquerdo da linha ferroviária, no sentido para Santa Cruz, o bairro é cortado pela Avenida Santa Cruz, onde está localizada a favelado Sapo, esta avenida faz a ligação entre os bairros de Realengo e Senador Vasconcelos. No lado direito, o bairro é cortado pela Estrada do Taquaral e também corta a rua Coronel Tamarino que liga Padre Miguel a Senador Camará, que começa em Bangu e termina no próprio bairro de Senador Camará, onde temos a Favela da Coreia, com altos índices de violência. Em Senador Camará há o sub-bairro Jabour, com característica de um bairro de classe média, localizado na parte mista do bairro junto com comércio local, próximo à favela do Rebu. Este bairro empreendido por Abrahão Jabour recebeu maior investimento e teve em seu lançamento maior infraestrutura, o que lhe confere um aspecto melhor que as áreas vizinhas, pois foi idealizado para atender aos militares de Realengo e Vila Militar e demais trabalhadores da Zona Oeste. Portanto, o bairro é dividido em 6 favelas: Sapo, Rebu, Cavalo de Aço, Coreia, Mobral, Vila Aliança e Morro do Céu.

Desta área estou responsável como médico da equipe Rio da Prata que pertence à clínica da Família Lealdina que funciona dentro do espaço da Clínica da Família Kelly Cristana.

A demanda é basicamente pré-natal, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, pediatria, além das epidemias sazonais como conjuntivite e diarreias em crianças.

A demanda é altíssima, ao ponto de poder afirmar neste documento que alguns princípios do SUS ou da atenção básica são difíceis de serem postos em prática por conta do pouco tempo que temos disponíveis em cada atendimento

Baseado no que foi exposto anteriormente decidi escolher como tema principal neste trabalho a dificuldade em cumprir o princípio de longitudinalidade do cuidado, tema que

a meu ver é importante para manutenção de um sistema que seja viável em longo prazo. A longitudinalidade é cumprida quando é possível dar uma atenção completa em todos os contatos onde se evite recaídas preveníveis, novos eventos de enfermidade evitáveis, onde o usuário seja bem informado ganhando da autonomia sobre sua saúde, onde as informações possam ser passadas de forma acessível, clara e inteligivelmente. Atualmente trabalhamos no regime “apaga fogo”, ou seja, atenção meramente curativa nos atendimentos comprometendo uma parte fundamental da atenção básica que implica a parte de ensino do auto-cuidado, tirar dúvidas, instruir o usuário entre outras coisas que garantam evitar retornos por conta da desinformação, além do aspecto curativo somente.

A literatura destaca o potencial da longitudinalidade como possibilidade para conhecer o usuário, seu contexto social, hábitos de vida e problemas de saúde, permitindo intervenções adequadas e resolutivas. Desta forma, proporcionaria um cuidado integral, com ações de promoção em saúde e de prevenção de doenças, além da redução de uso de serviços de alta complexidade coma diminuição de custos no setor da saúde. 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. Marciane Kessler (2018), “

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 e o modelo assistencial como fatores que desfavorecem a longitudinalidade”.

O problema é solucionável, mas para este cumprimento é necessário combinar com a gestão e gerentes que o resultado desta política de garantia no cumprimento do princípio de longitudinalidade no cuidado. Garantir um atendimento com resultados duradouros e permanentes, onde o paciente ganha autonomia, diminuindo a agenda por eventos evitáveis e dando oportunidade para outras pessoas fazerem uso da unidade de saúde, sem pressa, sem erros e com integridade sendo cumprida a risca, afinal não estamos aqui na atenção básica com uma política de atendimento apenas curativa, a atenção básica existe para promover saúde às custa de aproveitar todos os contatos com o usuário para promoção e educação em saúde não somente sobre a causa da consulta mas como a saúde como um todo, considerando contexto, história familiar, renda, local de vivência entre outros fatores tão importantes que devem ser levados em conta em todo e qualquer contato.

A intervenção deve ser feita imediatamente na agenda, respeitar o mínimo de 20 minutos por consulta, o acolhimento deve ser criterioso onde as demandas livres sejam realmente necessárias, para tanto os ACSs e gerentes devem concordar. A meu ver isso pode e deve ser aprovado, pois todos ganham com isso, inclusive e principalmente o usuário, a clínica ficará disponível para outros usuários que dificilmente são atendidos de forma integral isso a longo e em curto prazo gerarão ótimos resultados para todos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Melhorar a longitudinalidade do cuidado à população atendida na Clínica da Família Lealdina.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar um perfil do usuário atendido junto à equipe Rio da Prata da Clínica Lealdina;
- Realizar treinamento aos servidores da equipe Rio da Prata da Clínica Lealdina sobre resolutivamente na atenção básica;
- Propor um questionário para o registro de informações sobre usuário, para suporte à equipe no planejamento de ações da Clínica Lealdina;
- Adaptar a agenda conforme o perfil do usuário identificados pela equipe Rio da Prata fortalecendo pontos fracos ou débeis.

3 Revisão da Literatura

A saúde pública no Brasil tem como representante na atenção básica a ESF (Estratégia Saúde da Família), esta "atualmente alcança uma cobertura de mais da metade da população brasileira, cumprindo a função de coordenadora da rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a qualidade da assistência e a resolubilidade das ações da ESF assumiram um papel central nas políticas públicas de saúde, em que o Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz a execução de gestão pública baseada no monitoramento e avaliação de processos com resultados mensuráveis". (ALVES; ANDRADE; SANTOS, 2016)

Os serviços de saúde públicos disponibilizam em todo território nacional obedecem a princípio e diretrizes que devem nortear, guiar e direcionar as políticas planejamento em toda e qualquer area, dito isso, é sabido que um dos princípios é a longitudinalidade. "A longitudinalidade é conceituada como a existência de uma fonte de atenção e seu uso regular, sendo que a APS deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos que deveriam receber atendimento no serviço. Além disso, o vínculo deve promover laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre os usuários e os profissionais de saúde."(PAULA; SILVA; NAZÁRIO, 2015)

Para diversos autores a importância do princípio da longitudinalidade deve ser dada, pois neste encontramos a regularidade do usuário com o serviço, fazendo que ESF seja muito mais que solução de problemas como era no passado , mas sim uma provedor de saúde integral. Anteriormente este princípio de vínculo serviço de saúde e usuário era definido de outra forma, conforme indica a "literatura nacional e internacional, a palavra "longitudinalidade" não é usual, o termo "continuidade do cuidado" tem sido utilizado com sentido semelhante, não havendo uniformidade no que se refere às características da relação entre profissional e paciente, o que pode restringir o significado do atributo. a continuidade estaria relacionada à questão da sucessão de eventos entre as consultas sem importar onde ocorreram e por quais motivos, e sem o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo. Estas discordâncias da literatura permitem a adoção de dimensões em acordo com os princípios organizativos do sistema público de saúde, desde que esteja em consonância com os pressupostos dos autores que discutem a temática. (PAULA; SILVA; NAZÁRIO, 2015)

Interessante considerar que a longitudinalidade é muito mais que apenas o acompanhamento através do tempo de determinado usuário este "atributo da AP, a longitudinalidade se refere à relação de longa duração entre os profissionais e os pacientes em suas unidades de saúde, contribuindo para seu alcance enquanto fonte de atenção independente da presença de problemas relacionados à saúde, orientada para a pessoa e não para a doença, e propiciando benefícios como menor utilização dos serviços, melhor atenção preventiva e melhor reconhecimento dos problemas da população. (ARCE; SOUSA, 2014)

De uma forma mais detalhada podemos entender a prática da longitudinalidade e identificar três dimensões em relação ao vínculo longitudinal, a saber:

- a) dimensão **Fonte regular de cuidados na AP**, que pressupõe que a população reconheça a unidade básica como referência habitual para o atendimento, implicando na oferta e disponibilidade dessa fonte em consonância com as necessidades de saúde da população local;
- b) dimensão **Relação interpessoal**, que envolve a ideia de vínculo duradouro, ou seja, pressupõe uma boa relação profissional de saúde-paciente no contexto de uma população adscrita, envolvendo confiança e responsabilidade e valorizando a experiência do usuário e sua subjetividade; e
- c) dimensão **Continuidade informacional**, que diz respeito à qualidade dos registros de saúde, seu manuseio e disponibilização, favorecendo o acúmulo de conhecimento dinâmico sobre os diversos pacientes pela equipe de saúde, o que beneficia a orientação da conduta terapêutica e seu constante processo de avaliação. Essa última dimensão demanda critérios de suficiência e responsabilidade em relação à aquisição de novas informações, sendo que a implantação de novas tecnologias de inovação pode ser considerada importante aliada.”(ARCE; SOUSA, 2014)

Na prática do cuidar via ESF algumas fatores são fundamentais para manutenção ou mesmo garantia do princípio da longitudinalidade, e um desses é a resolutividade, convenhamos que um usuário que não for atendido conforme necessitava dificilmente vai buscar ser atendido no mesmo local, e por conta disso um setor determinante na ESF é o acolhimento. os ACSs devem ser extremamente treinados a saber a diferença de uma demanda livre imediata e um caso de agendamento para próxima semana ou mês.

Um exemplo ilustra algo desse universo: em 2009, estudo envolvendo os 47 centros de saúde (CS) de Florianópolis-SC (99 equipes da ESF cobrindo 80% da população) descreveu as formas de acesso ao cuidado clínico e a média de tempo de espera estimado em semanas para se obter um atendimento: em 84,5% dos CS o tempo de espera era de quatro semanas ou mais, com pouco agendamento para enfermeiros e variados esquemas de avaliação para atendimentos no mesmo dia (“urgências” ou “acolhimento”), para os quais havia algumas vagas reservadas nas agendas dos médicos. Em 76.5% dos centros de saúde havia reserva de vagas para grupos prioritários – idosos, gestantes, crianças até 2 anos, diabéticos, hipertensos etc. O acesso parece precário quando se tem que esperar várias semanas para atendimento não urgente na APS/ESF. (TESSER; NORMAN, 2014)

A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade, embora esses termos

possuam especificidades conceituais. Ou seja: mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida.

Uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde é denominada longitudinalidade temporal, porém sua avaliação é controversa, pois uma relação de longa duração pode se estabelecer mediante relacionamento interpessoal insatisfatório, enquanto um bom relacionamento pode ocorrer em curto período de tempo.

Em decorrência disso, os estudos sobre longitudinalidade têm se voltado para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção (longitudinalidade pessoal) cujas características compreendem: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários e a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles.

A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.

A formação de profissionais de saúde, quando desvinculada a realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da longitudinalidade pessoal na ESF.

Para prover a sociedade brasileira de profissionais habilitados para responder às necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde deu início em 2004 ao Programa Nacional de Humanização (PNH), que, entre suas diretrizes e dispositivos, define uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde. Uma das ferramentas propostas para esta modificação é o acolhimento.

A proposta do acolhimento constitui um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas uma atitude que permeia toda atividade assistencial. Consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, o que resulta em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial (CUNHA; FIGUEROA, 2015)

A tecnologia do acolhimento pode ser considerada uma reforma nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários e, portanto, uma estratégia para o alcance da longitudinalidade pessoal. Está fortemente relacionada à boa comunicação e tende a favorecer a continuidade e a efetividade do cuidado, contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos.

Para sua efetivação faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores, de modo

que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da população, por meio de atos de fala, escuta, vínculo e negociação.

4 Metodologia

Para alcançar nossos já citados objetivos faremos um plano de intervenção na equipe, incluindo o treinamento para os ACSs, uma vez que estes profissionais são os responsáveis por atender o público no primeiro momento que o usuário adentra na unidade em que eu trabalho.

Neste momento de triagem, que o paciente adentra na unidade é fundamental, pois cria no usuário a percepção de que a atenção básica resolve a maioria dos problemas, o que é um fato para nós profissionais, mas pode não ser uma convicção do usuário. Por isso, uma parte da grande população demora, ou menos, não busca a ESF para tratar alterações que podem prevenir grande parte ou mesmo 100% do que é tratado às pressas na emergência. Este é o foco da atenção básica prevenir em todo momento e todo contato é uma oportunidade de fazê-lo.

Decidimos realizar um treinamento semanal na segunda parte da reunião semanal por um mês. Faremos o treinamento ou re-treinamento junto aos ACSs, fazendo uso das cartilhas do site do Ministério da Saúde sobre o tema acolhimento e demanda livre com objetivo de deixar claro aos ACSs da importância de identificar os usuários não acompanhados conforme os protocolos do MS (BRASIL, 2018).

Fizemos palestra ministrada por mim e pela enfermeira Lucinez, usando como temas as principais demandas que temos na localidade. Os ACSs serão treinados a identificar demandas que devem ser atendidas conforme a necessidade, sem prejudicar o atendimento do agendamento já existente. Aqui temos o ponto chave do trabalho, em toda reunião fizemos também a contagem e relatório dos pacientes que devem ter um olhar mais próximo da atenção básica, refiro-me aos seguintes diagnósticos: tuberculose, SIDA/HIV, HANSENIASE, DM E HAS descompensados, entre outros.

Uma vez identificados os pacientes, fizemos uma lista destes pacientes onde o princípio da longitudinalidade não tem sido cumprido, a saber: onde identificamos que os pacientes não compareceram ou mesmo não foram atendidos conforme os protocolos do MS, sabemos por exemplo que um paciente com diagnóstico de tuberculose deve realizar consulta onde são realizados exames que podem indicar um tratamento não resolutivo ou uma resistência ao tratamento.

Neste processo também incluímos grávidas que não comparecem às consultas, ou que apresentam alterações de peso ou outros diagnósticos indicando pré-natal de alto risco.

Todos os pacientes onde foi identificado um não cumprimento do princípio da longitudinalidade foram listados e foram passados a cada ACS conforme sua microárea a comparecer aos domicílios destes na tentativa de remarcação de consultas.

Cada semana abordaremos um tema começando pelos mais importantes: protocolo de HAS, DM, Tuberculose, SIDA/AIDS, Saúde do idoso, entre outros., Após isso identifica-

remos pacientes de diagnósticos, primeiramente os mais graves sem seguimento necessário de seu diagnóstico .Para tudo isso o software Vitacare foi usado para comparar o nmero de consultas e a realização de exames, .

5 Resultados Esperados

Com nossa intervenção buscamos melhorar a longitudinalidade do cuidado à população atendida na Clínica da Família Lealdina, realizando treinamento aos servidores da equipe Rio da Prata da Clínica Lealdina sobre resolutivamente na atenção básica aumentando o vínculo, a eficácia, a longitudinalidade e o cumprimento da agenda SUS conforme a necessidade de cada usuário.

Na prática buscamos mais eficácia, tempo adequado de atendimento, aumento da confiança do usuário como consequência de um tempo ideal para avaliação por parte da enfermagem e da medicina. Diminuição e eliminação de agenda não programada em casos onde seria preciso um agendamento posterior para uma melhor avaliação. Com tudo isso o usuário passa a confiar e ser mais assíduo na agenda da unidade.

Esperamos com essa intervenção fazer cumprir mais eficazmente o protocolos do Ministério da Saúde, especialmente quanto ao seguimento de cada paciente, entendemos que mais importante que o atendimento para solução de demandas de casos agudos é importante seguir acompanhando o paciente por entendermos que o processo saúde-doença é contínuo e apenas em uma consulta não é possível avaliar e solucionar. O tema da saúde é complexo e requer rotineiramente, conforme cada caso, uma agenda de avaliações.

Com o olhar citado nos métodos conseguimos identificar 23 hipertensos descompensados que não tinham acompanhamento na unidade a mais de 8 meses, identificamos 1 paciente com tuberculose que apresentou resistência medicamentosa e sem o devido manejo e acompanhamento como preza o protocolo, identificamos grávidas 4 que não compareciam as consultas por diversos motivos. Identificamos 7 crianças de 0-1 ano que não compareciam as unidade a mais de 90 dias. Foram identificadas 12 lactentes de 0-2 anos com alguma vacina não realizada do PNI - Programa Nacional de Imunização. identificamos 2 puérperas que não compareciam a unidade para avaliação. identificamos 9 diabéticos com hemoglobina glicada maior a 7 que não tinham acompanhamento na unidade a mais de 4 meses.

Referências

- ALVES, C. dos R.; ANDRADE, M. C.; SANTOS, C. L. de S. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. *Saúde Debate*, v. 40, n. 111, p. 268–278, 2016. Citado na página 13.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da estratégia saúde da família no distrito federal. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 62–69, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- BRASIL, M. da S. *CARTILHAS DO SUS*. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 12 Out. 2018. Citado na página 17.
- CUNHA, R. T. G.; FIGUEROA, A. L. G. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. *Ministerio da Saúde - ESF*, p. 1–100, 2015. Citado na página 15.
- IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 Out. 2018. Citado na página 9.
- PAULA, C. C. de; SILVA, C. B. da; NAZÁRIO, E. G. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, p. 17–21, 2015. Citado na página 13.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 869–883, 2014. Citado na página 14.