

## Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro

Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system

Elenice Machado da Cunha<sup>1</sup>  
Ligia Giovanella<sup>2</sup>

**Abstract** *Longitudinality, which is concerned with Primary Health Care (APS) professionals accompanying patients over time, is considered a central feature of this level of health care. The fulfillment of this attribute is related to positive health results, which justify its use for assessing Primary Health Care. On the other hand, the term is not commonly used by Brazilian authors, and in international literature the term "continuity of care" is used with a similar meaning. Therefore, this study is composed of a conceptual revision of longitudinality/continuity of care, as well as the identification of its dimensions so as to enable the actual performance of this attribute to be assessed. As a result, the similarity between the two terms is highlighted, although the identified dimensions of each attribute do not entirely coincide. The revision allowed three dimensions to be adopted in accordance with the context of the Brazilian public health care system: identification of the basic unit as a regular source of care, a long-lasting treatment bond and continuous information. The proposal of an APS evaluation variables presented herein is in line with these dimensions.*

**Key words** *Primary health care, Longitudinality/continuity of care, Assessment in primary care*

**Resumo** *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. O presente estudo consiste em revisão conceitual sobre a longitudinalidade/continuidade do cuidado, bem como a identificação de suas dimensões, de forma a favorecer a avaliação do atendimento ao referido atributo. Como resultado, destaca-se a semelhança entre os termos, embora as dimensões identificadas para o atributo não sejam totalmente coincidentes. A revisão permitiu a adoção de três dimensões em acordo com o contexto do sistema de saúde público brasileiro: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional. A proposta de variáveis para a avaliação da APS aqui apresentada vai ao encontro dessas dimensões.*

**Palavras-chave** *Atenção primária em saúde, Longitudinalidade/continuidade do cuidado, Avaliação na atenção primária*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz.  
Av. Brasil 4.365/318,  
Manguinhos. 21040-360  
Rio de Janeiro RJ.  
elenice@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup>Departamento de  
Administração e  
Planejamento em Saúde,  
Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca,  
Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

A atenção primária em saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovam que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços<sup>1-3</sup>.

Embora haja consenso com relação à importância da APS, o mesmo não ocorre no que diz respeito à sua definição. Além do mais, formas de organização e operacionalização deste nível assistencial são bastante diferenciadas nos diversos países<sup>4</sup>. Nesse sentido, Starfield<sup>5</sup> tem influenciado outros autores ao afirmar que a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Tais atributos tem sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS nos Estados Unidos e no Brasil<sup>6-10</sup>.

Dos atributos identificados por Starfield<sup>5</sup>, 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. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente<sup>11,12</sup>. 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<sup>11,13</sup>.

Em artigos relativos à APS, muitas vezes o termo “continuidade do cuidado” é utilizado com significado semelhante ao de longitudinalidade. Mas para Starfield<sup>5</sup>, esses dois termos possuem significados diferentes, uma vez que a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo.

Assim como Starfield<sup>5</sup>, Pastor-Sánchez *et al*<sup>14</sup> também diferenciam longitudinalidade de continuidade do cuidado. Entendem a longitudinali-

dade como o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, e a continuidade do cuidado como o acompanhamento por um mesmo médico ou não, de um problema específico do paciente. Ressaltam ainda que a continuidade não é um elemento característico da atenção primária, nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia.

No Brasil, as reformas que culminaram com a implantação do SUS buscaram fortalecer a APS e ampliar a sua cobertura. Todavia, embora dados comprovem o aumento progressivo da oferta de ações e serviços nesse nível de atenção, os resultados encontrados nem sempre são satisfatórios<sup>15,16</sup>.

Cumprida a etapa de aumento considerável da cobertura da APS, concentram-se os esforços para melhoria da sua qualidade. Neste sentido, algumas iniciativas de caráter governamental constituem-se em incentivos para a realização de avaliações internas e externas<sup>17</sup>. Mas, instrumentos que avaliem os processos utilizados para alcançar efetividade neste nível assistencial ainda são raros e pouco sensíveis.

Neste aspecto, métodos que avaliem o atendimento da “longitudinalidade” podem ser oportunos, posto que tal atributo está relacionado à efetividade na APS. Por outro lado, a palavra longitudinalidade não é usual na literatura nacional, tampouco há consenso quanto a sua definição e forma de medição. Sendo assim, este estudo consiste em revisão conceitual sobre a longitudinalidade na APS. Tem por objetivo a definição do termo, bem como a identificação das dimensões do atributo, de forma a favorecer a eleição de variáveis que sejam passíveis de medição. A expectativa é acrescentar elementos na discussão sobre monitoramento e avaliação da atenção primária no contexto brasileiro.

## Método

Para melhor definir o termo longitudinalidade e identificar suas dimensões, a opção foi por desenvolver revisão bibliográfica sobre a temática. A revisão teve início a partir de artigos e textos indicados por especialistas da área. Em seguida, deu-se a busca por outros artigos, tanto a partir das referências citadas pelos autores inicialmente consultados, quanto nos bancos de dados do MEDLINE, SciELO e LILACS. Para esta busca, realizada durante os meses de dezembro de 2006 e janeiro

de 2007, utilizou-se como descritores os termos “longitudinalidade” e “continuidade do cuidado”, vinculados ao termo “atenção primária”.

Para a seleção dos artigos, foram considerados os seguintes critérios: estudos ou análises críticas relativas à longitudinalidade e ou continuidade do cuidado na APS e a disponibilidade do artigo completo de forma gratuita. Foram excluídos trabalhos relacionados ao tratamento de patologias específicas e acompanhamento do paciente por outros profissionais não médicos.

Enfim, para a presente revisão, foram considerados dezessete artigos: quatro indicados e disponibilizados por especialistas previamente consultados; doze a partir de busca em banco de dados e um fornecido pelo autor (Quadro 1). Além destes textos, três obras dos autores citados como referência conceitual nos artigos revisados foram consultadas (Starfield<sup>5</sup>, McWinney<sup>18</sup> e Institute of Medicine<sup>19</sup>).

Os textos revisados foram organizados em três grupos. O primeiro contemplou os autores cujo foco é a definição dos termos e identificação das suas dimensões. Os pressupostos conceituais de Starfield servem de base para a discussão, dado que a obra desta autora encontra-se mais difundida entre os especialistas brasileiros que discutem a temática.

No segundo grupo, estão os autores que desenvolvem análise crítica com relação à temática no contexto das reformas setoriais, sem que necessariamente explicitem uma referência conceitual. No terceiro, estão os autores que utilizam metodologia específica a fim de mensurar a longitudinalidade e ou continuidade do cuidado e, conseqüentemente, explicitar seus benefícios (Quadro 2). A proposta de variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto brasileiro é contemplada na discussão dos resultados.

### Qual a definição de longitudinalidade?

Do conjunto da literatura investigada, podemos considerar que seis autores buscam definir a longitudinalidade e/ou continuidade do cuidado. Destes, Starfield<sup>5</sup>, McWinney<sup>18</sup> e Institute of Medicine<sup>19</sup> são publicações conceituais relativas à APS. Os outros são duas revisões sistemáticas (Saultz<sup>12</sup> e Haggerty *et al.*<sup>20</sup>) e uma análise crítica (Freeman e Hjortdahl<sup>21</sup>) (Quadro 1).

Desse primeiro grupo de autores, a revisão sistemática elaborada por Haggerty *et al.*<sup>20</sup> constitui-se em esforço de construção de consenso com relação ao termo “continuidade do cuidado”. Nesta

revisão, os autores definem continuidade na APS como *relação entre um médico e um paciente que se estende além de episódios específicos de doença. Esta relação é considerada reflexo de um senso de afiliação, frequentemente expresso em termos de contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade clínica por parte do médico*. Ressaltam ainda que a afiliação a uma fonte regular de cuidado é por vezes referida como continuidade interpessoal e que esta favorece a melhora da comunicação, confiança e senso de responsabilidade.

Outra contribuição do estudo de Haggerty *et al.*<sup>20</sup> é a identificação de três tipos de continuidade: informacional, gerencial e relacional. Continuidade informacional é o elemento que permite a conexão de informação entre diferentes provedores para a condução do cuidado. Tanto a informação relativa à condição clínica, quanto o conhecimento sobre as preferências, valores e contexto do paciente seriam importantes para assegurar o atendimento às necessidades do indivíduo. Continuidade gerencial é especialmente importante na doença clinicamente complexa ou crônica que necessita do envolvimento de vários provedores para a condução do cuidado. Quando existente, os serviços são ofertados de forma complementar e em tempo oportuno. Já a continuidade relacional diz respeito a uma progressiva relação terapêutica entre paciente e um ou mais provedores ao longo do tempo, que oferece a percepção de garantia do cuidado futuro.

A definição de Haggerty *et al.*<sup>20</sup>, por referir que a relação se estende por mais de um episódio de doença e afirmar o reconhecimento de uma fonte regular de cuidado, vai ao encontro do conceito de longitudinalidade para Starfield<sup>5</sup>. Corrobora a hipótese de que estes dois termos são utilizados por muitos autores com sentido semelhante. Por outro lado, essa revisão sistemática acrescenta elementos à discussão ao afirmar que o acesso aos serviços de saúde é um pré-requisito para a continuidade do cuidado e que a coordenação do cuidado é um agente facilitador.

A preocupação com a definição de continuidade do cuidado no âmbito da APS, e em especial pela continuidade interpessoal como uma de suas dimensões, levou Saultz<sup>12</sup> a investigar o tema utilizando como método a revisão sistemática. Esse autor, que cita como referência conceitual os postulados de McWinney<sup>18</sup>, encontrou como resultado a falta de consenso na definição do termo, mas identificou múltiplas dimensões do mesmo, a saber: informativa, cronológica ou longitudinal, interpessoal, geográfica, interdisciplinar e continuidade familiar.

Embora tenha destacado essas seis dimensões, Saultz<sup>12</sup> conclui que continuidade do cuidado engloba uma hierarquia de apenas três: informacional, longitudinal e interpessoal. A base hierárquica para a definição do termo seria a con-

tinuidade informacional, descrita como “coleção organizada de informação médica e social sobre cada paciente, disponibilizada para todos os profissionais de saúde que cuidam do mesmo”. Mas, como o conhecimento sobre o paciente não seria

**Quadro 1.** Artigos revisados segundo termo utilizado, interpretação do termo e referência conceitual.

<b>Autor</b>	<b>Termo</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Referência conceitual</b>
Haggerty <i>et al.</i> (2003)	Continuity of care	Relação médico-paciente que se estende para além de episódios específicos. Dimensões: informacional, gerencial e relacional.	
Saultz (2003)	Continuity of care (Interpersonal continuity)	Relação longitudinal entre pacientes e aqueles que cuidam deles. Transcende múltiplos episódios de doença e inclui responsabilidade por prevenção e coordenação do cuidado. Envolve confiança e responsabilidade. Dimensões: informacional, longitudinal, interpessoal.	McWinney (1997)
Freeman e Hjortdahl (1997)	Continuity of care	Cuidado com o mesmo provedor ao longo do tempo para mais do que um episódio de doença. Duas interfaces: continuidade longitudinal (médico) e continuidade pessoal (médico e equipe).	Freeman (1985)
Guthrie e Wyke (2000)	Continuity of care, personal continuity	Relação médico-paciente assegurando cuidados que levam em conta o contexto pessoal e social do paciente (personal continuity).	General Practitioners Committee (2000) Freeman e Hjortdahl (1997)
WHO (1992)	Continuity of care	Relação contínua entre um usuário e um provedor individual, uma equipe ou ainda uma rede de serviços.	
Ortún e Gervas (1995)	Longitudinalidad	Prestação de cuidado ao longo do tempo, por médico de APS, para distintos problemas de saúde.	
Gervas (2005)	Longitudinalidad	Prestação de cuidado ao longo do tempo, por médico de APS, para distintos problemas de saúde.	
Christakis (2003)	Continuity of care	Relação médico-paciente. Médico regular necessário para o estabelecimento de confiança.	Institute of Medicine – (1994)
Roberge <i>et al.</i> (2001)	Longitudinality	Relação consistente entre paciente e médico ao longo do tempo – reconhecimento da fonte regular de cuidado para necessidades de saúde.	Freeman e Hjortdahl (1997)
Maeseneer <i>et al.</i> (2003)	Continuity in family medicine - longitudinality	Relação pessoal entre médico e paciente ao longo do tempo.	Starfield (1998)
Nutting <i>et al.</i> (2003)	Continuity of care	Relação médico-paciente ao longo do tempo.	Institute of Medicine (1994) - McWinney (1981)
Fan <i>et al.</i> (2005)	Continuity of care	Relação entre médico e paciente, caracterizado por confiança e senso de responsabilidade.	Saultz (2003)
Sánchez <i>et al.</i> (1997)	Longitudinalidad	Acompanhamento dos distintos problemas de saúde de um paciente por um mesmo médico.	Starfield (1992 e 1994)
Gill e Mainous (1998)	Continuity of care	Acompanhamento pelo mesmo provedor ao longo do tempo.	Starfield (1992)
Saultz e Albedaiwi (2004)	Interpersonal continuity of care	Relação duradoura entre médico e paciente caracterizada por confiança e responsabilidade.	Saultz (2003)
Cabana e Jee (2004)	Sustained continuity of care	Cuidado ao longo do tempo por um único médico ou equipe de saúde e uma comunicação adequada e efetiva da informação em saúde.	Starfield (1980)
Mainous <i>et al.</i> (2001)	Continuity of care	Relação ao longo do tempo entre médico e paciente.	Starfield (1992)

suficiente para assegurar a continuidade do cuidado com um provedor, no segundo nível da hierarquia estaria a continuidade longitudinal - que diz respeito ao estabelecimento de uma unidade de saúde onde o paciente deve receber a maioria dos cuidados de saúde, de forma que o mesmo sintá-se familiarizado com o ambiente e o identifique como referência ao longo do tempo. A equipe de saúde, por sua vez, assumiria a responsabilidade de coordenação do cuidado, incluindo serviços preventivos.

Em escala progressiva, viria à continuidade interpessoal, descrita como uma relação médico-paciente, na qual o paciente conhece e confia no médico e o tem como referência básica para a

atenção à saúde. O médico, por sua vez, se responsabiliza pela continuidade dos cuidados ao longo do tempo. Para Saultz<sup>12</sup>, o elemento essencial da atenção primária é a continuidade interpessoal, cuja ocorrência depende da presença da continuidade informacional e da continuidade longitudinal.

Duas das três dimensões da continuidade citadas por Haggerty *et al*<sup>20</sup>, a saber, continuidade informacional e continuidade relacional, se aproximam das dimensões identificadas por Saultz<sup>12</sup>, denominadas respectivamente continuidade informacional e continuidade interpessoal. Quanto à “continuidade gerencial” citada por Haggerty *et al*<sup>20</sup>, cujo significado encontra-se mais pró-

**Quadro 2.** Artigos revisados segundo autores, tipo de estudo e principais resultados.

<b>Autor</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Resultados</b>
Guthrie e Wyke (2000)	Análise crítica	A suposta contradição entre a premência da modernização da clínica e a continuidade pessoal seria falsa.
WHO (1992)	Grupo de trabalho	Relevância da equipe, necessidade de articulação dos provedores, redução do sobreuso.
Gérvas (2005)	Análise crítica	Longitudinalidade permite corrigir falsos negativos.
Ortún e Gérvas (1995)	Análise crítica	Longitudinalidade confere eficiência à APS.
Christakis (2003)	Análise crítica	Interpretação dos autores quanto à natureza da continuidade do cuidado, se é processo ou resultado, interfere nos achados dos estudos.
Roberge <i>et al</i> (2001)	Técnica de grupos focais (médicos e pacientes)	Congruência de percepções. Disponibilidade de tempo e divisão de responsabilidades faz com que médicos defendam a relação terapêutica com a equipe de APS.
Maeseneer <i>et al</i> (2003)	Estudo de coorte (2 anos)	A utilização de uma fonte regular de cuidados de APS leva a menores gastos em saúde.
Nutting <i>et al</i> (2003)	Estudo transversal	Pacientes vulneráveis valorizam mais a continuidade do cuidado. Tal fato pode interferir nos achados dos estudos.
Pasto-Sánchez <i>et al</i> (1997)	Estudo descritivo (questionário com médicos)	O grau de longitudinalidade e de continuidade averiguado a partir da presença de listas de paciente e do grau de conhecimento sobre o histórico do paciente nos países investigados são diferenciados.
Mainous <i>et al</i> (2001)	Estudo transversal (inquérito com pacientes)	A continuidade com o mesmo médico, ao longo do tempo, está relacionada com o aumento da confiança no médico.
Fan <i>et al</i> (2005)	Estudo transversal (inquérito com pacientes e base de dados)	Continuidade do cuidado está relacionada com maior satisfação do paciente.
Gill e Mainous (1998)	Estudo longitudinal com beneficiários do Medicaid (2 anos)	A continuidade do cuidado está relacionada com menores taxas de internação por condições crônicas sensíveis ao tratamento ambulatorial.
Saultz e Albedaiwi (2004)	Revisão sistemática	Falta consenso na definição e nas formas de medição da continuidade interpessoal. Mas pode-se afirmar que a Continuidade interpessoal está relacionada com maior satisfação do paciente.
Cabana e Jee (2004)	Revisão sistemática	A longitudinalidade está relacionada com redução da taxa de internação e de atendimentos de emergência, maior adesão aos cuidados preventivos e melhor comunicação.

ximo do atributo da “coordenação” referido por Starfield<sup>5</sup>, não é contemplada por Saultz. Já o termo continuidade longitudinal utilizado por Saultz, cujo significado diz respeito à identificação de uma unidade de saúde como fonte regular de cuidados, é considerado por Haggerty *et al* como pré-requisito para a continuidade do cuidado, mas não como dimensão do atributo.

Vale ressaltar que, embora Starfield não explicita dimensões para o atributo em questão, esta autora cita a identificação da fonte regular de cuidados e o vínculo longitudinal como fatores inerentes à longitudinalidade. Já a continuidade informacional é tratada por esta autora no âmbito do atributo da coordenação do cuidado. MacWinney utiliza o termo “continuidade do cuidado” e identifica cinco dimensões para o mesmo: informacional, cronológica, geográfica interdisciplinar e interpessoal; e o Institute of Medicine, que também utiliza o termo “continuidade do cuidado”, não cita dimensões.

Freeman e Hjortdahl<sup>18</sup> são citados por outros autores como referência conceitual, mas discutem a temática no âmbito das reformas organizacionais e gerenciais da APS. Esses autores confrontam os termos continuidade longitudinal e continuidade pessoal como duas interfaces da continuidade do cuidado. Uma relação terapêutica mais duradoura com um único médico generalista caracterizaria a continuidade longitudinal. Já na continuidade pessoal haveria a relação duradoura com um generalista, mas também poderia haver uma equipe de atenção primária que dividisse responsabilidades.

Ao confrontar essas duas interfaces da continuidade do cuidado, os autores explicitam vantagens e desvantagens da continuidade longitudinal. Dentre as desvantagens, destacam o fato desse tipo de continuidade exigir mais disponibilidade e compromisso por parte do profissional médico. Além do mais, alegam que a existência de uma relação duradoura não significa necessariamente que ela seja boa.

Outra afirmativa é que a relação duradoura com um único médico poderia interferir no senso de observação dos pacientes e torná-los menos críticos com relação à avaliação dos cuidados recebidos. Por outro lado, esta relação favoreceria o retorno, para o profissional, da eficácia do diagnóstico e do tratamento. Frente a essas questões, a alegação é que a continuidade longitudinal não seria imprescindível, mas a continuidade pessoal, sim. Mas, em todo caso, para o estabelecimento da continuidade pessoal, seria necessário um certo grau de continuidade longitudinal.

A partir dos artigos já discutidos, verifica-se que o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante ao de longitudinalidade definido por Starfield. A concordância diz respeito, principalmente, ao estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre paciente e profissionais de saúde da equipe APS. Por outro lado, observa-se diversidade de nomenclatura e discordância na identificação das dimensões do atributo.

### **A longitudinalidade no contexto das reformas do setor saúde**

Como dito anteriormente, a longitudinalidade tem sido identificada enquanto questão polêmica no âmbito das reformas que implicam reorganização da oferta de serviços. Neste aspecto, Guthrie e Wyke<sup>22</sup>, assim como Freeman e Hjortdahl<sup>21</sup>, também discutiram a temática no processo de reforma da atenção primária, mas no contexto do Reino Unido.

A princípio, Guthrie e Wyke<sup>22</sup>, que compreendem a continuidade como o estabelecimento de contato com o mesmo médico ao longo do tempo, distinguem continuidade pessoal - descrita como uma progressiva relação médico-paciente que assegura cuidados que levam em conta o contexto pessoal e social do paciente -, de continuidade do cuidado, que estaria relacionada com a prática moderna da atenção primária, em que haveria a renúncia de uma atenção mais personalizada e duradoura em prol do atendimento por equipes maiores, que assegurassem a continuidade a partir da utilização de *guidelines* registros eletrônicos.

Mas a suposta polêmica entre esses dois tipos de continuidade em nome da eficiência seria falsa, dada as evidências de que a continuidade pessoal traria vantagens, como a diminuição das internações e da utilização de serviços de emergência, e maior satisfação do paciente. Logo, não haveria necessidade de escolher entre a suposta “medicina moderna” e a continuidade pessoal; ambas seriam compatíveis. No entanto, os médicos precisariam ter mais clareza deste fato de modo a reivindicar a continuidade pessoal no âmbito das reformas do setor saúde. Estes autores não utilizam os termos longitudinalidade ou continuidade longitudinal.

O texto da Organização Mundial de Saúde sobre continuidade do cuidado, publicado em 1992<sup>23</sup>, também tem como fonte motivadora as mudanças nos sistemas de atenção primária e o risco de tais reformas interferirem negativamente

te nos resultados da atenção. Este texto não refere o termo longitudinalidade e a interpretação para continuidade do cuidado é mais operacional do que conceitual, pois define o termo simplesmente como a relação contínua entre o usuário e o provedor de atenção primária. Os benefícios apontados como relacionados à continuidade do cuidado são maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhora na relação entre usuários e provedores de serviços; promoção de um papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte do usuário; redução do sobreuso dos serviços de saúde e ainda provável redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários.

A continuidade do cuidado também aumentaria a satisfação do usuário com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho. A única desvantagem apontada no texto diz respeito à dificuldade em identificar serviços de qualidade duvidosa, particularmente nos sistemas que não permitem a livre escolha de provedor por parte do usuário<sup>23</sup>. Neste aspecto, vale lembrar que o modelo de atenção primária que vem sendo implementado no Brasil, com adscrição da população à uma equipe de Saúde da Família, de certa forma, restringe o direito de escolha do usuário com relação à eleição da fonte regular de cuidados.

As análises críticas de Ortún e Gérvas<sup>13</sup> e de Gérvas<sup>11</sup>, já contempladas no início do texto, discutem as vantagens da utilização de um médico generalista como fonte regular de cuidados e de sua função de “filtro” para o acesso à atenção especializada, o que estaria relacionado à eficiência na APS. Já Christakis<sup>24</sup> discute que a interpretação da continuidade do cuidado nos estudos, ora como processo, ora como resultado da atenção, pode influenciar métodos e achados. Defende que este atributo deve ser considerado como um resultado. Logo, os estudos deveriam estar direcionados para a melhor forma de alcançar o referido atributo na APS. Por outro lado, reconhece que há questões ainda não respondidas, como a legitimidade de impor a continuidade com uma fonte usual de cuidado para aqueles que não a valorizam. Esse autor, que tem como referência teórica o Institute of Medicine<sup>19</sup>, reconhece a importância da relação médico-paciente para que haja continuidade do cuidado.

O estudo de Roberge *et al.*<sup>25</sup> não se constitui em referência conceitual de longitudinalidade e nem almeja identificar suas dimensões; logo, não se encontra entre o primeiro grupo de autores, mas se destaca por buscar a compreensão dos

fatores que influenciam a utilização de um determinado estabelecimento de saúde como fonte regular de cuidados ao longo do tempo. Para alcançar tal objetivo, os autores utilizaram a técnica de grupos focais com médicos e pacientes, explicitando e comparando suas percepções com relação à temática.

Ao tratarem da fidelidade com a fonte de cuidados, Roberge *et al.*<sup>25</sup> utilizaram o termo longitudinalidade e o definiram como “relação consistente entre paciente e médico que se traduz em reconhecimento e utilização de uma fonte regular de cuidado ao longo do tempo”. O recurso metodológico permitiu identificar quais fatores estão relacionados com essa fidelidade e, conseqüentemente, com a longitudinalidade.

Os achados desses autores demonstram certa congruência das percepções de médicos e de pacientes com relação aos papéis a serem desempenhados pelos mesmos na manutenção da fidelidade do paciente com a fonte regular de cuidado. Ambos apontaram os seguintes fatores como determinantes: confiança do paciente no médico, disponibilidade e lealdade do médico, e boa comunicação – na qual o paciente busca relatar corretamente seus sintomas e seu tratamento e estar aberto às recomendações. Outra visão congruente é que o médico deve ser eficaz, coordenar o cuidado e assegurar o tratamento.

Os grupos de pacientes também apontaram a necessidade do médico estar atualizado com relação às novas descobertas e respeitar a opinião do paciente. Com relação ao estabelecimento de vínculo longitudinal, questões como necessidade de maior disponibilidade e excessiva responsabilidade apareceram como justificativa para a defesa, por parte dos médicos, da relação terapêutica com a equipe, enquanto que a preferência dos pacientes é a relação pessoal com o médico.

### **Como mensurar a longitudinalidade e seus benefícios**

O problema da falta de uniformidade na definição de continuidade do cuidado implica a dificuldade em generalizar resultados. Além do mais, a forma de percepção da temática interfere no tipo de pesquisa, nas formas de coleta de dados e ainda nos resultados do estudo<sup>24</sup>. Nos artigos revisados que buscaram mensurar a continuidade do cuidado (Quadro 2), também foi verificada diversidade na interpretação do termo e, conseqüentemente, das unidades de análise. No en-

tanto, a maioria dos estudos indicou associação entre continuidade do cuidado e resultados positivos, como diminuição da taxa de internações e maior satisfação do paciente, constatados nos estudos analisados a seguir.

Para investigar a relação entre custos e continuidade do cuidado, De Maeseneer *et al.*<sup>26</sup> utilizaram como recurso metodológico um estudo de coorte por um período de dois anos. Compararam dois grupos de beneficiários de duas companhias de seguro. Um grupo tinha um generalista como fonte regular de cuidado na atenção primária e o outro, não.

Tendo Starfield como referência conceitual, esses autores interpretaram o termo como relação pessoal entre médico e paciente ao longo do tempo. Como resultado, após ajustes por fatores sociodemográficos, econômicos e presença de comorbidade, esses autores encontraram forte associação entre continuidade do cuidado com médico de família e menores gastos em saúde. Ou seja, os resultados do estudo indicaram que a longitudinalidade estava associada com a eficiência na APS.

Partindo do pressuposto que a valorização da continuidade do cuidado pode influenciar na satisfação do paciente com relação à atenção recebida, Nutting *et al.*<sup>27</sup> investigaram tal associação em um estudo transversal. Os autores definiram a continuidade do cuidado como um aspecto fundamental da atenção primária e a relacionaram com a identificação de um médico generalista como fonte regular de cuidados. As referências conceituais foram o Institute of Medicine<sup>19</sup> e McWhinney<sup>18</sup>.

No esforço para medir o alcance desse atributo, os autores privilegiaram tópicos relativos ao conhecimento médico sobre o paciente, a coordenação do cuidado e a comunicação interpessoal, além do grau de valorização da continuidade do cuidado pelos pacientes, pressupondo que tal valorização exerce influência na avaliação desse atributo por parte do paciente. Os dados foram coletados a partir de observação direta e inquérito com pacientes. Dados sociodemográficos e do estado de saúde percebido pelo paciente serviram de base para a análise.

Os resultados do estudo de Nutting *et al.*<sup>27</sup> indicaram que mulheres, idosos, grupos com menor nível de escolaridade, portadores de condições crônicas, segurados do Medicare e Medicaid e a percepção de pior estado de saúde estavam associados com a valorização da continuidade do cuidado. A conclusão desse estudo é sugestiva de que a continuidade do cuidado deve

ser assegurada principalmente para grupos de pacientes crônicos, portadores de patologias complexas, idosos e população de baixa renda e que talvez pessoas jovens e saudáveis não tenham tanto interesse em manter um vínculo com uma fonte regular de cuidados.

Objetivando medir a longitudinalidade e a continuidade em quatro países europeus, a saber, Espanha, Portugal, Finlândia e Suécia, Pastor-Sánchez *et al.*<sup>14</sup> realizaram estudo descritivo comparativo, tendo por base questionários enviados a médicos generalistas que atuavam há mais de cinco anos na mesma unidade nos países escolhidos para o estudo. Como dito anteriormente, longitudinalidade para estes autores, cuja referência conceitual é Starfield, significa “acompanhamento dos distintos problemas de saúde de um paciente por um mesmo médico ao longo do tempo”. A observação é que só registraram o ponto de vista do médico, desconsiderando a opinião do usuário.

Com relação aos resultados, os autores constataram que os países investigados apresentavam diferentes graus de longitudinalidade e de continuidade; Portugal obteve o melhor desempenho e Finlândia, o pior, por não dispor de lista de pacientes e pelo menor nível de conhecimento por parte do profissional a respeito dos problemas do paciente.

Mainous *et al.*<sup>28</sup>, tendo Starfield como referência teórica, investigaram a relação entre confiança no profissional médico quando a fonte regular de cuidados era um único médico e quando essa fonte era um serviço de APS. Para tal, conduziram inquérito com amostra aleatória de pacientes no Reino Unido e nos Estados Unidos. Como resultado, destacaram que o acompanhamento por um mesmo médico ao longo do tempo está associado com aumento da confiança neste médico, mas não necessariamente em uma relação de causa e efeito. Em todo caso, a continuidade seria um nutriente para a confiança. Logo, deveria ser encorajada, inclusive com incentivos financeiros.

Para investigar a relação entre a continuidade do cuidado e a satisfação do paciente, Fan *et al.*<sup>29</sup> realizaram estudo transversal, utilizando como fontes de informação inquérito com pacientes atendidos em clínicas de atenção primária e registros administrativos desses serviços. As questões versavam sobre a satisfação com o atendimento e com outros aspectos do serviço oferecido. Tendo por referência os postulados de Saultz<sup>12</sup>, estes autores definiram continuidade do cuidado como “relação entre médico e paciente

caracterizada por confiança e senso de responsabilidade”. Os resultados, após ajustes por características dos pacientes (sociodemográficas e de estado de saúde) e dos provedores, também apontaram relação positiva.

Apesar da falta de uniformidade conceitual, todos os estudos já mencionados apresentam resultados que demonstram a relevância da longitudinalidade e/ou da continuidade do cuidado, independente das dimensões e variáveis utilizadas nas análises. A fim de corroborar os resultados positivos deste atributo, vale citar o estudo de Gill e Mainous<sup>30</sup> e também duas revisões sistemáticas, uma de autoria de Saultz e Albredaiwi<sup>31</sup>, que focaliza a relação da oferta de longitudinalidade com a satisfação do paciente, e a outra, de Cabana e Jee<sup>32</sup>, que destaca a relação do referido atributo com a qualidade do cuidado (Quadro 2).

Gill e Mainous<sup>30</sup> investigaram a associação entre continuidade do cuidado e episódios de internação a partir de um estudo longitudinal que considerou um período de dois anos. Este estudo envolveu cerca de 13.000 beneficiários do Medicaid. Embora esses autores não tenham utilizado o termo longitudinalidade, interpretaram “continuidade” como acompanhamento por um mesmo provedor ao longo do tempo, tendo Starfield como referência conceitual.

Gill e Mainous<sup>30</sup> encontraram associação positiva entre continuidade com o mesmo provedor e menores taxas de internação para condições crônicas sensíveis ao tratamento ambulatorial. Mas para as condições agudas passíveis de tratamento ambulatorial, estes autores não encontraram associação positiva significativa.

A revisão sistemática realizada por Saultz e Albredaiwi<sup>31</sup> contemplou trinta artigos originais que investigaram a relação entre satisfação do paciente e continuidade interpessoal. A base conceitual para o termo foi a revisão sistemática de Saultz<sup>12</sup>, realizada em 2003 e já mencionada anteriormente (Quadro 1). O propósito da análise foi determinar a qualidade da evidência da satisfação do paciente, tendo por base os métodos utilizados nos estudos. Como conclusão, estes autores apontam que a pesquisa sobre continuidade permanece limitada por diferentes definições e técnicas de medida, mas com evidências de que a continuidade interpessoal é importante para pacientes e médicos. Na opinião dos autores, tais evidências seriam suficientes para que a longitudinalidade na atenção primária fosse levada em consideração nas reformas de sistemas de saúde.

Com objetivo de investigar o efeito da continuidade na qualidade do cuidado, Cabana e Jee<sup>32</sup>

conduziram revisão sistemática contemplando dezoito artigos, dos quais doze eram estudos transversais, cinco estudos de coorte e um ensaio randomizado. Ressalta-se que o estudo de Gill e Mainous<sup>30</sup> é um dos estudos de coorte contemplados nesta revisão.

O termo utilizado foi “continuidade sustentada do cuidado”, tendo por referência os postulados de Starfield. Quanto aos critérios de seleção dos artigos, foram excluídos estudos que envolviam hospitalização anterior ou posterior, que não tinham um período padronizado para a medição e que a medida para o estudo era obtida por questões que não estivessem de acordo com o conceito de longitudinalidade assumido pelos autores da revisão. Cabana e Jee<sup>32</sup> encontraram forte associação entre a longitudinalidade e benefícios relacionados à situação de saúde dos pacientes. Dentre os resultados, destacaram a diminuição da taxa de internação e do atendimento de emergência, melhor receptividade dos cuidados preventivos e melhor comunicação.

## Discussão

### Considerações teóricas para o estudo da longitudinalidade

No presente estudo, a partir da bibliografia revisada, constata-se que três autores são citados como referência conceitual para o atributo em questão, a saber, Institute of Medicine da Academia Nacional de Ciências de Washington<sup>19</sup> (autor de natureza institucional, definido a partir de painel de especialistas); Ian R. McWhinney<sup>17</sup> e B. Starfield<sup>5</sup>. Estes autores apresentam duas percepções nucleares, que dizem respeito à semelhança entre os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado.

Para os dois primeiros autores, Institute of Medicine<sup>19</sup> e McWhinney<sup>18</sup>, os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado seriam similares; já para Starfield<sup>5</sup>, haveria diferenças conceituais. Um outro grupo de autores (Saultz<sup>12</sup>, Haggerty *et al.*<sup>20</sup> e Freeman e Hjortdahl<sup>21</sup>) acrescenta elementos à definição dos termos utilizados pelos autores do primeiro conjunto.

Em termos operacionais, todavia, na literatura especializada internacional, o termo continuidade do cuidado tem sido utilizado com sentido semelhante, mas não idêntico, ao de longitudinalidade. Ou seja, a maioria dos autores, ao conduzir seus estudos utilizando o termo continuidade do cuidado, considera o significado do atributo

da longitudinalidade empregado por Starfield<sup>5</sup>, principalmente no que diz respeito à identificação e utilização de uma fonte regular de cuidado de atenção primária, o que pressupõe a existência de vínculo longitudinal. No entanto, outros aspectos do atributo, como as características da relação entre profissional e paciente, não são consenso.

Na literatura especializada brasileira, a palavra “longitudinalidade” não é usual. Em trabalhos avaliativos que fazem referência à Starfield, as palavras vínculo e continuidade têm sido utilizadas em vez de longitudinalidade. Mas tais opções podem restringir o significado do atributo à existência de uma relação entre usuário e profissionais de atenção primária, sem a preocupação com as outras possíveis dimensões do atributo. Nesse sentido, a proposta aqui apresentada é que, na literatura referente à APS no Brasil, façamos a opção pela utilização do termo vínculo longitudinal, definindo-o como “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”. Para compor tal definição, seria necessário assumir algumas das dimensões identificadas pelos autores aqui revisados. Tais dimensões são apresentadas e discutidas a seguir.

Resalta-se que a opção pela utilização do referido termo e sua respectiva definição está em acordo com o contexto da APS no Brasil, cuja tradição é de divisão de responsabilidades com uma equipe, embora o profissional médico seja imprescindível. O vínculo com profissionais da equipe em vez do vínculo com um único médico traz como uma das vantagens maior possibilidade de atender ao atributo da integralidade<sup>5</sup>.

#### **As dimensões do atributo da longitudinalidade/vínculo longitudinal**

A partir dos estudos aqui revisados, podemos concluir que três elementos são imprescindíveis na composição do referido atributo: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional. Logo, tais elementos podem ser identificados como dimensões do atributo em questão. A discussão a seguir busca contextualizar, de forma sucinta, cada um desses elementos no âmbito da atenção primária na atual configuração do sistema público de saúde brasileiro.

#### **Fonte regular de cuidados de atenção primária**

A identificação de uma fonte regular de cuidados pressupõe que a população deve reconhecer a unidade básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde<sup>5</sup>. Tal identificação por parte da população depende em primeiro plano da oferta e disponibilidade dessa fonte, que deve estar em consonância, em termos qualitativos e quantitativos, com as necessidades de saúde da população local.

Nesse sentido, pode-se afirmar que os incentivos governamentais para a implantação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), sem dúvida, promoveram ampliação da oferta de atenção primária na maioria dos municípios brasileiros. Torna-se pertinente, no entanto, investigar se existe por parte da população adscrita o real reconhecimento das unidades de PSF como fonte regular de cuidados ou se a utilização da unidade é simplesmente pela restrição de opções, o que poderia implicar a não adesão às recomendações terapêuticas, e ainda a busca de serviços de emergência para tratamento de agravos passíveis de intervenção pela equipe de APS.

#### **Estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal)**

O vínculo duradouro, segundo a literatura revisada, é sinônimo de uma relação terapêutica ao longo do tempo<sup>20</sup>, ou ainda, de relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade<sup>12</sup>. No contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica<sup>33</sup> explicita o vínculo entre as equipes de atenção primária e a população adscrita como um dos princípios deste nível de atenção.

Em todo caso, vínculo pressupõe em primeiro plano uma boa relação médico-paciente (no caso do PSF, profissionais de saúde-paciente). Esta relação, por sua vez, remete ao campo da bioética, pois envolve questões como poder e dependência entre sujeitos com diferentes níveis de informação, além de práticas que podem levar a danos. Nesse aspecto, vale lembrar que, para Caprara e Rodrigues<sup>34</sup>, uma boa relação médico-paciente envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo.

Segundo esses autores, o modelo biomédico, por ser centrado na doença e privilegiar a tecnologia, diminuiu o interesse pela experiência do paciente e por sua subjetividade. Sendo assim, neste modelo, o paciente não é percebido em sua integralidade. Suas queixas psicossociais, quan-

do ouvidas, não são levadas em consideração. Além do mais, não se promove a autonomia do paciente, uma vez que não há preocupação em esclarecer ao sujeito do cuidado o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas. A princípio, a mudança de modelo assistencial estabelecida nos marcos legais que regulam o SUS deveria levar à superação de tais características no âmbito da atenção básica<sup>35</sup>.

Em se tratando das estratégias de avaliação do vínculo entre os usuários e a equipe de APS, dadas as características envolvidas, há de se considerar a opinião do paciente. Por outro lado, como afirmam Nutting *et al*<sup>27</sup>, o vínculo com uma equipe de APS parece não ser interessante para determinados grupos, como os jovens, pessoas saudáveis e/ou pessoas de melhor poder aquisitivo. Ou seja, estes grupos podem não valorizar o vínculo como critério de qualidade na APS tanto quanto grupos populacionais considerados mais vulneráveis, como idosos, portadores de condições crônicas e grupos populacionais de baixo poder aquisitivo.

#### **Continuidade informacional**

A continuidade informacional, considerada a base da longitudinalidade<sup>12,20</sup>, diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Este acúmulo de conhecimento, que é dinâmico, deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a avaliação da mesma.

Na atenção primária, os registros em saúde devem contemplar não só aspectos clínicos, mas também características sociodemográficas, valores e situação familiar do paciente<sup>20</sup>. Estas características interferem na condição de saúde do paciente e também podem constituir-se em empecilho na adesão deste às recomendações dos profissionais de saúde.

No que refere à continuidade informacional, o desenvolvimento e/ou implantação de novas tecnologias de informação por parte da gestão municipal e da coordenação da unidade pode ser um aliado. Tais instrumentos agilizam as etapas de registro, processamento e disponibilização das informações em saúde. Mas critérios como suficiência e confiabilidade são de responsabilidade dos profissionais que realizam os atendimentos, posto que a fonte do dado é quase sempre o paciente em seu contato com a equipe de saúde. No Brasil, no âmbito da atenção primária, estudos que avaliem a continuidade informacional ainda são raros ou pouco difundidos.

#### **Eleição de variáveis e de fonte de dados para o estudo da longitudinalidade**

Os estudos sistematizados pela presente revisão que buscaram mensurar os resultados do atributo em questão utilizaram como fonte de informação dados administrativos, observação direta, inquéritos com pacientes e inquéritos com profissionais, dentre outros (Quadro 2). As questões de estudo, em sua maioria, diziam respeito à identificação da fonte regular de cuidados em sua relação com a satisfação do paciente ou com supostos benefícios. Nesse aspecto, a observação de Saultz<sup>12</sup> é que alguns indicadores utilizados, que se referem à quantidade e continuidade do atendimento com o mesmo provedor, medem a continuidade longitudinal, mas não a continuidade interpessoal. Ou seja, não seriam sensíveis para avaliar as características da relação profissional de saúde-paciente.

O atendimento aos atributos descritos por Starfield<sup>5</sup> tem servido como base para medir o alcance e qualidade da APS. Nesse aspecto, o instrumento elaborado por uma equipe da Universidade Johns Hopkins (*Primary Care Assessment Tools – PCAT*) foi testado por vários autores<sup>7,8</sup>, inclusive no Brasil<sup>9,10</sup>. Nas duas experiências norte-americanas revisadas de testagem do instrumento, a longitudinalidade foi considerada como atributo-chave, uma vez que a identificação da fonte regular de cuidados foi o ponto de partida da investigação, seguida de questões relativas à natureza do relacionamento do usuário com a referida fonte de cuidados<sup>7,8</sup>.

Harzheim *et al*<sup>9</sup> adaptaram e buscaram validar esse instrumento em um município do Sul do Brasil, tendo como fonte de dados entrevistas com responsáveis por crianças cadastradas em uma unidade básica de saúde. Nessa experiência, a opção foi pela utilização do termo “continuidade”, embora a adaptação das questões do referido tópico tenha privilegiado a investigação da relação equipe-paciente.

Almeida e Macinko<sup>10</sup> também testaram esse instrumento em um município brasileiro localizado no Estado do Rio de Janeiro. Os entrevistados foram gestores e coordenadores da atenção primária, além de profissionais de saúde – considerados como informantes-chaves –, e ainda amostra de usuários.

As questões que compõe o PCAT foram validadas pelos autores que testaram o instrumento, o que legitima sua utilização para avaliar a APS, considerando os quatro atributos identificados por Starfield. Mas, ao afirmar a longitudi-

nalidade/vínculo longitudinal como característica central da APS, dada a sua relação com a efetividade neste nível assistencial, a sugestão é que utilizemos apenas este atributo para avaliar a qualidade da APS. Sendo assim, a proposta aqui apresentada é de construção de roteiro a partir de aproveitamento e adaptação de algumas questões que compõem o PCAT, previamente testadas por Almeida e Macinko, acrescentando-se novas variáveis e questões, em consonância com as dimensões identificadas para o atributo.

O referido roteiro (Quadro 3) é composto de quinze questões, sendo nove adaptadas da versão brasileira do PCAT e seis criadas a partir da presente revisão, que são as de número 2, 4, 7, 12, 13 e 14.

### Considerações finais

O SUS avançou no processo de reorganização da atenção básica, inclusive com a ampliação da cobertura e implementação de novos modelos assis-

tenciais. Mas, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção ainda é um desafio. Nesse aspecto, posto que estudos relacionam a longitudinalidade/vínculo longitudinal com resultados positivos, o reconhecimento deste atributo como característica central da APS em nosso país é oportuno e deve ser almejado e avaliado.

Por outro lado, o fato do termo longitudinalidade ainda não ser usual na literatura brasileira e a existência de discordâncias com relação aos quesitos que compõem o referido atributo na literatura internacional permitem a adoção de dimensões em acordo com os princípios organizativos do sistema público de saúde do nosso país, desde que esteja em consonância com os pressupostos dos autores que discutem a temática.

A proposta aqui apresentada constitui-se em um roteiro de questões, as quais poderão ser adaptadas e direcionadas para realização de inquéritos com diferentes atores (diretores de unidades, profissionais ou grupo de pacientes). Nessa proposta, as opções de resposta não foram contempladas, mas a utilização de questionário

**Quadro 3.** Proposta de questões para investigação do vínculo longitudinal a partir das dimensões do atributo.

**. Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados:**

1. A unidade possui adscrição de clientela?
2. A unidade é reconhecida pela população adscrita como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde?

**. Relação interpessoal**

3. O paciente é atendido regularmente pelo mesmo médico e/ou enfermeiro nas consultas de rotina?
4. Os profissionais que atendem o paciente conhecem o histórico familiar e social do paciente?
5. No caso de dúvida sobre tratamento, o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente?
6. Durante o atendimento, há tempo suficiente para que os pacientes explicitem suas dúvidas, queixas e preocupações?
7. As dúvidas, preocupações e queixas do paciente são valorizadas? São registradas no prontuário?
8. O profissional se expressa com clareza, de forma que o paciente entenda?
9. Há espaço para que o paciente discuta seu tratamento e tome decisões junto com o profissional?

**. Continuidade informacional**

10. Os profissionais de saúde utilizam o prontuário nos atendimentos?
11. Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?
12. Os profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados pelo paciente?
13. Em caso de encaminhamento para especialista, este profissional recebe informações registradas da unidade que atende o paciente regularmente?
14. No caso de referência para consulta com especialistas ou exames externos, há retorno dos resultados para o clínico que atende o paciente regularmente?
15. Os profissionais de saúde são informados quando um paciente não consegue obter o medicamento prescrito?

fechado facilitaria o tratamento dos dados e permitiria a utilização de estratégias de avaliação rápida com participação de grupos de pacientes.

É importante considerar que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde. Neste sentido, a implementação de práticas avaliativas e de monitoramento do referido atributo surtirá melhores efeitos se estiver no escopo de interesse da gestão.

## Colaboradores

EM Cunha trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto; L Giovanella participou da concepção teórica e revisão final do texto.

## Referências

1. 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.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Q* 2005; 83 (3):457-502.
3. 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.
4. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-963.
5. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
6. Shi L. Type of Health Insurance and the Quality of Primary Care Experience. *Am J Public Health* 2000; 90(12):1848-1855
7. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Bark RA, Nunda JP, Freedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* [periódico na Internet] 2000 [acessado 2006 jul 25];105:[cerca de 6 p.]. Disponível em: [http://www.jhsph.edu/bin/w/u/Measuring\\_consumer\\_experiences.pdf](http://www.jhsph.edu/bin/w/u/Measuring_consumer_experiences.pdf)
8. Leiyushi DRPH, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J. Fam. Pract.* 2001; 50:161-175.
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Stein AT. Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCA-Tool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1647-1659.

10. Almeida C, Macinko J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2006.
11. Gervas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(2):205-218.
12. Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med* 2003; 1(3):134-145.
13. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106:97-102.
14. Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:479-485.
15. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):278-289.
16. Mendes EV. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002*. [Mimeo].
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. McWhinney IR. The principles of family medicine. In: McWhinney IR, editor. *A Textbook of Family Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 1997.
19. Committee on the future of primary care. *Primary care: America's health in a new era*. 1<sup>st</sup> ed. Washington, D.C.: Institute of Medicine/National Academy of Sciences; 1996.
20. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2007 jan 18]; 327:[cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>
21. Freeman G, Hojordahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* [periódico na Internet] 1997 [acessado 2007 jan 18]; 314: [cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/314/7098/1870.full>
22. Guthrie B, Whike S. Does continuity in General Practice really matter? *BMJ* [periódico na Internet] 2000 [acessado 2007 jan 18];321:[cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/321/7263/734.full>
23. World Health Organization. *Continuity of care in changing health care systems*. Geneva: WHO; 1992.
24. Christakis DA. Continuity of care: Process or outcome. *Ann Fam Med* 2003; 1(3):131-133.
25. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Family Practice* [periódico na Internet] 2001 [acessado 2007 jan 17];18(1):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
26. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003; 1(3):144-148.
27. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stage KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2007 jan 17];1:1:[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
28. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from Primary Care in the United States and United Kingdom. *Family Medicine* [periódico na Internet] 2001 [acessado 2007 jan 17];33(1):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
29. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *JGIM* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2007 jan];20(3):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
30. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* [periódico na Internet] 1998 [acessado 2007 jan 17];7:[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/7/4/352.pdf>
31. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. *Annals of Medicine* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2007 jan];2(5):[cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
32. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improves patient outcomes? *J Fam Pract.* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2007 jan 17]; 53(12):[cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
34. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Cole* 2004; 9(1):139-146.
35. Mendes EV. *A Atenção Primária no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Artigo apresentado em 29/09/2008

Aprovado em 09/02/2009

Versão final apresentada em 09/03/2009