

## A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais

*Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models*

*La longitudinalidad en la Atención Primaria a la Salud: comparación entre modelos asistenciales*

Marciane Kessler<sup>I</sup>, Suzinara Beatriz Soares de Lima<sup>I</sup>, Teresinha Heck Weiller<sup>I</sup>, Luís Felipe Dias Lopes<sup>I</sup>,  
Lucimare Ferraz<sup>II</sup>, Elaine Thumé<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó-SC, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS, Brasil.

### Como citar este artigo:

Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1063-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>

Submissão: 20-02-2017

Aprovação: 31-05-2017

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o atributo longitudinalidade nos diferentes modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde e verificar sua associação com as características demográficas, socioeconômicas e de contexto de Atenção à Saúde. **Método:** estudo transversal, realizado em 2015 com 1076 usuários adultos dos serviços de atenção primária nos 32 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Foi utilizado o *Primary Care Assessment Tool* com definição de baixo (<6,6) ou alto escore (≥6,6) para longitudinalidade. A associação com variáveis independentes foi verificada através da regressão de *Poisson*. **Resultados:** o atributo foi melhor avaliado na Estratégia de Saúde da Família e associado à idade, região de saúde de moradia e modelo de atenção. **Conclusão:** o estudo destaca a Estratégia de Saúde da Família como promotora do cuidado longitudinal, e assim, sugere-se a ampliação da cobertura deste modelo assistencial para a melhoria da qualidade na Atenção à Saúde. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Avaliação de Serviços de Saúde; Estudos Transversais; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the attribute longitudinality in different models of assistance in Primary Health Care and observe its association with demographic, socioeconomic and health care characteristics. **Method:** a cross-sectional study, carried out in 2015 with 1076 adult users of primary care services in the 32 cities of the 4th Regional Health Care Core of Rio Grande do Sul State. The *Primary Care Assessment Tool* was used with definition of low (<6.6) or high (≥6.6) score for longitudinality. The association with independent variables was observed through the *Poisson* regression. **Results:** the attribute was better assessed in the Family Health Strategy and associate with age, housing health region and care model. **Conclusion:** the study points out the Family Health Strategy as a promoter of longitudinal care, and so, it suggests the expansion of this assistance model coverage for quality improvement in health care.

**Descriptors:** Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Health Services Evaluation; Cross-sectional Studies; Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el atributo longitudinalidad en los diferentes modelos asistenciales de la Atención Primaria a la Salud y verificar su asociación con las características demográficas, socioeconómicas y de contexto de Atención a la Salud. **Método:** estudio transversal, realizado en 2015 con 1076 usuarios adultos de los servicios de atención primaria en los 32 municipios de la 4ª Coordinadora Regional de Salud del Estado del Rio Grande do Sul. Se utilizó el *Primary Care Assessment Tool* con definición de bajo (<6,6) o alto puntuación (≥6,6) para longitudinalidad. La asociación con variables independientes fue comprobada por medio de la Regresión de *Poisson*. **Resultados:** el atributo fue mejor evaluado en la Estrategia de Salud de la Familia y asociado a la edad, la región de salud de vivienda y modelo de atención. **Conclusión:** el estudio destaca la Estrategia

de la Salud de la Familia como promotora del cuidado longitudinal, y así, se sugiere la ampliación de la cobertura de este modelo asistencial para la mejora de calidad en la Atención a la Salud.

**Descritores:** Atención Primaria a la Salud; Continuidad de la Asistencia al Paciente; Evaluación de los Servicios de Salud; Estudios Transversales; Enfermería.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Marciane Kessler E-mail: marciane.kessler@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a construção de um modelo assistencial na garantia de resultados positivos à saúde, com eficácia, eficiência e equidade<sup>(1)</sup>. Este nível de atenção definido por um conjunto de valores e princípios estruturantes do sistema de saúde tem como atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado<sup>(2)</sup>. De forma complementar, considera a Atenção à Saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos derivados<sup>(2)</sup>.

Os atributos da APS representam importantes indicadores de qualidade deste nível de atenção<sup>(3)</sup>, são reconhecidos por especialistas e difundidos no Brasil<sup>(4-6)</sup>. Neste contexto, destaca-se o atributo longitudinalidade, que se concretiza por meio da existência de uma fonte habitual de atenção e sua utilização ao longo do tempo, partindo da premissa de que a relação entre os usuários e profissionais deve refletir confiança interpessoal e um vínculo duradouro<sup>(2,6)</sup>.

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 com a diminuição de custos no setor da saúde<sup>(2,7)</sup>.

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<sup>(8)</sup>. 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<sup>(9)</sup> e o modelo assistencial curativo, como fatores que desfavorecem a longitudinalidade.

No cenário mundial, a APS foi adotada a partir de uma variedade de estratégias organizacionais e de modelos de atenção<sup>(1)</sup>. No Brasil, a expansão e a reorientação da APS ocorre especialmente a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>(10)</sup>, definida por um conjunto de ações e serviços que visam o reconhecimento das necessidades da população a partir do vínculo entre usuários e profissionais, priorizando as ações de promoção da saúde, de forma integral e continuada<sup>(9)</sup>. A ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional, a delimitação de área de abrangência, com adscrição e acompanhamento da população residente na área em que atua<sup>(10-11)</sup>.

No entanto, o país possui um histórico de oferta de serviços de saúde que inclui outros modelos assistenciais de APS, persistindo nos dias atuais o modelo tradicional mais voltado ao modelo biomédico, com uma equipe que inclui médicos especialistas; a demanda atendida é espontânea e sem adscrição de usuários<sup>(11)</sup>. Ainda, podem ser observados serviços de saúde com atuação de uma equipe de ESF e uma equipe do modelo tradicional ou profissionais especialistas, configurando um modelo de atenção misto.

Estudos têm apresentado resultados de desempenhos mais positivos dos serviços com a ESF em comparação com aqueles de atenção primária tradicional<sup>(12-13)</sup>. Outras pesquisas mostram a contribuição da expansão e consolidação da ESF para a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária e a melhoria da qualidade e desempenho da APS<sup>(14-15)</sup>. Da mesma forma, os modelos assistenciais influenciam a construção de vínculo entre usuários e profissionais e definem o cuidado longitudinal. Independente do modelo de atenção, é primordial ter as prerrogativas da Política Nacional da Atenção Básica<sup>(10)</sup> na organização da rede de cuidados em saúde, garantindo assim, o acompanhamento dos usuários, a continuidade e efetividade do cuidado.

Considerando a heterogeneidade dos modelos de atenção, torna-se oportuno avaliar o desempenho da longitudinalidade. Além disso, são escassos os estudos quantitativos que avaliam de forma isolada um atributo da APS e as variáveis associadas.

## OBJETIVO

Avaliar o atributo longitudinalidade nos diferentes modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde e verificar a sua associação com as características demográficas, socioeconômicas e de contexto de Atenção à Saúde.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

A pesquisa faz parte de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), seguindo os preceitos da Resolução nº 466/2012. Os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada na rede de APS dos 32 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, no período de fevereiro a junho de 2015. A rede de serviços de

APS era constituída por unidades de saúde com um modelo de atenção tradicional, com a ESF ou com modelo de atenção misto. No Brasil, a atenção primária e a atenção básica à saúde são consideradas como sendo termos equivalentes<sup>(10)</sup>.

A 4ª CRS/RS é composta por duas Regiões de Saúde denominadas Verdes Campos e Entre Rios. A primeira é constituída por 21 municípios e a sua sede se localizada em Santa Maria (RS). No ano do estudo, possuía 89 UBS com 52 ESF implantadas. A segunda região é composta por 11 municípios e tem sua sede localizada em Santiago (RS). No mesmo ano possuía 49 UBS com 32 ESF implantadas<sup>(16)</sup>. Assim, totalizaram 138 estabelecimentos de APS nestes 32 municípios, do qual 60,87% possuía uma equipe de ESF, coexistindo no mesmo espaço físico, em algumas, um serviço de modelo tradicional. A 4ª CRS/RS está localizada na região central do Estado sendo sua população estimada, em 2014, em 559.498 mil habitantes<sup>(17)</sup>.

### Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população estudada é constituída por adultos usuários da APS dos municípios da 4ªCRS. Assim, o tamanho da amostra foi definido com base nesta população (406.741), por meio do seguinte cálculo amostral:  $n = \frac{Z^2 \cdot a/2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 a/2 \cdot p \cdot q}$ , em que “n” é o tamanho da amostra; “Z<sup>2</sup> (a/2)” é igual a 1,96 (valor tabelado), “p” é igual a 0,5 (percentual estimado); “q” é igual a 0,5 (proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar (q = 1 – p)); “N” é o tamanho da população (406.741); “e” é igual a 0,03 (3%) (erro amostral); e “a” corresponde a 0,05 (nível de confiança). Assim, obteve-se uma amostra representativa (n = 1.065), sendo entrevistados 1.076 usuários.

A amostra foi proporcional a cada município. Os estabelecimentos de saúde foram selecionados de acordo com o tamanho da rede de atenção básica e das facilidades para descolamento dos entrevistadores. Os usuários foram selecionados por amostragem de conveniência, com a preocupação de localizar os usuários da APS nos 32 municípios, conforme o tamanho da amostra, bem como nos diferentes modelos de atenção localizados em cada município. Foram escolhidos os usuários que estavam nas dependências da unidade de saúde. Os critérios de elegibilidade dos indivíduos foram: ser usuário da unidade e ter idade ≥ 18 anos na data da entrevista. Foram excluídos usuários adultos em que fosse primeiro acesso junto aos serviços de APS e sem condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa.

### Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, sem relação com os serviços de saúde. Os dados foram coletados por meio de tablets, com o programa Epi Info versão 7,0. Foi utilizado o instrumento de pesquisa *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão adulto, validado no Brasil no período de 2006 e 2007<sup>(5)</sup>, aplicado em formato de entrevista.

O desfecho estudado foi a longitudinalidade (processo de atenção) nos serviços de APS (variável dependente) e o grau de afiliação (GA), considerado estrutural, foi utilizado para

avaliar o alcance do atributo. O escore longitudinalidade foi definido por meio da média aritmética dos 14 itens (perguntas) constantes no instrumento, sendo as respostas em escala *Likert*: “com certeza não” (valor=1), “provavelmente não” (valor=2), “provavelmente sim” (valor=3) e “com certeza sim” (valor=4). Quando a soma de respostas “não sei/não lembro” (valor=9) atingiu 50% ou mais do total de itens para avaliação da longitudinalidade o questionário foi excluído, caso contrário essas respostas foram consideradas como “provavelmente não”<sup>(4)</sup>. Neste processo teve-se perda de nove questionários, resultando numa amostra final de 1.067 usuários adultos.

O grau de afiliação foi definido com base na aplicação de três perguntas com respostas dicotômicas (sim e não): “Há um profissional ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?; Há um profissional ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?; Há um profissional ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?”. No caso de respostas positivas, era questionado o nome do serviço ou do profissional. As respostas referentes aos serviços especializados ou particulares foram consideradas como “não” para a APS. O escore do grau de afiliação foi definido a partir do seguinte algoritmo: “todas as respostas não para a APS” = GA 1; “uma, duas ou três respostas sim, porém relativas a diferentes serviços de APS” = GA 2; “duas respostas sim e iguais para a APS” = GA 3; “todas as respostas sim para a APS” = GA 4<sup>(4)</sup>.

A partir disso, o escore do grau de afiliação e da longitudinalidade foram transformados em uma escala quantitativa contínua de zero a 10, utilizando a fórmula a seguir:  $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$ . Os valores < 6,6 foram considerados escores baixos (insatisfatórios) e ≥ 6,6 escores altos (satisfatórios)<sup>(4)</sup>.

As variáveis demográficas, socioeconômicas e de contexto de saúde foram (variáveis independentes): sexo (masculino e feminino), faixa etária (18 a 38, 39 a 59 e 60 a 91 anos), escolaridade (≤ 8 anos e > 8 anos), cor/etnia autorreferida (branco e pardo/negro/amarelo/indígena), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), filhos (sim e não), renda (≤ dois salários e > dois salários), emprego formal (sim e não), plano de saúde privado (sim e não), transporte utilizado para chegar à unidade de saúde (a pé e bicicleta/carro/transporte coletivo/escolar/próprio), região de saúde (Verdes Campos e Entre Rios) e o modelo de APS (UBST, ESF e UBSM).

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 for Windows. A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro Wilk*. Foi realizada a análise de confiabilidade do instrumento PCATool por meio de  $\alpha$  de *Cronbach* considerando o valor ≥ 0,70 como sendo confiável.

As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas como medianas, médias e erro padrão (EP), com intervalo de confiança (IC) de 95%. Para as comparações de proporções, foi aplicado

o teste Qui-quadrado, quando necessário. Para a comparação dos escores médios do atributo, segundo o modelo assistencial, utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis* seguido pelo teste *Post Hoc Dunn* para identificar quais dos pares de grupos diferem, sendo "a" diferente de "b" e ambos diferentes de "c". Para todas as análises estatísticas, considerou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Para verificar as variáveis associadas ao alto escore, utilizou-se a regressão de *Poisson* com variância robusta, sendo estimadas as Razões de Prevalência (RP) e o seus respectivos Intervalos de Confiança (IC95%). Na análise bruta e ajustada foram incluídas as variáveis independentes associadas com o alto escore da longitudinalidade, com valor de  $p < 0,15$ .

## RESULTADOS

Em relação à caracterização, os participantes eram majoritariamente do sexo feminino (76,3%), da faixa etária de 18 a 38 anos de idade (45,8%), de cor branca (69,6%), com filhos (85,2%), com escolaridade de oito anos de estudo ou menos (57,5%), vivendo com companheiro (62,2%), sem emprego formal (73,0%), com renda de dois salários mínimos mensais ou menos (76,9%), e sem plano de saúde (74,1%). Em relação ao transporte utilizado para chegar aos serviços de APS, 59,6% relatou deslocar-se a pé. O maior percentual dos usuários entrevistados era da região de saúde Verdes Campos (76,9%), usuários da ESF (42,2%) e do modelo tradicional de saúde (41,9%).

Neste estudo, os usuários do modelo tradicional apresentaram o maior escore para o grau de afiliação com o serviço de saúde (8,81; IC95%:8,58-9,04). No entanto, em todos os modelos de APS, os usuários apresentaram alto escore com uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,005$ ) entre os três serviços (Tabela 2).

Em relação à longitudinalidade da APS, em que é avaliada a relação usuário e profissional, os usuários da ESF pontuaram um alto escore (6,9; IC95%: 6,7-7,1) e significativamente maior ( $p = < 0,001$ ) em relação aos demais modelos assistenciais que apresentaram baixo escore. Contudo, o escore no modelo tradicional é significativamente maior que no modelo de atenção misto, apesar de não atingir o ponto de corte (6,6). A avaliação da confiabilidade dos resultados do atributo pelo  $\alpha$  de *Cronbach* foi considerada adequada (0,818).

A Tabela 3 apresenta as variáveis do perfil dos participantes do estudo com a avaliação de alto e o baixo escore para a longitudinalidade. Em relação aos escores desse atributo, evidenciou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as prevalências obtidas entre as faixas etárias ( $p = < 0,001$ ), a escolaridade ( $p = < 0,001$ ), o tipo de emprego ( $p = 0,002$ ), a região de saúde ( $p = < 0,001$ ) e os modelos de Atenção à Saúde ( $p = < 0,001$ ).

Na Tabela 4, estão apresentadas as análises bruta e ajustada entre os escores da longitudinalidade da APS da 4ª CRS/RS, atribuídos pelos usuários adultos destes serviços.

A análise de regressão bruta mostrou que, ser idoso, ter oito anos de escolaridade ou menos, não ter emprego formal,

residir na região de saúde Entre Rios e ser usuário da ESF possui associação com o alto escore da longitudinalidade. Após ajustes, mostraram-se associadas ao alto escore: ter idade de 60 anos ou mais (RP = 1,060; IC95% = 1,014-1,108), morar na região de saúde Entre Rios (RP = 1,098; IC95% = 1,049-1,149) e ser usuário do modelo de atenção da ESF (RP = 1,107; IC95% = 1,061-1,155).

**Tabela 1** – Características demográficas e socioeconômicas dos usuários da Atenção Primária à Saúde dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N = 1067)

Variável	n (1067)	% (100,0)
Sexo		
Masculino	253	23,7
Feminino	814	76,3
Faixa Etária*		
18-38	485	45,8
39-59	401	37,9
60-91	173	16,3
Cor/etnia*		
Branco	740	69,6
Pardo/negro/amarelo/índigena	323	30,4
Filhos*		
Sim	907	85,2
Não	157	14,8
Escolaridade*		
≤ 8 anos	611	57,5
> 8 anos	452	42,5
Situação Conjugal*		
Com companheiro	661	62,2
Sem companheiro	402	37,8
Emprego Formal*		
Sim	286	27,0
Não	773	73,0
Renda*		
≤ dois salários	817	76,9
> dois salários	246	23,1
Plano de Saúde*		
Sim	275	25,9
Não	788	74,1
Transporte*		
A pé	633	59,6
Bicicleta/carro/ transporte coletivo/ escolar/próprio	430	40,4
Região de Saúde		
Verdes campos	820	76,9
Entre Rios	247	23,1
Modelo de atenção		
Tradicional	447	41,9
ESF**	450	42,2
Misto	170	15,9

Nota: \*Variáveis que não atingiram 100,0%; Variável Faixa Etária e Emprego Formal = 8 perdas; Variável Cor/etnia, Escolaridade, Situação Conjugal, Renda, Plano de saúde e Transporte = 4 perdas; Variável Filhos = 3 perdas. \*\*Estratégia Saúde da Família.

**Tabela 2 –** Comparação dos escores do grau de afiliação e da longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde entre os modelos de atenção, atribuídos pelos usuários, nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (N = 1067)

Modelo de atenção	Grau de Afiliação (0-10)					
	Escore padrão	Erro padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
Tradicional	8,8 <sup>a</sup>	8,6-9,0	10,0	0,0	10,0	0,005
ESF**	8,5 <sup>b</sup>	8,3-8,7	10,0	0,0	10,0	
Misto	8,4 <sup>c</sup>	8,0-8,7	10,0	0,0	10,0	

  

Modelo de atenção	Escore da longitudinalidade (0-10)					
	Escore padrão	Erro padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p*
Tradicional	6,1 <sup>b</sup>	5,9-6,2	6,2	0,5	10,0	<0,001
ESF**	6,9 <sup>a</sup>	6,7-7,1	7,1	0,7	10,0	
Misto	5,8 <sup>c</sup>	5,5-6,2	5,7	0,2	10,0	

Nota: \*Valor de p: Teste Kruskal-Wallis e Teste de Dunn (a, b, c) - Diferença estatisticamente significativa (p < 0,05). \*\*Estratégia Saúde da Família.

**Tabela 3 –** Distribuição do desfecho segundo características demográficas, socioeconômicas e de contexto de saúde nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015 (n = 1067)

Variáveis	Longitudinalidade				p*
	Baixo escore (< 6,6)		Alto escore (≥ 6,6)		
	n	%	n	%	
Sexo					0,695
Masculino	131	24,2	122	23,2	
Feminino	410	75,8	404	76,8	
Faixa Etária					<0,001
18-38	290	54,5	195	37,0	
39-59	176	33,1	225	42,7	
60-91	66	12,4	107	20,3	
Cor/etnia					0,490
Branco	379	70,6	361	68,6	
Pardo/negro/amarelo/indígena	158	29,4	165	31,4	
Filhos					0,425
Sim	454	84,4	453	86,1	
Não	84	15,6	73	13,9	
Escolaridade					<0,001
≤ 8 anos	274	51,0	337	64,1	
> 8 anos	263	49,0	189	35,9	
Situação Conjugal					0,370
Com companheiro	341	63,5	320	60,8	
Sem companheiro	196	36,5	206	39,2	

Tabela 3 (cont.)

Variáveis	Longitudinalidade				p*
	Baixo escore (< 6,6)		Alto escore (≥ 6,6)		
	n	%	n	%	
Emprego Formal					0,002
Sim	167	31,1	119	22,8	
Não	370	68,9	403	77,2	
Renda					0,101
≤ dois salários	403	74,8	414	79,0	
> dois salários	136	25,2	110	21,0	
Plano de Saúde					0,088
Sim	127	23,6	148	28,2	
Não	411	76,4	377	71,8	
Transporte					0,514
A pé	325	60,5	308	58,6	
Bicicleta/carro/transporte coletivo/escolar/próprio	212	39,5	218	41,4	
Região de Saúde					<0,001
Verdes campos	459	84,8	361	68,6	
Entre Rios	82	15,2	165	31,4	
Modelo de atenção					<0,001
Tradicional	265	49,2	182	34,5	
ESF**	175	32,1	275	52,4	
Misto	101	18,7	69	13,1	

Nota: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%); \*Valor de p: Teste Qui-quadrado. \*\*Estratégia Saúde da Família.

Continua

**Tabela 4** – Regressão bruta e ajustada para o alto escore da longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde, atribuído pelos usuários, dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Variáveis	Alto Escore da Longitudinalidade					p*
	RPb#	IC95%†	p*	RPaj‡	IC95%†	
Idade (anos)						
60 a 91	1,10	1,05 - 1,16	< 0,001	1,06	1,01 - 1,11	0,010
18 a 59	1,00			1,00		
Escolaridade						
≤ 8 anos	1,09	1,05 - 1,14	< 0,001	1,05	1,00 - 1,11	0,057
> 8 anos	1,00			1,00		
Emprego formal						
Não	1,07	1,03 - 1,13	0,003	1,04	0,99 - 1,09	1,128
Sim	1,00			1,00		
Renda						
≤ dois salários	1,04	0,99 - 1,09	1,040	1,01	0,96 - 1,06	0,854
> dois salários	1,00			1,00		
Plano de saúde						
Sim	1,04	1,00 - 1,09	0,084	1,04	0,99 - 1,09	0,091
Não	1,00			1,00		
Região de saúde						
Entre Rios	1,16	1,11 - 1,21	< 0,001	1,10	1,05 - 1,15	< 0,001
Verdes Campos	1,00			1,00		
Modelo de atenção						
ESF**	1,15	1,10 - 1,19	< 0,001	1,11	1,06 - 1,16	< 0,001
Tradicional/Misto	1,00			1,00		

Nota: \*Valor de p - Qui-quadrado para heterogeneidade; #RPb – Regressão de Poisson bruta; †IC 95% – Intervalo de confiança de 95%; ‡RPaj – Regressão de Poisson ajustada por: Faixa Etária, Escolaridade, Emprego Formal, Renda, Plano de Saúde, Região de Saúde e Unidade de Saúde; 1,00 - valor de referência. \*\*Estratégia Saúde da Família.

## DISCUSSÃO

Na avaliação do atributo longitudinalidade foi verificado que os usuários apresentam alto grau de afiliação aos serviços de APS, independente do modelo de atenção. As prevalências para alto escore da longitudinalidade foram maiores entre os usuários atendidos pela ESF e manteve associação estatisticamente significativa após ajuste para a idade dos entrevistados, a região de saúde e o modelo de atenção.

Na análise do perfil dos usuários destaca-se a vulnerabilidade socioeconômica que se expressa por meio da alta prevalência de baixa escolaridade, emprego informal e renda mensal de dois salários mínimos ou menos. Neste sentido, faz-se necessário uma APS efetiva que contribua com o acesso da população, especialmente aquelas com maior carência socioeconômica<sup>(3)</sup>. Neste estudo foi verificado um alto escore para o grau de afiliação, podendo este estar relacionado à melhoria do acesso aos serviços, à disponibilidade dos profissionais para auxiliar na resolução dos problemas de saúde e no fortalecimento da relação interpessoal com os usuários.

A avaliação satisfatória da longitudinalidade na ESF reforça que este modelo de atenção possibilita a construção de um

vínculo e relação interpessoal entre usuário e profissional ao longo do tempo. Este resultado não foi observado entre os usuários nos demais modelos de atenção (tradicional e misto). No entanto, o escore obtido pela ESF ainda é distante do escore máximo, reforçando a necessidade de investimento na formação, fixação de profissionais e educação continuada no âmbito dos municípios e serviços locais de saúde.

Os resultados deste estudo são semelhantes aos encontrados em pesquisas realizadas na APS com usuários adultos de um município de Minas Gerais (MG)<sup>(18)</sup> e com profissionais de saúde em Curitiba (PR)<sup>(13)</sup> e Santa Maria (RS)<sup>(19)</sup>, no qual a ESF apresentou um escore satisfatório para a longitudinalidade em relação aos demais modelos assistenciais de APS. Em pesquisa voltada às crianças e adolescente em São Paulo (SP)<sup>(20)</sup>, os usuários da ESF tiveram maior probabilidade de considerar a longitudinalidade como adequada em relação ao modelo tradicional. Outro estudo realizado na ESF de 11 municípios de Minas Gerais (MG)<sup>(21)</sup>, obteve resultados positivos para o atributo nas avaliações dos profissionais e dos usuários.

A ESF vem cumprindo o seu papel de aproximação com o usuário e família, e dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas e compreendê-las no seu contexto social, emocional e familiar<sup>(3)</sup>.

Já os serviços públicos tradicionais, frequentemente voltados às ações programáticas e pontuais de saúde, se restringem a uma assistência mais curativa, o que pode dificultar o estabelecimento de vínculo e cuidado longitudinal<sup>(22)</sup>. Neste sentido, era esperada a obtenção de um baixo escore para este atributo entre o modelo de atenção tradicional, mas não para o modelo misto. O modelo assistencial misto não possui um modelo de atenção definido, o que pode justificar este resultado e desta forma, não se recomenda que em um mesmo serviço de saúde atuem modelos de atenção divergentes.

Considerando o alcance do cuidado longitudinal pela ESF, os achados deste estudo reforçam a ampliação desta estratégia promissora. As diferenças estruturais existentes entre a ESF e os demais modelos de atenção, como a adscrição de usuários, a atuação em territórios delimitados, com profissionais generalistas e agentes comunitários de saúde, podem explicar a diferença de efetividade entre esses serviços de saúde. Assim, para a qualificação do modelo tradicional, a mudança necessária seria convertê-lo em ESF<sup>(23)</sup>.

A análise multivariada mostrou maior probabilidade de alto escore da longitudinalidade entre pessoas de 60 anos ou mais de idade, na região de saúde Entre Rios e entre usuários da ESF.

Usuários idosos tendem a constituir uma relação de maior vínculo com o profissional por serem mais acometidos por doenças crônicas que requerem acompanhamento, frequentando mais assiduamente a APS. E por se tratar de uma população vulnerável, são diferenciados os esforços empregados para a organização e prestação de serviços em busca do princípio da equidade<sup>(24)</sup>. A longitudinalidade obteve resultados positivos na avaliação da ESF na perspectiva do idoso em um estudo realizado em município da região de Natal (RN)<sup>(24)</sup> e em Porto Alegre (RS)<sup>(25)</sup>.

A associação do atributo com a idade dos entrevistados sugere que a atenção longitudinal deve ser ampliada à população com menos de 60 anos. Estes possivelmente enfrentam maiores dificuldades de acesso à APS, uma vez que o horário de trabalho frequentemente coincide com o horário de funcionamento destes serviços. Assim, faz-se necessário adequar o serviço e as ações de saúde às condições e necessidades da população local.

A diferença de escore da longitudinalidade entre a região de saúde Verdes Campos e Entre Rios é um achado inédito, uma vez que as duas regiões pertencem a mesma CRS. Vale ressaltar que a região Verdes Campos possui um município de grande porte, o que pode influenciar negativamente o escore da longitudinalidade da região, uma vez que grandes centros urbanos apresentam maiores dificuldades para reestruturação da atenção primária e reorganização do modelo assistencial<sup>(26)</sup>.

No entanto, a cobertura da ESF por região de saúde deve ser considerada. No ano da pesquisa, a região Verdes Campos possuía 435.021 mil habitantes e 52 unidades com o modelo assistencial da ESF, enquanto a Entre Rios contava com 124.477 mil habitantes e 32 unidades com ESF<sup>(16-17)</sup>. Neste cenário, considerando para cada ESF a quantidade máxima de população recomendada pelo Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>, a cobertura dessa estratégia era de 47,81% da população na região Verdes Campos e 100% na Entre Rios, o que pode ter favorecido a associação dessa região com o alto escore da longitudinalidade.

A maior probabilidade de alto escore da longitudinalidade entre usuários da ESF reforça os resultados anteriormente já discutidos sobre as diferenças de escore padrão do atributo entre os modelos de APS. Assim, a avaliação permanente da ESF deve ser incentivada, pois a sua implementação ainda está em processo de construção no país. Neste contexto, destaca-se o PCATool, um instrumento amplamente validado, que avalia o desempenho da APS em diferentes contextos, para identificar aspectos que necessitam de intervenções para a melhoria da qualidade<sup>(27)</sup>.

### Limitações do estudo

Este estudo possui algumas limitações, entre elas a seleção da amostra que ocorreu por julgamento de valor, sendo constituída pelos mais acessíveis; além disso, os usuários foram

entrevistados nas unidades de APS e estes podem ter emitido respostas mais positivas tendo em vista possíveis represálias nos serviços de saúde. Ressalta-se que o delineamento da pesquisa não permite realizar inferências causais dos achados, apenas associações entre as variáveis independentes e o desfecho. O estudo foi realizado em uma região do RS, portanto a generalização dos resultados para outras regiões do estado ou país é limitada.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados indicam a importância da avaliação da Atenção à Saúde, constituindo-se numa ferramenta que subsidia o processo de decisão e planejamento de políticas e ações<sup>(18)</sup>. O processo de avaliação da longitudinalidade, por meio dos usuários, instiga gestores e profissionais a repensar suas práticas de atenção e processo de trabalho, comprometendo-os com a melhoria do desempenho da APS nos municípios estudados. Neste contexto, destaca-se a relevância do papel do enfermeiro na construção do cuidado longitudinal, por meio da sua atuação junto aos usuários no acolhimento, na consulta de enfermagem, na visita ou na assistência domiciliar e no desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde.

### CONCLUSÃO

Neste estudo, os usuários da APS apresentam um alto grau de afiliação com o serviço em todos os modelos de atenção. Na avaliação da longitudinalidade, os usuários pontuam melhor desempenho do atributo nas ESF. Este modelo de atenção sugere melhores condições para a efetivação da longitudinalidade em relação ao modelo assistencial tradicional e misto, mesmo que, com escore ainda distante da nota máxima.

A presença de maiores prevalências para o alto escore da longitudinalidade na faixa etária de 60 anos ou mais, na região de saúde de moradia Entre Rios e entre usuário da ESF, evidencia que, expandir as ações de saúde direcionadas aos idosos para as demais faixas etárias da população e ampliar a cobertura da ESF podem ser estratégias para melhorar a longitudinalidade e qualificar a APS. Contudo, a expansão de ações de saúde deve considerar a realidade e as necessidades de cada população, promovendo o acesso aos serviços.

### FOMENTO

Bolsa de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

### REFERÊNCIAS

1. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica* (Cairo) [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 10];2012:1-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3820521/>
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

3. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];22(3):780-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en\\_v22n3a26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a26.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PACTool - Brasil. Brasília : Ministério da Saúde; 2010. 80 p.
5. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comun*[Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];8(29):274-84. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829/588>
6. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];21(5):1399-408. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en\\_1413-8123-csc-21-05-1399.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1399.pdf)
7. Kessler M, Eberhardt TD, Soares RSA, Signor E, Lima SBS, Weiller TH. Benefícios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. *Evidentia* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 23];13(53). Available from: <http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev10182e.php>
8. Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoin SMM. Factors interfering with the attribute longitudinality in the primary health care: an integrative review. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 23];17(4):1-11. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/31084/20659>
9. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];66(esp):158-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
11. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2006 [cited 2017 Jan 10];11(3):633-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>
12. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2006 [cited 2017 Jan 10];11(3):669-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>
13. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comun*[Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];8(29):294-303. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/828/587>
14. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 10];27(4):348-55. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/4/348.full.pdf+html>
15. Brasil VP, Dias da Costa JS. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];25(1):75-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00075.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família[Internet]. Rio Grande do Sul, 2015. [cited 2015 Jan 20]. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Cidades@. Rio Grande do Sul. População estimada 2014. [cited 2015 Jan 20]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
18. Oliveira e Silva CS, Fonseca ADG, Souza e Souza LP, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];19(11):4407-15. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>
19. Nascimento L, Paula CC, Magnago TSBS, Padoin SMM, Harzheim E, Silva CB. Quality of Primary Health Care for children and adolescents living with HIV. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];24:e2720. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02720.pdf>
20. Ferrer APS, Brentani AVM, Sucupira ACSL, Navega ACB, Cerqueira ES, Grisi SJFE. The effects of a people-centered model on longitudinally of care and utilization pattern of healthcare services: Brazilian evidence. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];29(sup2):107-13. Available from: [http://heapol.oxfordjournals.org/content/29/suppl\\_2/ii107.full.pdf+html](http://heapol.oxfordjournals.org/content/29/suppl_2/ii107.full.pdf+html)
21. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 10];23(5):979-87. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf)
22. Oliveira VBCA, Veríssimo MLÓR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 10];49(1):30-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49n1/0080-6234-reusp-49-01-0030.pdf>
23. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de

- saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 10];28(9):1772-84. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>
24. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJV. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];19(8):3521-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
  25. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comun*[Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];8(29):264-73. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826/586>
  26. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2017 Jan 10];24(sup 1):79-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/13.pdf>
  27. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 10];31(9):1941-52. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>
-