

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS”***

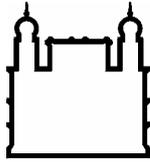
*por*

***Elenice Machado da Cunha***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Lígia Giovanella*

*Rio de Janeiro, julho de 2009.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



*Esta tese, intitulada*

***“Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS”***

*apresentada por*

***Elenice Machado da Cunha***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eleonor Minho Conill

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivani Bursztyn

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Moreira dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeni Vaitsman

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Giovanella – Orientadora



A Marcelo, companheiro de todos os instantes,  
dedico este trabalho, assim como o meu amor,  
imperfeito, incompleto... Mas verdadeiro e infinito.

Obrigada por fazer parte da minha vida.

## **Agradecimentos**

Aos profissionais entrevistados, pela disponibilidade em colaborar com o desenvolvimento do estudo.

Aos usuários entrevistados, colaboradores anônimos e imprescindíveis para a realização desse estudo.

À Nathália, bolsista PIBIC, pela colaboração na pesquisa, mas, principalmente, pelo companheirismo e dedicação.

À Gabriela, pelo companheirismo no trabalho de campo e sempre que precisei.

Aos profissionais administrativos Lincoln e Cláudio, pela colaboração carinhosa em todos os momentos solicitados.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro que possibilitou o desenvolvimento do estudo.

Aos professores Jose Manuel Freire e Juan Gérvas, da Escuela Nacional de Sanidad - Espanha, pela recepção e orientação do estágio na Espanha, experiência relevante para o desenvolvimento do estudo e para a minha vida profissional.

A CAPES, pela concessão da bolsa que possibilitou o estágio no exterior.

Aos professores pesquisadores, membros da banca, pela avaliação criteriosa que muito contribuiu para a qualidade do estudo e para o meu aprendizado.

Agradeço especialmente à pesquisadora Lígia Giovanella, orientadora, pela parceria, credibilidade e persistência.

## RESUMO

O vínculo longitudinal pode ser definido como ‘relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) ao longo do tempo, que se traduz na utilização da unidade básica de saúde (UBS) como fonte regular de cuidado para os vários episódios de doença e cuidados preventivos. O vínculo longitudinal contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, diminuição dos custos da atenção e maior satisfação do paciente. O presente estudo teve por objetivo investigar o atendimento a tal atributo na experimentação de diferentes modelos assistenciais organizativos da APS no contexto do SUS. O estudo, que está estruturado em três artigos/capítulos, teve início com a identificação do vínculo longitudinal como característica central da APS. Revisão conceitual possibilitou definir o termo, identificar três dimensões para análise do atributo (identificação da UBS como fonte regular de cuidados; relação interpessoal entre profissional e paciente; e continuidade informacional), e construir roteiro para investigar o vínculo longitudinal no âmbito da APS municipal. Revisão bibliográfica sobre os modelos assistenciais no Brasil identificou propostas atuais com experiências consolidadas de estruturação da APS. Esses municípios/modelos foram: Camaragibe – que aderiu à Estratégia Saúde da Família; e Belo Horizonte – que segue os princípios orientadores do modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento, embora tenha aderido à Estratégia Saúde da Família posteriormente. A presença de elementos favorecedores do vínculo longitudinal na abordagem teórica desses modelos foi averiguada, bem como a reprodução desses elementos nas concepções vigentes no âmbito da gestão da APS municipal. A terceira parte da tese consiste em estudos de caso, com trabalho de campo nesses dois municípios. A investigação teve por base as três dimensões identificadas para o atributo; e a atenção aos portadores de hipertensão arterial foi utilizada como condição traçadora. As fontes de dados contemplaram três âmbitos: gestão do sistema, prática profissional e ponto de vista do usuário. As estratégias de coleta de dados

foram: entrevista semi-estruturada com os profissionais, revisão de amostra de prontuários e aplicação de inquérito em amostra de usuários, além de análise de documentos e de dados secundários. Os resultados apontam para a existência de fatores que ainda dificultam o atendimento do vínculo longitudinal como: busca de outras unidades de saúde para atendimento de rotina, rotatividade do profissional médico, e problemas de completude e suficiência dos registros em saúde. Por outro lado há avanços, como: o reconhecimento da interferência de fatores socioeconômicos no processo de adoecimento dos indivíduos, e a presença de vínculo entre usuários e profissionais da equipe de APS. Belo Horizonte apresentou melhor desempenho na primeira e na terceira dimensão; Camaragibe, na segunda. Aspectos relativos à estruturação da rede de serviços, valorizados pelo modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento, mas também proporcionados pelas condições socioeconômicas locais, favoreciam o vínculo longitudinal no que refere à identificação da UBS como fonte regular de cuidado e à continuidade da informação para o acompanhamento do paciente em Belo Horizonte; enquanto que limitações estruturais da rede de serviços, presentes em Camaragibe, podem estar relacionadas com a busca de outras unidades de saúde em concomitância com a UBS para o tratamento de rotina. A realização do estudo aponta para a pertinência de se avaliar o vínculo longitudinal no âmbito da APS.

Palavras-chave: Vínculo longitudinal na Atenção Primária, Modelos assistenciais do SUS, Avaliação na Atenção Primária.

A presente pesquisa foi contemplada com apoio financeiro do CNPq através do Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005.

## ABSTRACT

The longitudinal relationship can be described as a ‘therapeutic relationship between patient and Primary Health Care (PHC) staff over time, expressed as use of the basic health care center (*Unidade Básica de Saúde*, UBS) as the regular source of care for the various episodes of disease and for preventive care’. A longitudinal relationship contributes towards more accurate diagnoses and treatments, lower health care costs and greater patient satisfaction. The purpose of this study was to investigate this attribute in the experimentation with different PHC organization models in Brazil’s national health system, the *Sistema Único de Saúde* (SUS). The study, which is divided into three papers/chapters, began by identifying the longitudinal relationship as a key characteristic of PHC. By conceptual review it was possible to define the term, to identify three dimensions for analysis of the attribute (identification of the UBS as the regular source of care; the interpersonal relationship between health care professional and patient; and informational continuity) and to construct an investigational path for researching the longitudinal relationship in municipal PHC. A bibliographical review of health care models in Brazil identified current setups with established experience in structuring PHC. These municipalities/models were Camaragibe, which applied Brazil’s Family Health Strategy, and Belo Horizonte, which followed the guiding principles of the *Em Defesa da Vida/Acolhimento* (in defence of life/humane reception) model, although it later adhered to the Family Health Strategy. The models’ theoretical approaches were examined for elements likely to favour the longitudinal relationship, and whether such elements were reproduced in conceptions current in the municipal PHC managements. The third part of the thesis comprises case studies involving field work in these two municipalities. The research was based on the three dimensions identified for the attribute; and care for arterial hypertension patients was used as the tracer condition. The data sources covered three areas: system management, professional practice

and user point of view. The data collection strategies employed were semi-structured interviews of health professionals, review of a patient record sample and application of questionnaires to a user sample, as well as documentary and secondary data analysis. The results point to factors that continue to hinder longitudinal relationships, such as: patients seeking other health units for routine care, turnover of doctors, and problems of incomplete and inadequate medical records. On the other hand, there have been advances, such as the recognition that socioeconomic factors affect the individual process of falling ill, and bonding between PHC users and staff. Belo Horizonte performed better in the first and third dimensions; and Camaragibe, in the second. In Belo Horizonte, aspects of service network structure valorised by the *Em Defesa da Vida/Acolhimento* model, but also afforded by local socioeconomic conditions, favoured the longitudinal relationship with regard to identification of the UBS as the regular source of care and to informational continuity in patient follow-up. Meanwhile, structural constraints in Camaragibe's service network may be related to patients' attending other health care units in parallel to the UBS for routine treatment. The study signals the relevance of evaluating the longitudinal bond in PHC.

Keywords: Longitudinal Relationship in Primary Health Care, SUS Models of Care, Primary Health Care Evaluation.

## **APRESENTAÇÃO**

Esta tese de doutorado, desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, trata da investigação do vínculo longitudinal na Atenção Primária em Saúde, considerando a implementação de diferentes modelos assistenciais. Teve dois municípios por campo de estudo: Camaragibe (PE) e Belo Horizonte (MG). Contou com apoio financeiro do CNPq através do edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005 e está inserida em linha de pesquisa da ENSP/FIOCRUZ sobre Avaliação de Políticas, Sistemas e Programas de Saúde.

A tese está estruturada em três artigos, apresentados em capítulos. Antecedente os artigos, a introdução da tese apresenta os objetivos e a metodologia empregada. O primeiro artigo, já aprovado para publicação, contempla revisão conceitual sobre o atributo da longitudinalidade. Neste são identificadas três dimensões para o atributo, propõe-se a utilização do termo vínculo longitudinal em acordo com o contexto da APS no Brasil, e elegem-se questões para fins de avaliação do atributo.

O segundo artigo identifica dois modelos orientadores da organização da APS no Brasil e busca explicitar fatores que favorecem o vínculo longitudinal no âmbito teórico e na perspectiva da implementação desses modelos.

O terceiro artigo trata da investigação do vínculo longitudinal em experiências consolidadas de implementação de dois modelos assistenciais orientadores da APS. Para proceder à investigação as questões propostas no primeiro artigo são utilizadas para a coleta de dados contemplando três âmbitos: gestão do sistema municipal, prática profissional e ponto de vista do usuário.

Ainda que os artigos possam ser lidos e compreendidos separadamente, os textos foram construídos de forma complementar. A articulação dos resultados dos três artigos está contemplada nas considerações finais da tese.

## Sumário

Introdução.....	14
Caracterização do problema e justificativa do estudo .....	17
Objetivos .....	19
Metodologia.....	20
<i>Seleção de critérios e indicadores para avaliar o vínculo longitudinal.....</i>	<i>21</i>
<i>Seleção dos modelos assistenciais e eleição dos municípios para o desenvolvimento do estudo</i> .....	<i>25</i>
<i>Fontes de informação e técnicas de investigação .....</i>	<i>26</i>
<i>Critérios de seleção das unidades e dos profissionais da assistência e definição da amostra de</i> <i>usuários e de prontuários .....</i>	<i>27</i>
<i>A pesquisa de campo .....</i>	<i>28</i>
<i>Tratamento dos dados.....</i>	<i>31</i>
Considerações éticas.....	35
Caracterização dos Municípios estudados .....	36
<i>O modelo de atenção e a rede de serviços vinculados ao SUS em Camaragibe .....</i>	<i>36</i>
<i>O modelo de atenção e a rede de serviços vinculados ao SUS em Belo Horizonte .....</i>	<i>38</i>
<i>Os indicadores de saúde nos municípios campo do estudo.....</i>	<i>40</i>
Capítulo I. Longitudinalidade/Continuidade do Cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro .	46
Introdução .....	48
Método .....	50
<i>Qual a definição de longitudinalidade?.....</i>	<i>53</i>
<i>Longitudinalidade no contexto das reformas do setor saúde.....</i>	<i>57</i>
<i>Como mensurar a longitudinalidade e seus benefícios.....</i>	<i>60</i>
Discussão.....	65
<i>Considerações teóricas para o estudo da longitudinalidade.....</i>	<i>65</i>
<i>Dimensões do atributo da longitudinalidade/vínculo longitudinal.....</i>	<i>67</i>
<i>Fonte Regular de Cuidados de Atenção Primária.....</i>	<i>67</i>
<i>Estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal) .....</i>	<i>68</i>
<i>Continuidade informacional .....</i>	<i>69</i>
<i>Eleição de variáveis e de fonte de dados para o estudo da longitudinalidade .....</i>	<i>70</i>
Considerações Finais.....	72
Capítulo II. O Vínculo Longitudinal nos Modelos Assistenciais: abordagem na teoria e concepções no âmbito da gestão da Atenção Primária municipal.....	77
Introdução .....	78
Metodologia.....	79
Os modelos de atenção à saúde e a estruturação da Atenção Primária no Brasil .....	80
Vínculo longitudinal nos modelos ‘Saúde da Família’ e ‘Em defesa da vida/acolhimento’ .....	90
<i>Experiências de implementação dos modelos PSF e Em Defesa da Vida: Camaragibe (PE) e</i> <i>Belo Horizonte (MG).....</i>	<i>91</i>
<i>Elementos favorecedores do vínculo longitudinal: concepções vigentes no âmbito da gestão da</i> <i>ESF em Camaragibe e do modelo Em Defesa da Vida/ESF em BH.....</i>	<i>96</i>
Considerações finais.....	98
Capítulo III. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS .....	103
Introdução .....	105
Metodologia.....	106
<i>Seleção dos modelos assistenciais e eleição dos municípios .....</i>	<i>107</i>
<i>Fontes de informação e técnicas de investigação .....</i>	<i>108</i>
<i>Seleção de critérios e de indicadores.....</i>	<i>108</i>
<i>Critérios de seleção das unidades e dos sujeitos da pesquisa.....</i>	<i>110</i>

<i>A pesquisa de campo</i> .....	111
<i>Tratamento dos dados</i> .....	111
Caracterização dos Municípios estudados .....	113
Dimensões do Vínculo Longitudinal.....	115
<i>Identificação da Unidade Básica como fonte regular de cuidados</i> .....	115
<i>Relação interpessoal</i> .....	119
<i>Continuidade informacional</i> .....	125
Discussão dos Resultados.....	128
Considerações Finais.....	133
Considerações Finais .....	139
Lista de referências .....	144
Anexos .....	150

## Lista de Figuras

Figura 1: Município de Belo Horizonte segundo distritos sanitários.....	40
---	----

## Lista de Gráficos

Gráfico 1: Continuidade informacional em BH e Camaragibe - Registros de dados clínicos e atendimento às normas para anotações em prontuário.....	126
--	-----

## Lista de Quadros

Quadro 1: Questões oriundas do PCA-tools* utilizadas para investigar a Longitudinalidade, segundo autores dos estudos e prováveis informantes.....	22
Quadro 2: Proposta de questões para investigação do vínculo longitudinal, segundo dimensões identificadas para o atributo.....	23
Quadro 3: Critérios e indicadores para análise do vínculo longitudinal segundo dimensão do atributo .....	24
Quadro 4: Fontes de informação e técnicas de investigação utilizadas na investigação do vínculo longitudinal por município e segundo âmbito do sistema. ....	27
Quadro 5: Critérios e indicadores para a investigação primeira dimensão do vínculo longitudinal segundo âmbito de investigação.....	32
Quadro 6: Critérios e indicadores para a investigação da segunda dimensão do vínculo longitudinal segundo âmbito de investigação.....	33
Quadro 7: Critérios e indicadores para a investigação da terceira dimensão do vínculo longitudinal segundo âmbito de investigação.....	34
Quadro 8: Indicadores socioeconômicos em Belo Horizonte e em Camaragibe .....	36
Quadro 9: Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS em Camaragibe, segundo esfera administrativa – Dezembro/2007 .....	37
Quadro 10: Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS em Belo Horizonte segundo esfera administrativa – Dezembro/2007.....	39
Quadro I.1: Artigos revisados segundo termo utilizado, interpretação do termo e referência conceitual .....	52

Quadro I.2: Artigos revisados segundo autores, tipo de estudo e principais resultados .....	61
Quadro I.3: Proposta de questões para investigação do vínculo longitudinal a partir das dimensões do atributo.....	72
Quadro II.1: Principais características dos modelos sanitaria campanhista e individual curativo e das novas propostas de modelos assistenciais .....	83
Quadro II.2: Características da concepção teórica dos modelos Saúde da Família e Em Defesa da Vida .....	89
Quadro II.3: Elementos favorecedores do vínculo longitudinal na abordagem teórica dos modelos PSF e Em Defesa da Vida/ESF .....	91
Quadro II.4: Características presentes na experiência de implementação dos modelos Saúde da Família (Camaragibe) e Em Defesa da Vida/ESF (Belo Horizonte) .....	95
Quadro II.5: Elementos favorecedores do vínculo longitudinal vigentes nas concepções no âmbito da gestão dos modelos Saúde da Família e Em Defesa da Vida/ESF.....	98
Quadro III.1: Critérios e indicadores para análise do vínculo longitudinal segundo dimensão do atributo e fonte da informação .....	109
Quadro III.2: Indicadores socioeconômicos e de saúde em BH e em Camaragibe .....	114

### **Lista de Tabelas**

Tabela 1: Coeficientes de mortalidade por causas selecionadas (por 100.000 habitantes) - 2006 .....	41
Tabela 2: Indicadores do Pacto da Atenção Básica em BH e Camaragibe 2005 .....	41
Tabela III.1: Identificação da UBS como fonte regular de cuidados em Belo Horizonte (MG) e Camaragibe (PE)- 2007 .....	119
Tabela III.3: Indicadores da relação interpessoal em Belo Horizonte (MG) e Camaragibe (PE)- 2007 .....	125

## Lista de Siglas e Abreviaturas

AB	Atenção Básica
ACS	agente comunitário de saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	acidente vascular cerebral
BH	Belo Horizonte
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMECs	Centros de Especialidades Médicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
HAS	hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	índice de massa corpórea
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TBC	tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

A intermitência dos sonhos nos permite suportar os dias de trabalho.  
*Pablo Neruda*  
"Confesso que Vivi" – (prefácio)

## Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS), desde Alma-Ata em 1978, tem sido considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Se por um lado há consenso com relação à sua importância, por outro, as formas de organização e operacionalização da APS são bastante diferenciadas, e no Brasil vigoram distintos modelos.

A atenção primária tem sido foco de discussões e polêmicas nas últimas décadas, seja como parte integrante do sistema de proteção social, alvo de reformas setoriais visando contenção de gastos, seja por seu enfoque, posição na rede e função desempenhada enquanto conjunto de ações no interior do sistema de serviços de saúde.

O questionamento da hegemonia das práticas assistenciais curativas, direcionadas ao indivíduo e orientadas pelo chamado modelo flexneriano, foi um dos motores do Movimento de Reforma Sanitária da década de 1980.<sup>1</sup> Entre os promotores da reforma havia o consenso de que maior ênfase deveria ser dada aos fatores não biológicos incidentes no processo de adoecimento de indivíduos e de populações. Além do mais, seria necessário integrar as ações de promoção, de prevenção e de tratamento sob a lógica da universalização da atenção. Assim, uma concepção ampliada de saúde fundamenta o texto constitucional que instituiu a saúde como direito universal; e a integralidade da atenção é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, a valorização da Atenção Primária em Saúde (APS), em seu enfoque mais abrangente, como espaço do atendimento integral aos indivíduos, não foi um consenso do movimento sanitário. Não foram empreendidos esforços suficientes para fomentar a construção de novo modelo assistencial e para a correspondente formação de médicos e de

outros profissionais de saúde, especialistas na área de saúde da família e comunidade.<sup>2,3</sup> Além do mais, a transferência de responsabilidades em saúde para os municípios, em sua maioria, sem experiência no planejamento em saúde, contribuíram para a expansão de serviços básicos na lógica queixa-consulta, e para a permanência da intervenção por ações programáticas no primeiro nível de atenção à saúde.

Nos primeiros anos da década de 1990, o recrudescimento da crise econômica e o avanço das políticas neoliberais, por pressão de organismos financeiros internacionais, reforçaram o dilema entre o acesso universal aos serviços de saúde e a focalização da atenção nos países periféricos, o que também contribuiu para o não fortalecimento da APS no momento inicial da regulamentação do SUS.

No entanto, nos países desenvolvidos com sistemas de proteção social bem estabelecidos, ainda que as agências internacionais sugerissem que a APS devesse se restringir a um conjunto de procedimentos direcionados a determinados grupos populacionais de baixo poder aquisitivo,<sup>4</sup> o acesso aos serviços sanitários assegurados por financiamento público foi mantido como parte do Estado de Bem-Estar Social, e a APS vem sendo fortalecida.<sup>5</sup>

Nesse cenário, com base a experiências isoladas bem-sucedidas em municípios brasileiros, o Ministério da Saúde, em 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente como programa paralelo, e, posteriormente como estratégia para estruturar a APS e modificar o modelo assistencial.<sup>6</sup> Essa opção gerou polêmicas. Gestores e pesquisadores questionaram, dentre outros aspectos, os repasses financeiros atrelados à implantação de uma estratégia com forte herança dos programas verticais e que deixava pouca margem para adaptações locais.<sup>7</sup> Ademais, as orientações para a implantação do programa aproximavam-se das recomendações dos organismos internacionais que defendiam a APS seletiva com cesta restrita e cobertura focalizada. De todo modo, com fortes incentivos financeiros federais, os

municípios aderiram progressivamente ao programa – hoje denominado Estratégia Saúde da Família –, com ampliação da cobertura dos serviços de APS.

Ao final da década de 1990, com a expansão de cobertura da Saúde da Família, as atenções voltaram-se para o problema da qualidade dos serviços prestados. Embora trabalhos associassem o aumento da cobertura do PSF com a diminuição da mortalidade infantil,<sup>8</sup> persistiam questionamentos sobre o modelo adotado e quanto ao elenco de ações e serviços que a APS deveria oferecer. Nesse cenário, a produção teórica sobre modelos assistenciais no SUS foi incrementada e experiências locais de implementação de outros modelos foram divulgadas.

Além disso, os postulados de Starfield<sup>9</sup> com relação ao reconhecimento de características essenciais para a APS foram trazidos para a discussão sobre a sua organização no Brasil. Para essa autora, a APS se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos principais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Desses atributos, o da longitudinalidade, que diz respeito ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou pela equipe de APS, é identificado na literatura internacional como característica central da APS e está associado a resultados positivos.<sup>10,11,12,13</sup>

É nesse contexto que se insere a presente pesquisa. O pressuposto do estudo é que o atributo da longitudinalidade, por estar relacionado a resultados positivos, deveria estar contemplado nas diferentes propostas de modelos assistenciais organizadores da APS no Brasil. Assim, elementos que favorecem ao referido atributo deveriam compor o aporte teórico desses modelos, ao passo que o processo de implementação desses modelos deveria refletir a presença desses elementos favorecedores. As questões que orientam a tese são:

- *“O atributo da longitudinalidade está igualmente contemplado na teoria e na implementação dos diferentes modelos assistenciais que estão orientando a estruturação da APS no Brasil?”*
- *“Quais fatores dificultam ou favorecem o atendimento da longitudinalidade na implementação desses modelos assistenciais?”*

## Caracterização do problema e justificativa do estudo

A Atenção Primária em Saúde, considerada imprescindível para a viabilidade dos sistemas de saúde e para melhoria nas condições de saúde da população, tem sido uma das estratégias prioritárias para a reorganização do sistema público de saúde brasileiro na última década, principalmente a partir da ampliação da cobertura da Atenção Básica e da mudança do modelo assistencial.

A indução, por parte do Ministério da Saúde, para a implantação da Estratégia Saúde da Família promoveu a ampliação da cobertura de serviços de APS em muitos municípios brasileiros.<sup>14</sup> No entanto, alguns resultados apontam para dificuldades, como o não reconhecimento da unidade básica como referência para cuidados assistenciais pela população adscrita, a baixa resolutividade dos serviços oferecidos, tendo em vista a ocorrência de encaminhamentos para procedimentos especializados de forma desnecessária,<sup>15</sup> e a permanência do elevado número de internações por causas sensíveis ao tratamento ambulatorial.<sup>16</sup>

Buscando contribuir para a melhora da qualidade dos serviços de APS, a realização de avaliações internas e de pesquisas avaliativas foi incentivada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).<sup>17,18</sup> Em alguns desses estudos, foram utilizados instrumentos que consideram a presença dos atributos identificados por Starfield como indicativos de qualidade na APS.

Os estudos avaliativos, como toda pesquisa, caracterizam-se por gerar conhecimento em base à exposição de hipótese causal e a sua comprovação por método científico.<sup>19</sup> Por outro lado, como qualquer avaliação, também envolve julgamento de valor, cuja intenção consiste em subsidiar instâncias decisórias.<sup>20,21</sup> Nesse sentido, Contandriopoulos<sup>20</sup> acrescenta que os resultados de uma avaliação terão maior possibilidade de influenciar processos decisórios quanto maior for sua credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.

Para esse autor, a pertinência refere-se à capacidade de fornecer respostas aos problemas com que se confrontam as instâncias decisórias. Em se tratando de estudo avaliativo no contexto de estruturação da APS, para atender a tal característica, uma alternativa seria direcionar o processo avaliativo para aspectos reconhecidamente relevantes para a melhora da qualidade dos serviços.

Estudos internacionais associam a longitudinalidade com resultados positivos na APS, tais como: diminuição de internações por condições crônicas passíveis de tratamento ambulatorial,<sup>12</sup> melhor aceitação de cuidados preventivos,<sup>22</sup> menores custos<sup>10</sup> e maior satisfação do usuário.<sup>11</sup> Assim, é pertinente reconhecer a importância da análise e avaliação do atributo para a constituição e organização da APS no Brasil.

Considerando que a Estratégia Saúde da Família, embora amplamente divulgada, não é o único modelo assistencial em voga no SUS,<sup>23</sup> bem como que resultados de avaliações ainda apontam para problemas de qualidade dos serviços de APS, e que a longitudinalidade está relacionada com a efetividade na APS, torna-se oportuno avaliar o atendimento desse atributo em diferentes modelos assistenciais que estão orientando a estruturação da APS no Brasil.

## Objetivos

### **Geral**

Investigar o atendimento do vínculo longitudinal na implementação de diferentes modelos assistenciais aplicados à Atenção Primária no Brasil.

### **Específicos**

1. Identificar dimensões e critérios que possibilitem avaliar o atendimento do vínculo longitudinal em experiências consolidadas de atenção primária no âmbito do SUS;
2. Explicitar a abordagem do vínculo longitudinal na concepção teórica de modelos assistenciais que estão orientando a estruturação da atenção primária no Brasil;
3. Discutir a abordagem do vínculo longitudinal no processo de implementação de modelos assistenciais que estão orientando a estruturação da atenção primária no Brasil;
4. Identificar os fatores que dificultam e que potencializam o atendimento do vínculo longitudinal nos modelos investigados.

## Metodologia

O presente trabalho, de abordagem qualitativa, contemplou dois municípios com distintos modelos assistenciais. Consiste em estudo de dois casos onde foram utilizadas diversas técnicas de investigação: entrevistas semiestruturadas, aplicação de questionários, revisão de prontuários, análise documental e análise de dados secundários. A opção pela realização de estudo de caso justifica-se por ser este o método de escolha para estudos empíricos de fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto, permitindo a utilização de diversas fontes e de diferentes técnicas na estruturação das evidências, sem necessidade do controle de fatores.<sup>24</sup>

A tese, que está estruturada em três artigos apresentados em capítulos, teve como ponto para a sua realização a identificação da longitudinalidade como característica central da APS, bem como a relação desse atributo com melhores resultados nesse tipo de atenção. Como o termo longitudinalidade não é usual na literatura especializada brasileira, foi realizada 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 tomando como fundamento as referências citadas pelos autores inicialmente consultados, quanto nas bases indexadas do Medline, Scielo e Lilacs.

Para esta busca, realizada durante os meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007, foram utilizados os termos 'longitudinalidade' e 'continuidade do cuidado' como descritores, ambos vinculados ao termo 'atenção primária', nos idiomas inglês, português e espanhol. A revisão conceitual, que está contemplada no capítulo I/artigo 1, permitiu definir e diferenciar os termos continuidade do cuidado e longitudinalidade, orientou a utilização do termo 'vínculo longitudinal' em lugar de longitudinalidade, e possibilitou a identificação de três dimensões para o atributo e a eleição de critérios para sua avaliação.

As dimensões identificadas para análise do vínculo longitudinal tiveram por principal referência os postulados de Starfield<sup>9</sup> e de Saultz<sup>25</sup>, e são as seguintes: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o estabelecimento de vínculo duradouro entre a equipe local e os usuários (relação interpessoal); e a continuidade informacional.

Para viabilizar o desenvolvimento do estudo, elegeu-se a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) como condição traçadora da atenção. Kessner et al. definem os traçadores como problemas de saúde identificáveis e separados, que ilustram de que maneira opera um setor do sistema. Os autores pressupõem que “a forma como um médico ou equipe administra a atenção de maneira rotineira em relação às enfermidades comuns será indicador de qualidade geral da atenção e da eficácia do serviço”<sup>26</sup> (p.556).

A opção pela atenção aos portadores de HAS como condição traçadora baseou-se nos seguintes quesitos: a HAS é condição crônica que acomete cerca de 20% da população adulta no Brasil; o atendimento ao portador de HAS pela equipe de atenção primária possui grau de padronização pautado em evidências científicas;<sup>27</sup> o atendimento adequado a tal grupo requer a existência de um vínculo longitudinal com a equipe de APS.<sup>28</sup>

### *Seleção de critérios e indicadores para avaliar o vínculo longitudinal*

Para a realização do estudo foram construídos critérios e indicadores para análise das dimensões. Com esse objetivo foram revisados trabalhos que avaliaram a APS a partir dos quatro atributos eleitos por Starfield.<sup>29,30,31</sup> Nessas pesquisas foram adaptadas questões de um instrumento denominado PCA – tools, elaborado por uma equipe da Universidade Johns Hopkins,<sup>32</sup> e para o qual diferentes informantes serviram como fonte de dados. As questões utilizadas por esses autores para investigar a longitudinalidade estão explicitadas no quadro 1.

**Quadro 1: Questões oriundas do PCA-tools\* utilizadas para investigar a Longitudinalidade, segundo autores dos estudos e prováveis informantes**

<b>Autores</b>	<b>Questões e informantes</b>
Cassady et al. <sup>29</sup>	<p><b>Cuidadores de crianças (entrevista por telefone)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tem consultado o mesmo médico?</li> <li>2. O médico entende o que você pergunta?</li> <li>3. O médico responde as questões de modo que você entenda?</li> <li>4. Consegue falar com o médico por telefone?</li> </ol>
Almeida e Macinko <sup>30</sup>	<p><b>Profissionais, gestores e supervisores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Em geral, os pacientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?</li> <li>2. A Unidade tem população adscrita?</li> <li>3. Se o usuário tem dúvida sobre o seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?</li> <li>4. Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas e preocupações?</li> <li>5. Os profissionais de saúde da sua unidade utilizam normalmente o prontuário cliente/usuário em cada consulta?</li> <li>6. Geralmente, os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?</li> <li>7. Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar medicamento prescrito?</li> </ol> <p><b>Pacientes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando o senhor vem a este posto para consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consulta?</li> <li>2. Se o senhor tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o profissional que o atendeu?</li> <li>3. Nesta unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor explicar bem suas preocupações e tirar suas dúvidas?</li> <li>4. Os profissionais desta unidade que lhe atendem, compreendem bem as suas perguntas?</li> <li>5. Os profissionais desta unidade respondem as suas perguntas de maneira clara?</li> <li>6. Durante as suas consultas, os profissionais anotam suas queixas no seu prontuário médico?</li> <li>7. Os profissionais desta unidade estão informados sobre todos os medicamentos que o senhor está utilizando?</li> <li>8. Os profissionais desta unidade são informados quando o senhor não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?</li> </ol>
Harzheim et al. <sup>31</sup>	<p><b>Cuidadores de crianças (entrevista)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Você acha que o médico entende o que você pergunta?</li> <li>2. O médico/enfermeira responde suas perguntas de maneira que você entende?</li> <li>3. Se você tem alguma dúvida sobre a saúde da sua criança, você pode conversar com o médico ou enfermeira que mais conhece sua criança?</li> <li>4. No serviço de saúde, sua criança é conhecida e atendida com atenção?</li> <li>5. O médico ou enfermeira lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?</li> <li>6. Você se sente à vontade para falar com o médico ou a enfermeira sobre suas preocupações e problemas?</li> <li>7. O médico ou enfermeira conhece a história médica completa de sua criança?</li> <li>8. O médico ou enfermeira conhece todas as medicações que sua criança está tomando?</li> <li>9. O médico ou enfermeira conversaria com seus familiares, se você achasse que isto é importante?</li> <li>10. Você trocaria o serviço de saúde por outro local, se isto fosse fácil de fazer?</li> </ol>

\*Instrumento de Avaliação da Atenção Primária.

Como algumas das questões utilizadas por Cassidy et al.,<sup>29</sup>, Almeida e Macinko<sup>30</sup> e Harzheim et al.<sup>31</sup> (quadro 1) não estavam totalmente de acordo com a definição das dimensões identificadas para o vínculo longitudinal na revisão bibliográfica, novas questões foram elaboradas, conformando um roteiro com catorze questões (quadro 2): oito, adaptadas do instrumento elaborado pela equipe da Universidade Johns Hopkins (questões: 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10 e 14); e seis, construídas a partir da revisão sobre o atributo e em acordo com as peculiaridades da APS no contexto brasileiro (questões: 2, 4, 6, 11, 12 e 13).

### **Quadro 2: Proposta de questões para investigação do vínculo longitudinal, segundo dimensões identificadas para o atributo**

#### **Identificação 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 enfermeiro nas consultas de rotina?
4. Os profissionais que atendem o paciente, conhecem o histórico familiar e social do paciente?
5. Há espaço para que o paciente discuta seu tratamento e tome decisões junto com o profissional?
6. As dúvidas, preocupações e queixas do paciente são valorizadas? São registradas no prontuário?
7. O profissional se expressa com clareza, de forma que o paciente entenda?
8. No caso de dúvida sobre o tratamento, o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente?

#### **Continuidade informacional**

9. Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário nos atendimentos?
10. Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?
11. A informação sobre a realização e o resultado dos exames feitos pelo paciente chega ao profissional de forma rápida?
12. No caso de encaminhamento para consulta externa, o especialista recebe os registros que justifiquem a referência, elaborado pelo generalista que atende o paciente regularmente?
13. No caso de referência para consulta com especialistas ou exames externos, há retorno dos resultados para o generalista que atende o paciente regularmente?
14. Os profissionais de saúde são informados quando o paciente não consegue obter um medicamento prescrito?

A partir das questões já expostas e tendo por base a condição traçadora foram eleitos critérios e indicadores (quadro 3) que guiaram a construção dos instrumentos de coleta de dados. Esses instrumentos estão contemplados no anexo da tese.

**Quadro 3: Critérios e indicadores para análise do vínculo longitudinal segundo dimensão do atributo**

<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>
Fonte regular de cuidados	1. <i>Presença de adscrição de clientela</i>	<i>% de cobertura da ESF</i> <i>Benefícios da adscrição de clientela</i>
	2. <i>Reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados</i>	Utilização da UBS como local de atendimento para antigos e novos problemas de saúde por pacientes hipertensos Busca de outras Unidades nos últimos 12 meses <i>Procura da UBS para problemas inespecíficos</i> <i>Desejo de mudar de UBS</i>
	3. <i>Hipertensos cadastrados</i>	<i>Percentual de hipertensos cadastrados em relação à população adulta adscrita</i>
Relação interpessoal	1. <i>Existência de médico e de enfermeiro de referência para o atendimento de rotina</i>	<i>% de pacientes atendidos por um único médico nos últimos 12 meses</i> % de pacientes que reconheciam médico de referência % de pacientes que sabiam o nome do médico de referência
	2. <i>Confiança no profissional de referência</i>	% de usuários que confiam na competência do médico % de usuários que acreditam no interesse do médico por seus problemas
	3. <i>Conhecimento do histórico social do paciente por parte do profissional</i>	% de usuários que acreditam que médico conheça seu histórico familiar e social
	4. <i>Espaço, durante o atendimento, para discussão do tratamento</i>	% de usuários que afirmam tempo suficiente para esclarecimentos durante a consulta % de usuários que sempre/quase sempre fazem perguntas sobre o tratamento
	5. <i>Orientações de forma que o paciente compreenda</i>	% de usuários que sempre/quase sempre compreendem a fala do médico
	6. <i>Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente</i>	Registro de queixas por motivos psicológicos Registro de conduta relativa à queixas por motivos psicológicos
	7. <i>Espaço para demanda espontânea</i>	% de usuários que tentaram e não conseguiram marcar consulta nos últimos 12 meses
	8. <i>Ausência de vacância de cargo na APS (médicos e enfermeiros)</i>	% de equipes incompletas em outubro de 2007
Continuidade informacional	1. <i>Registro adequado de todo atendimento</i>	% de prontuários com registro de IMC % de prontuários com registro de perímetro abdominal % de prontuários com registro do tipo de hipertensão % de registros com anotação do anti-hipertensivo % de registros com letra legível % de prontuários com todos os registros ordenados cronologicamente
	2. <i>Conhecimento, por parte do médico, de todos os exames realizados</i>	% de usuários que acreditam que o médico tenha informação sobre os exames realizados
	3. <i>Funcionamento dos mecanismos de referência</i>	Funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência

### *Seleção dos modelos assistenciais e eleição dos municípios para o desenvolvimento do estudo*

A fim de identificar os modelos assistenciais que orientam a estruturação da APS no atual estágio de implementação do SUS, foi efetuada a busca bibliográfica sobre a temática. Essa revisão permitiu a seleção de três modelos assistenciais: ‘Saúde da Família’, ‘Em Defesa da Vida’ e ‘Vigilância da Saúde/Cidade Saudável’.<sup>33</sup>

Experiências municipais representativas desses modelos foram selecionadas. Essa eleição obedeceu aos seguintes quesitos: possuir mais de cem mil habitantes (critério definido em edital do CNPq, que financiou parte do estudo); e constituir-se em experiência consolidada de implementação de política de atenção básica, com opção documentada por um dos modelos em questão, mesmo que agregando características de outros modelos.

A indução financeira por parte do Ministério da Saúde promoveu a adesão de muitos municípios à Estratégia Saúde da Família. Todavia, em algumas localidades, características-chaves de modelos anteriores foram preservadas como diretrizes organizativas da APS municipal. A existência documentada dessas características-chaves possibilitou a escolha das experiências de implementação dos modelos ‘Em Defesa da Vida/Acolhimento’ e ‘Vigilância da Saúde/Cidade Saudável’. Dadas as contingências de financiamento e a demora de um dos municípios em apreciar o projeto, o modelo ‘Vigilância da Saúde/Cidade Saudável’ não pôde ser contemplado.

Os municípios escolhidos para o estudo foram: Camaragibe, que implementa o modelo ‘Saúde da Família’ nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde; e Belo Horizonte (BH), que implementa o modelo ‘Em Defesa da Vida/Acolhimento’, mas que também aderiu à Estratégia Saúde da Família. A abordagem do vínculo longitudinal na concepção teórica e na perspectiva do processo de implementação desses modelos também foi objeto de discussão e está explicitada no capítulo II/artigo 2.

### *Fontes de informação e técnicas de investigação*

A investigação junto aos municípios contemplou três perspectivas: da gestão municipal, da prática profissional, e ponto de vista do usuário. No âmbito da gestão foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os seguintes atores: gestor ou com o responsável pela articulação do sistema, coordenador da atenção básica e dois gerentes de UBS. Análise documental e busca de dados em bases informatizadas e em Sites oficiais (página do município, MS, Datasus e IBGE) também foram efetuadas.

Com relação à análise documental, foram utilizados documentos elaborados no âmbito da gestão. Em Belo Horizonte, esses documentos, em sua maioria, estavam na página do município, na Internet. Já para Camaragibe, que na época da pesquisa de campo não possuía página na Internet, esses documentos foram disponibilizados por meio magnético por profissionais da gestão durante a realização do trabalho de campo.

No que se refere à prática profissional foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais médicos e enfermeiros da ESF no cargo na mesma unidade há mais de três anos, e revisão de prontuários. Quanto à opinião do usuário, foi aplicado questionário fechado em amostra não probabilística de pacientes hipertensos. O quadro a seguir apresenta um resumo das fontes de informação e das técnicas de investigação.

**Quadro 4: Fontes de informação e técnicas de investigação utilizadas na investigação do vínculo longitudinal por município e segundo âmbito do sistema.**

Município	Âmbito do sistema	Fonte de informação	Técnica de investigação
Belo Horizonte	Gestão	Articulador da rede	Entrevista semiestruturada
		Coordenador de AB	Entrevista semiestruturada
		Gerentes de UBS (n=2)	Entrevista semiestruturada
		Documentos	Análise documental
		Sites oficiais	Análise de dados
	Prática profissional	Médicos das UBS (n=4)	Entrevista semiestruturada
		Enfermeiros das UBS (n=3)	Entrevista semiestruturada
		Prontuários (n=61)	Revisão
	Usuário	Pacientes portadores de HAS (n=59)	Aplicação de questionário
Camaragibe	Gestão	Secretário de Saúde	Entrevista semiestruturada
		Coordenador de AB	Entrevista semiestruturada
		Gerentes de Distrito (n=2)	Entrevista semiestruturada
		Documentos	Análise documental
		Sites oficiais	Análise de dados
	Prática profissional	Médicos das UBS (n=4)	Entrevista semiestruturada
		Enfermeiros das UBS (n=3)	Entrevista semiestruturada
		Prontuários (n=59)	Revisão
	Usuário	Pacientes portadores de HAS (n=31)	Aplicação de questionário

*Crítérios de seleção das unidades e dos profissionais da assistência e definição da amostra de usuários e de prontuários*

A proposta inicial do projeto era selecionar duas unidades básicas de saúde (UBS) como campo de estudo em cada município, contemplando no mínimo quatro equipes de Saúde da Família. Os critérios de seleção foram os seguintes: unidades estruturadas, reconhecidas pelo seu bom funcionamento, com no mínimo duas equipes completas, e com profissionais médicos e enfermeiros atuantes na unidade por um período mínimo de três anos. Essas unidades deveriam ser indicadas pela equipe gestora

Em Belo Horizonte foram contempladas duas unidades: uma, com sete equipes e outra, com três. Todavia, em Camaragibe, onde a maioria das UBS possuía apenas uma equipe, foram contempladas quatro unidades, sendo três com uma equipe e uma, que servia de campo de estágio para um programa de residência médica, com duas equipes.

Quanto aos profissionais da assistência, o critério de escolha foi a vinculação ao cargo e à unidade selecionada para o estudo por um período mínimo de três anos, dado que um período menor poderia dificultar a avaliação do estabelecimento de vínculo com o usuário. Em Belo Horizonte, como as unidades possuíam mais de uma equipe, esses profissionais foram indicados pelo gerente da UBS, considerando o tempo na unidade. Em Camaragibe, foram entrevistados os profissionais das unidades selecionadas, exceto os da equipe cujo médico era residente.

Os critérios de inclusão dos usuários foram: pacientes reconhecidamente hipertensos, maiores de 20 anos, inscritos no Programa de Atenção aos Portadores de HAS da unidade há mais de três anos, e disponibilidade em participar da pesquisa. Quanto aos prontuários, a vinculação do paciente ao programa de hipertensão por período mínimo de três anos.

A intenção inicial na elaboração do projeto era definir o quantitativo de usuários e de prontuários a partir da utilização de técnica de amostragem probabilística, aleatória simples para os pacientes e sistemática para os prontuários. Contudo, os dados necessários para o cálculo da amostra não foram fornecidos antecipadamente, e características inerentes à organização das unidades visitadas não permitiram essa seleção. Para viabilizar a utilização dessas duas fontes de informação a opção por realizar amostragem por conveniência (não probabilística),<sup>34</sup> estabelecendo um quantitativo mínimo de 30 usuários e 30 prontuários, considerando o tempo disponível para a execução dessas atividades.<sup>35</sup>

### *A pesquisa de campo*

A pesquisa de campo em Belo Horizonte foi desenvolvida em setembro de 2007, ao passo que, em Camaragibe, no mês de outubro do mesmo ano. As entrevistas com o gestor, ou articulador da rede, e com o coordenador da atenção básica foram realizadas na Secretaria Municipal de Saúde, em horário previamente marcado pelo profissional a ser entrevistado. As

entrevistas dos gerentes das unidades aconteceram nas unidades em horário de disponibilidade dos mesmos. Em Camaragibe, este último informante foi substituído pelo gerente do distrito, pois não existe o cargo de gerente de UBS para as unidades de Saúde da Família. Um gerente foi entrevistado na Secretaria de Saúde e o outro em uma das unidades visitadas.

No âmbito da prática profissional, em cada município foram entrevistados quatro médicos e apenas três enfermeiros, por motivo de férias de um profissional dessa categoria em cada localidade. As entrevistas aconteceram na UBS, no intervalo entre os turnos de atendimento ou ao final do dia de trabalho.

Quanto à seleção dos prontuários, em ambos os municípios não havia cadastro estruturado de pacientes hipertensos por unidade, o que impossibilitou a seleção de forma sistemática. Em Belo Horizonte, na unidade com menor número de equipes, para selecionar os prontuários optou-se por recorrer ao cadastro da farmácia, que já estava organizado segundo microáreas. Então, foi estabelecido o percentual para cada microárea e um funcionário retirava as fichas do arquivo segundo o quantitativo estabelecido. Os prontuários correspondentes às fichas, que estavam organizados por famílias, foram selecionados, seguido de verificação se o paciente identificado como hipertenso estava cadastrado no programa há mais de três anos. Caso não, a ficha seguinte era selecionada. Nem sempre o prontuário solicitado a partir da listagem da farmácia era encontrado. Nestes casos, selecionava-se a ficha seguinte. Nessa unidade foram revisados 31 prontuários.

Na segunda unidade, que estava em processo de informatização dos prontuários, foi utilizada uma listagem de atendimento de adultos do mês anterior (agosto) fornecida pela gerente da unidade. A listagem continha o nome do paciente, o motivo da consulta, o médico que o atendeu e a equipe desse profissional, que possibilitava a identificação da microárea. A listagem estava organizada por dia de atendimento. Para selecionar os pacientes da listagem foi considerado o quantitativo de consultas de todas as microáreas da unidade cujo motivo

registrado era hipertensão arterial. A partir desse quantitativo e considerando um mínimo de trinta prontuários, foram selecionados os pacientes.

Para a retirada do prontuário a partir da listagem era necessário que um funcionário acessasse o banco de dados de cadastro de pacientes e anotasse a data de nascimento, pois o arquivo de prontuários estava organizado por equipe e data de nascimento do paciente. Nem sempre o paciente selecionado era portador de HAS. Algumas vezes o paciente selecionado não estava diagnosticado como portador de HAS há mais de três anos. Neste caso, a substituição era por outro paciente da mesma microárea, seguindo a ordem da listagem. Dessa forma, a execução dessa atividade demorou mais do que o planejado, mesmo contando com a colaboração do profissional da unidade. Nessa unidade foi possível revisar 30 prontuários. Ao total, nas duas unidades de Belo Horizonte foram revisados 61 prontuários.

Em Camaragibe, as quatro unidades eram pequenas, não dispoño de listagem de hipertensos. Os prontuários estavam organizados por famílias, segundo microáreas. Os prontuários de famílias com hipertensos foram identificados pelo auxiliar de enfermagem da equipe e separados por microárea. Após a verificação se o paciente era realmente hipertenso e se havia sido diagnosticado como tal há mais de três anos, a revisão era efetuada. Nesse município, nas quatro unidades visitadas, foram revisados ao todo 59 prontuários.

A aplicação dos questionários com usuários, em ambos os municípios, foi realizada nas UBS durante o horário de atendimento, antes e depois de atividades de grupo e das consultas.

A abordagem do usuário para a realização das entrevistas consumiu mais tempo do que o previsto no pré-teste do instrumento de coleta de dados. A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente durava em média cinco minutos, e parcela daqueles que foram abordados apresentou dificuldade na compreensão de alguns itens

do questionário. Como esta atividade foi realizada durante o horário de atendimento, alguns pacientes eram chamados para a consulta antes do término da aplicação do questionário e, ao sair, optavam por não aguardar a disponibilidade do entrevistador, que, por vezes, estava entrevistando outro paciente, ocorrendo perdas.

Em Camaragibe, em uma unidade de difícil acesso foram entrevistados cinco usuários em suas residências, porque no dia de disponível para visita a essa UBS não havia hipertensos agendados para consulta.

Foram aplicados 59 questionários com usuários portadores de HAS em Belo Horizonte, e em Camaragibe, 31.

### *Tratamento dos dados*

A apresentação e a análise dos resultados foi organizada a partir das três dimensões identificadas para o vínculo longitudinal, e em base aos critérios e indicadores eleitos para avaliação das dimensões (quadro 3). A investigação contemplou três perspectivas: gestão do sistema, prática profissional e ponto de vista do usuário, dependendo do indicador a ser respondido.

Na primeira dimensão, composta de três critérios e sete indicadores (quadro 5), o primeiro critério (presença de adscrição de clientela) foi investigado no âmbito da gestão e da prática profissional. As entrevistas com os profissionais da assistência serviram para verificar os supostos benefícios e dificuldades da adscrição de clientela. O segundo critério (Reconhecimento da UBS por pacientes hipertensos como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde) foi verificado principalmente a partir do questionário com usuários (vide anexo); e os dados oriundos da entrevista com os profissionais da assistência apoiaram a discussão. Para a análise do terceiro critério (Percentual de hipertensos

cadastrados em relação à população adulta adscrita) foram consideradas as informações obtidas no âmbito da gestão do sistema e da gerência da UBS (quadro 5).

**Quadro 5: Critérios e indicadores para a investigação primeira dimensão do vínculo longitudinal segundo âmbito de investigação**

Dimensão: Identificação e reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados		
Critérios	Indicadores	Âmbito investigado
1. Presença de adscrição de clientela	% de cobertura da ESF	Gestão
	Benefícios da adscrição de clientela	Prática profissional
2. Reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados	Utilização da UBS como local de atendimento para antigos e novos problemas de saúde por pacientes hipertensos	Prática profissional, Usuários
	Busca de outras Unidades nos últimos 12 meses	Usuários
	Procura da UBS para problemas inespecíficos	Usuários
	Desejo de mudar de UBS	Usuário
3. Hipertensos cadastrados	Percentual de hipertensos cadastrados em relação à população adulta adscrita	Gestão

Na investigação da segunda dimensão, composta por oito critérios e treze indicadores (quadro 6), o questionário com o usuário foi a principal fonte de informação. O primeiro critério (Existência de médico e enfermeiro de referência para o atendimento de rotina), investigado a partir de três indicadores, também contemplou o âmbito da prática profissional, através da revisão de prontuários.

A análise do segundo critério (confiança no profissional de referência), para o qual foram contruídos três indicadores, contemplou apenas o ponto de vista do usuário. Já o terceiro critério, conhecimento do histórico familiar e social do paciente por parte do profissional também foi investigado no âmbito da prática profissional, na intenção de averiguar se esse tipo de informação encontrava-se valorizado no acompanhamento do paciente.

Quanto ao quarto e quinto critérios, informações oriundas da entrevista com profissionais da assistência complementaram a discussão. Já o sexto critério, Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente, foi averiguado somente no âmbito da prática profissional, a partir da revisão de prontuários.

A investigação do sétimo critério teve como principal fonte o questionário com o usuário, mas as entrevistas com os gerentes e com os profissionais da assistência forneceram informações adicionais para a discussão. Assim, os três âmbitos foram contemplados. O oitavo critério foi averiguado apenas no âmbito da gestão (quadro 6).

**Quadro 6: Critérios e indicadores para a investigação da segunda dimensão do vínculo longitudinal segundo âmbito de investigação**

Dimensão: Relação Interpessoal		
Critérios	Indicadores	Âmbito investigado
1. Existência de médico e de enfermeiro de referência para o atendimento de rotina	% de pacientes atendidos por um único médico nos últimos 12 meses	Prática profissional, Usuários
	% de pacientes que reconheciam médico de referência	Usuários
	% de pacientes que sabiam o nome do médico de referência	Usuários
2. Confiança no profissional de referência	% de usuários que confiam na competência do médico	Usuários
	% de usuários que acreditam no interesse do médico por seus problemas	Usuários
3. Conhecimento do histórico social do paciente por parte do profissional	% de usuários que acreditam que médico conheça seu histórico familiar e social	Usuários
4. Espaço, durante o atendimento, para discussão do tratamento	% de usuários que afirmam tempo suficiente para esclarecimentos durante a consulta	Usuários
	% de usuários que sempre/quase sempre fazem perguntas sobre o tratamento	Usuários
5. Orientações de forma que o paciente compreenda	% de usuários que sempre/quase sempre compreendem a fala do médico	Usuários
6. Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente	Registro de queixas por motivos psicológicos	Prática profissional
	Registro de conduta relativa à queixas por motivos psicológicos	Prática profissional
7. Espaço para demanda espontânea	% de usuários que tentaram e não conseguiram marcar consulta nos últimos 12 meses	Usuários
8. Ausência de vacância de cargo na APS (médicos e enfermeiros)	% de equipes incompletas em outubro de 2007	Gestão

Na investigação da terceira dimensão, composta por três critérios e oito indicadores, o primeiro critério contemplou exclusivamente o âmbito da prática profissional, a partir da revisão de prontuários (quadro 7). O segundo critério foi averiguado a partir do questionário com o usuário; e o terceiro contemplou o âmbito da gestão e o da prática profissional.

As entrevistas realizadas com profissionais da gestão, além de buscar responder a alguns critérios, também foram utilizadas para complementar as informações sobre a implementação do modelo assistencial e para discutir os fatores que favorecem e que

dificultam o vínculo longitudinal. As entrevistas com os gerentes de unidades (ou de distritos) auxiliaram na apreensão das características do atendimento aos portadores de hipertensão arterial nas UBS.

**Quadro 7: Critérios e indicadores para a investigação da terceira dimensão do vínculo longitudinal segundo âmbito de investigação**

<b>Dimensão: Continuidade da informação</b>		
<b>Critérios</b>	<b>indicadores</b>	<b>Âmbito investigado</b>
1. Registro adequado de todo atendimento	% de prontuários com registro de IMC	Prática profissional
	% de prontuários com registro de perímetro abdominal	Prática profissional
	% de prontuários com registro do tipo de hipertensão	Prática profissional
	% de registros com anotação do anti-hipertensivo	Prática profissional
	% de registros com letra legível	Prática profissional
	% de prontuários com todos os registros ordenados cronologicamente	Prática profissional
2. Conhecimento, por parte do médico, de todos os exames realizados	% de usuários que acreditam que o médico tenha informação sobre os exames realizados	Prática profissional, Usuários
3. Funcionamento dos mecanismos de referência	Funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência	Gestão, Prática profissional

Para o tratamento dos dados oriundos da entrevistas com os profissionais da assistência os tópicos foram contruídos a partir dos indicadores investigados no âmbito da prática profissional, a saber: efeitos da adscrição de clientela; reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados; interferência dos fatores socioeconômicos no tratamento do paciente; espaço, durante o atendimento, para discussão do tratamento; orientações de forma que o paciente entenda; espaço para demanda espontânea; informação sobre os exames realizados pelo paciente; por fim, funcionamento dos mecanismos de referência e de contrarreferência. As respostas foram tratadas sob o referencial da análise de conteúdo, iniciando-se por leitura vertical de cada uma das entrevistas, seguida de leitura horizontal de todas as entrevista por dimensão e por município. Nesse processo, para cada critério foram identificadas as categorias para análise das respostas.<sup>36,37</sup>

Para o tratamento dos dados quantitativos oriundos do questionário com usuários e da revisão de prontuários foi efetuada a digitação em banco de dados em Excel, com a elaboração posterior de frequências simples e valores relativos. Por se tratar de estudo

qualitativo, em que não há intenção de generalizar resultados, não foi feito teste de significância estatística para as variáveis.

Visando à caracterização dos municípios com relação à oferta e à organização da rede de serviços vinculados ao SUS foram utilizados documentos elaborados no âmbito da gestão e dados disponibilizados em bases nacionais. Entrevistas com profissionais da equipe gestora complementaram informações sobre a organização da rede de serviços de saúde no município.

## Considerações éticas

Para a realização da pesquisa de campo houve contato prévio com a equipe gestora dos municípios eleitos para campo do estudo. O projeto foi enviado aos gestores juntamente com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável pela realização da pesquisa, no caso, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com parecer número: 052/2007. Em Belo Horizonte o projeto foi avaliado pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde, como parecer número: 068/2007. Em Camaragibe, que não possuía CEP, o projeto foi apreciado por profissionais da equipe gestora. A pesquisa de campo teve início somente após a manifestação de acordo dos Secretários ou substitutos do cargo dos municípios.

Para as informações obtidas através da entrevista aos usuários e profissionais da assistência foi assegurado o sigilo na divulgação dos resultados. Já para os profissionais da equipe gestora, cujo anonimato torna-se difícil por se tratar de um informante privilegiado que, mesmo não tendo seu nome divulgado, a identificação torna-se possível pelo cargo ocupado, foi solicitado autorização para a divulgação dos resultados.

A todos os entrevistados foi apresentado o TCLE informando sobre a não obrigatoriedade da participação e a ausência de malefícios e de benefícios diretos, além de esclarecimentos individuais sobre a pesquisa a ser realizada.

## Caracterização dos Municípios estudados

Os dois municípios que conformaram o campo de estudo possuem características demográficas e socioeconômicas distintas. Belo Horizonte é a quarta maior cidade do país, com cerca de 2,4 milhões de habitantes, contando alta cobertura por planos de saúde, baixo índice de pobreza e baixa proporção de habitantes com menos de um ano de estudo. Por sua vez, Camaragibe, município da região metropolitana do Recife, possui cerca de 150.000 habitantes, proporção elevada de habitantes com baixa escolaridade, elevado índice de pobreza e forte dependência de repasses federais (quadro 8).

**Quadro 8: Indicadores socioeconômicos em Belo Horizonte e em Camaragibe**

Indicadores	Belo Horizonte	Camaragibe
Área total <sup>#</sup>	331 km <sup>2</sup>	52 km <sup>2</sup>
Índice de pobreza (2006) <sup>#</sup>	5,43	74,48
PIB percapita (2006) <sup>#</sup>	R\$ 13.636,00	R\$ 3.118,00
% da população > 15 anos com menos de 1 ano de estudo (2000) <sup>#</sup>	4,0	10,5
% da população com mais de 10 anos de estudo (2000) <sup>#</sup>	34,2	16,4
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município (2006)*	52,4	90,5
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 (2006)*	19,5	15,9
Cobertura por plano de saúde (2007)**	43,4	9,2

Fontes: IBGE<sup>#</sup>, SINASC<sup>##</sup>, SIOPS\* e ANS\*\* - Acesso em maio/2009.

### *O modelo de atenção e a rede de serviços vinculados ao SUS em Camaragibe*

Camaragibe foi habilitado em gestão simplificada em 1995, passando à gestão plena do sistema no ano de 1998, segundo a NOB 1/96. Foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o PSF, ainda em 1994, como programa especial. Em 1995, o programa foi considerado uma estratégia de conversão do modelo de atenção à saúde. Por ter-se beneficiado da continuidade administrativa, houve avanços significativos na estruturação da rede básica e o município foi reconhecido como experiência bem-sucedida na região e no país.<sup>38</sup>

No momento da pesquisa de campo havia 35 unidades básicas e quarenta equipes de saúde da família (ESF), distribuídas nos cinco territórios do município. Existiam ainda outros serviços do primeiro nível de atenção: Saúde Bucal, Residências Terapêuticas e um Núcleo de Vigilância Sanitária e Ambiental com cobertura 100% do território (quadro 9). As unidades de Residências Terapêuticas não estavam informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).<sup>39</sup>

**Quadro 9: Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS em Camaragibe, segundo esfera administrativa – Dezembro/2007**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Privada</b>	<b>Total</b>
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	0	35	0	35
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	1	3	4	8
Consultório Isolado	0	0	3	3
Hospital Especializado	0	1	2	3
Hospital Geral	0	0	1	1
Policlínica	0	3	1	4
<i>Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia</i>	0	2	0	2
Unidade de Vigilância em Saúde	0	1	0	1
Unidade Móvel Terrestre	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>58</b>

Fonte: DATASUS/CNES – acesso em maio/2009.

A rede de média complexidade era formada por uma Central de Regulação, um Núcleo de Reabilitação, um CAPS, uma Maternidade, uma Casa do Homem e da Mulher, três Centros de Especialidades Médicas (CEMEC's), um laboratório municipal 24 horas, um Hospital Geral, dois Hospitais psiquiátricos e três laboratórios (quadro 9). Camaragibe era referência para os habitantes de um município vizinho para alguns procedimentos do segundo nível de atenção.<sup>36</sup>

Os dois hospitais psiquiátricos, um, com 700 e outro, com 200 pacientes, estavam com as portas de entrada fechadas, buscando atender às recomendações da Política Nacional de Saúde Mental. Na intenção de colaborar com soluções, a Secretaria de Saúde de Camaragibe implementou as residências terapêuticas e agilizou a implantação de equipes de saúde mental.

No entanto, em virtude de a maioria dos pacientes internados ser oriunda de outras municipalidades, a solução dependia de pactos intermunicipais.

Outro problema dizia respeito ao hospital geral, de natureza privada, contratado ao SUS e com oferta de procedimentos de ortopedia de maior complexidade. Como a realização de procedimentos dessa especialidade era mais vantajosa economicamente, a gerência da unidade não tinha interesse em aumentar a oferta de internações em clínica médica e pediatria, cujo quantitativo era considerado insuficiente. A referência externa para o município de Recife, que tem rede de serviços da esfera estadual, também apresentava dificuldades.

### *O modelo de atenção e a rede de serviços vinculados ao SUS em Belo Horizonte*

Em Belo Horizonte, quarta maior cidade do país e capital do estado de Minas Gerais, o processo de responsabilização pelo setor saúde é anterior à regulamentação do SUS. Em fins da década de 1980 teve início a oferta de serviços básicos a partir de distritos sanitários. Em 1991, já sob a vigência da NOB SUS 91, ocorreu a transferência da gestão da rede ambulatorial básica para a equipe local, mas sem a ampliação da discussão sobre a mudança de modelo assistencial.

Em 1994, o município assumiu a gestão semiplena, alcançando maior autonomia financeira para gerir a rede de serviços. Alguns projetos foram implantados, dentre eles o Projeto Vida, que tinha por finalidade o enfrentamento da mortalidade infantil. A implantação desse projeto chamou a atenção para problemas de acesso na rede básica, em especial para casos agudos. Essa constatação promoveu a discussão sobre a adoção do ‘Acolhimento’ como diretriz para a organização do atendimento na rede básica, que implicava mudanças, dentre outros aspectos, no processo de trabalho para a ampliação do acesso e do atendimento da demanda espontânea.<sup>40</sup>

A partir de 2002, a crença no potencial do PSF para estruturar a rede de serviços e os incentivos financeiros oriundos da esfera federal motivaram a implantação desse programa. No período da pesquisa de campo a rede básica estava organizada principalmente através da Estratégia Saúde da Família. Mas o ‘Acolhimento’, que é o princípio orientador do modelo ‘Em defesa da Vida’, permanecia como diretriz da APS local, o que ocasionava certo hibridismo de modelos na estruturação dos serviços.

O município contava, em outubro de 2007, com 508 equipes de saúde da família em 145 unidades básicas (quadro 10). Todas as equipes possuíam população adscrita<sup>41</sup> e sua cobertura abarcava cerca de 75% da população.

**Quadro 10: Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS em Belo Horizonte segundo esfera administrativa – Dezembro/2007**

Tipo de Estabelecimento	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	0	0	1	0	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	0	0	144	1	145
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	2	1	26	334	363
Consultório Isolado	0	0	1	1731	1732
Cooperativa	0	0	0	24	24
Hospital Dia	0	0	2	12	14
Hospital Especializado	0	8	0	39	47
Hospital Geral	1	2	1	29	33
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	0	1	0	0	1
Policlínica	0	0	7	6	13
Pronto-Socorro Especializado	0	1	0	1	2
Pronto-Socorro Geral	0	1	7	0	8
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	0	10	257	269
Unidade de Vigilância em Saúde	0	0	20	0	20
Unidade Móvel Pré-Hospitalar - Urgência/Emergência	0	1	1	0	2
Unidade Móvel Terrestre	0	0	1	3	4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>221</b>	<b>2437</b>	<b>2678</b>

Fonte: DATASUS/CNES – acesso em maio/2009.

A rede de serviços vinculados ao SUS em Belo Horizonte, que conta com várias unidades de maior complexidade (quadro 10), encontrava-se organizada a partir de nove Distritos Sanitários, com espaço territorial e populacional definidos (figura 1). Todos os distritos possuíam unidades hospitalares e ambulatoriais (unidades básicas e secundárias,

como os Postos de Assistência Médica e Centros de Referência em Saúde Mental, e unidades de urgência e emergência) vinculadas ao SUS.

**Figura 1: Município de Belo Horizonte segundo distritos sanitários**



Fonte: extraído de: [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)

Enquanto polo da região metropolitana, Belo Horizonte exercia a função de referência para algumas especialidades, tanto na atenção ambulatorial especializada quanto na hospitalar. Centros de Especialidades com cardiologia, dermatologia, ortopedia, otorrinolaringologia, mastologia, endocrinologia e neurologia estavam em fase de implantação nos distritos.

#### *Os indicadores de saúde nos municípios campo do estudo*

Alguns dos dados disponibilizados pelo Datasus relacionados à mortalidade e à morbidade subsidiam a elaboração do perfil de saúde da população dos municípios. Como pode ser visualizado na tabela 1, em se tratando de causas específicas, os dois municípios

apresentam diferenças, embora o coeficiente de mortalidade geral seja próximo (5,6 em Camaragibe e 5,8 em BH para o ano de 2006).

**Tabela 1: Coeficientes de mortalidade por causas selecionadas (por 100.000 habitantes) -2006**

<b>Causa do Óbito</b>	<b>BH</b>	<b>Camaragibe</b>
Aids	6,3	4,7
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	17,2	15,5
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	3,6	5,2
Infarto agudo do miocárdio	28,8	52,5
Doenças cerebrovasculares	53,1	59,9
Diabetes mellitus	17,6	38,6
Acidentes de transporte	20,7	13,3
Agressões	40,6	51,2

Fonte: DATASUS/SIM – acesso em julho/2009.

Com relação aos serviços de APS, alguns indicadores do Pacto da Atenção Básica, à exceção da baixa concentração de consultas de pré-natal em Camaragibe, apontam para bom desempenho em ambas as localidades (tabela 2). A observação com relação a esses resultados é que tais indicadores não sofrem correções por subnotificação e recorrem às bases de dados administradas pelo Datasus como principal fonte, o que exige certa cautela na sua análise.

**Tabela 2: Indicadores do Pacto da Atenção Básica em BH e Camaragibe 2005**

<b>Indicadores/Municípios</b>	<b>BH</b>	<b>Camaragibe</b>
Coeficiente de mortalidade infantil	14,6	15,1
% de Nascidos vivos com baixo peso ao nascer	11,0	8,2
% de óbitos infantis por causa mal definidas	4,7	0,0
Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos (por 1000)	21,8	17,0
Taxa de internação por doença diarreica aguda em menores de 5 anos (por 1000)	9,2	7,7
Coeficiente de mortalidade neonatal tardia	2,9	2,9
% de partos cesário	48,8	43,7
% de mães de nascidos vivos com mais de seis consultas de pré-natal	70,1	52,4
% de mães adolescentes (2006)	13,9	22,4
Taxa de internações por AVC (por 10.000 habitantes)	19,5	18,3
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (por 10.000 habitantes)	38,7	40,4
% de hipertensos cadastrados*	11,3	17,7
% de internações por complicações por diabetes	1,1	1,6
% de diabéticos cadastrados**	9,7	14,4
% de abandono tuberculose	5,7	8,0
Taxa de incidência de tuberculose (por 10.000 habitantes)	21,6	25,2

Fonte: Datasus – indicadores do Pacto da Atenção Básica - acesso em 14/05/2009. \*Denominador = 35% da população com 40 anos ou mais. \*\*Denominador = 11% da população com 40 anos ou mais

Ainda assim, observando as características socioeconômicas e a presença de elementos desfavoráveis para o gerenciamento da rede de serviços SUS, os resultados positivos de alguns dos indicadores do Pacto da Atenção Básica sugerem Camaragibe como uma experiência bem sucedida de estruturação dos serviços de APS.

## Referências

- <sup>1</sup> Teixeira C, Sola J. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafio e perspectivas. In: Lima NS, Gershman S et al. Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 451-73.
- <sup>2</sup>Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [periódico na Internet] 2004. abr [acesso em julho de 2009]; 1(2). 5-10. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/revista/default.asp>
- <sup>3</sup>Campos GW. Debate sobre o artigo de Conill: Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 sup 1:7-27.
- <sup>4</sup> Almeida C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência e Saúde Coletiva 1999; 4 (2): 263-88.
- <sup>5</sup> Gêrvias J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social em los países desarrollados y en desarrollo. Revista Brasileira de Epidemiologia 2006; 9 (3): 384-400.
- <sup>6</sup> Vianna ALD, Dal Poz MR, (coordenadores) Reforma em Saúde no Brasil: Programa Saúde da Família; informe Final. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 166), 1998.
- <sup>7</sup> Franco TB, Merhy EE Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um modelo destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM et al. O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 15-36
- <sup>8</sup> Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol. Community Health 2006; 60; 13-19. Disponível em: [www.jech.bmjournals.com](http://www.jech.bmjournals.com) . Acesso em 19 de dezembro de 2005.

- <sup>9</sup> Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
- <sup>10</sup> Maeseneer. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of family medicine* 2003; 1 (3): 144-48.
- <sup>11</sup> Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20 (3): 226-233.
- <sup>12</sup> Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7: 352-57.
- <sup>13</sup> Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. *Annals of Medicine* 2004; 2 (5): 445-51.
- <sup>14</sup> Números da Saúde da Família. disponível em:  
[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao\\_sf.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php) . Acesso em 15/04/2009.
- <sup>15</sup> 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):278-89.
- <sup>16</sup> Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002 (mimeo) 2002.
- <sup>17</sup> Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília; 2005
- <sup>18</sup> Felisberto, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):553-63.
- <sup>19</sup> Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. in Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. p 41-63
- <sup>20</sup> Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):705-711.
- <sup>21</sup> Worthen B.; Sanders J., Fitzpatrick J. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: Worthen B. et al (Org). Avaliação de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo: Editora Gente; 2004. p. 33-58.
- <sup>22</sup> World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Europe: WHO; 1992.
- <sup>23</sup> Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde – Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 2006

- <sup>24</sup> Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- <sup>25</sup> Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Annals of Family Medicine* 2003; 1(3):134-45
- <sup>26</sup> Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores. In: OPAS, 1992. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington DC: Editora OPAS. p. 555-563. (Publicación Científica)
- <sup>27</sup> Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- <sup>28</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; 16 -2006
- <sup>29</sup> Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friendeberg LA. Measuring consumer experiences with primary care . *Pediatrics* 2000; 105:998-1003.
- <sup>30</sup> Harzhein E, Starfield B, Rajmil L, Stein AT. Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(8):1647-1659.
- <sup>31</sup> 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 (BR); 2006
- <sup>32</sup> Leiyushi DRPH, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice* 2001; 50 (2)
- <sup>33</sup> Teixeira C F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003;27(65):257-277
- <sup>34</sup> Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan. 2000. p 340-346
- <sup>35</sup> Needle RH, Trotter RT, Goosby E, Bate C, Von Zinkernagel, D. Um Guia para Conduzir Avaliação Rápida e Pronta Resposta (RARE) na Comunidade – Departamento de Saúde Pública e Assistência - Escritório de Políticas de HIV/AIDS. 2000 (mimeo)
- <sup>36</sup> Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF et al. *Pesquisa Social – Teoria método e criatividade*. Petrópolis RJ: Editora Vozes. P 67-80.
- <sup>37</sup> Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1995

<sup>38</sup> Silva RM. A Autonomia Municipal na Implementação de Políticas Nacionais de Saúde: O PSF em Camaragibe. (Dissertação de Mestrado) Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2002

<sup>39</sup> Secretaria Municipal da Saúde de Camaragibe. Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

<sup>40</sup> Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 (tese de doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2001.

<sup>41</sup> Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte. A Atenção Básica em Belo Horizonte: recomendações para a organização local. Belo Horizonte, 2006.

# **Capítulo I. Longitudinalidade/Continuidade do Cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro<sup>1</sup>**

## **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 sua vez, o termo não é usual entre os autores brasileiros e, na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido similar. Nesse sentido, 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 similaridade 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.

Apoio financeiro: Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005

---

<sup>1</sup> Artigo aprovado para publicação em marco/2009. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

**Longitudinality/continuity of care: Identifying dimensions and variables to assess  
Primary Care in the context of the Brazilian public health system**

**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 fulfilment 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 line with these dimensions.

Keywords: Primary health care, longitudinality/continuity of care, assessment in primary care

## 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 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 em países que possuem sistemas organizados a partir da APS.<sup>1,2,3</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 de 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 têm sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS nos Estados Unidos e no Brasil.<sup>6,7,8,9,10</sup>

Dentre os atributos identificados por Starfield,<sup>5</sup> a longitudinalidade tem sido considerada uma característica central e exclusiva da APS. Para esta autora, trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou por equipe de APS para os múltiplos episódios de doença e para os cuidados preventivos. Neste acompanhamento está implícita uma relação terapêutica caracterizada pela responsabilidade por parte do profissional de saúde e pela confiança por parte do paciente.<sup>11,12</sup> O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade.<sup>11,13</sup>

Em artigos relativos à APS, o termo “continuidade do cuidado” é utilizado, muitas vezes, com significado similar ao de longitudinalidade. Contudo, 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 à sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões relativas 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> diferenciam longitudinalidade de continuidade do cuidado. Entendem a longitudinalidade como o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, enquanto a continuidade do cuidado seria o acompanhamento por um mesmo médico, ou não, de um problema específico do paciente. Ressaltam ainda que a continuidade não é elemento característico da Atenção Primária nem exige 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 a melhoria da sua qualidade. Neste sentido, algumas iniciativas de caráter governamental constituem incentivos para a realização de avaliações internas e externas.<sup>17</sup> Entretanto, instrumentos que avaliem os processos utilizados para alcançar a efetividade neste nível assistencial ainda são raros e pouco sensíveis.

Quanto a esse aspecto, métodos que avaliem o atendimento da ‘longitudinalidade’ podem ser oportunos, posto que tal atributo está relacionado à efetividade na APS. Por sua vez, a palavra ‘longitudinalidade’ não é usual na literatura nacional, tampouco há consenso quanto a sua definição e forma de medição.

Pelo exposto, este estudo consiste na 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 à discussão sobre o monitoramento e a avaliação da Atenção Primária no contexto brasileiro.

## Método

Para melhor definir o termo longitudinalidade e identificar suas dimensões, a opção foi por desenvolver a revisão bibliográfica acerca da temática, o que teve início a partir de artigos e textos indicados por especialistas da área. Em seguida deu-se a busca por outros artigos, tanto com base nas referências citadas pelos autores inicialmente consultados quanto nos bancos de dados Medline, Scielo e Lilacs. Nesta busca, realizada durante os meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007, foram utilizados os termos ‘longitudinalidade’ e ‘continuidade do cuidado’ como descritores, vinculados à expressão ‘atenção primária’.

Visando à seleção dos artigos, os seguintes critérios foram tomados em conta: estudos ou análises críticas relativas à longitudinalidade e/ou à continuidade do cuidado na APS e a disponibilidade do artigo completo, de forma gratuita. Foram excluídos trabalhos relacionados ao tratamento de patologias específicas e ao 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 desses 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. No primeiro, foram contemplados os autores cujo foco é a definição dos termos e a identificação de suas dimensões. Como base para essa discussão estão os pressupostos conceituais de Starfield, uma vez que a sua obra 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 explicitem necessariamente uma referência conceitual. O terceiro grupo abrange os autores que utilizam metodologia específica a fim de mensurar a longitudinalidade e/ou a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, de explicitar seus benefícios (quadro 2). Por fim, a proposta de variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto brasileiro é contemplada na discussão dos resultados.

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

Autor	Termo	Interpretação	Referência conceitual
Haggerty et al. (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 ( <i>personal continuity</i> ).	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 et al. (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 et al. (2003)	Continuity in family medicine - longitudinality	Relação pessoal entre médico e paciente ao longo do tempo.	Starfield (1998)
Nutting et al. (2003)	Continuity of care	Relação médico-paciente ao longo do tempo.	Institute of Medicine (1994) - McWinney (1981)
Fan et al. (2005)	Continuity of care	Relação entre médico e paciente, caracterizado por confiança e senso de responsabilidade.	Saultz (2003)
Sánchez et al. (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 et al. (2001)	Continuity of care	Relação ao longo do tempo entre médico e paciente.	Starfield (1992)

### *Qual a definição de longitudinalidade?*

Do conjunto da literatura investigada, podemos considerar que seis autores buscam definir a longitudinalidade e ou a continuidade do cuidado. Desses, Starfield,<sup>5</sup> McWinney<sup>18</sup> e Institute of Medicine<sup>19</sup> são publicações conceituais relativas à APS. Os outros conformam 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).

A revisão sistemática elaborada por Haggerty et al.,<sup>20</sup> do primeiro grupo de autores, constitui-se em esforço para a 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, da confiança e do 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*: 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, os valores e o 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 os dois termos são utilizados por muitos autores com sentido similar. Por sua vez, essa revisão sistemática acrescenta elementos à discussão, ao afirmar que o acesso aos serviços de saúde constitui pré-requisito para a continuidade do cuidado e que a coordenação do cuidado é 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 a revisão sistemática como método. Esse autor, que cita como referência conceitual os postulados de McWinney,<sup>18</sup> encontrou falta de consenso na definição do termo como resultado, mas identificou suas múltiplas dimensões, a saber: *informativa, cronológica ou longitudinal, interpessoal, geográfica, interdisciplinar e continuidade familiar*.

Embora tenha destacado seis dimensões, Saultz<sup>12</sup> conclui que a continuidade do cuidado engloba a hierarquia de apenas três: informacional, longitudinal e interpessoal. A base hierárquica para a definição do termo seria a continuidade informacional, descrita como “coleção organizada de informação médica e social sobre cada paciente, disponibilizada para todos os profissionais de saúde que cuidam do mesmo”.

Todavia, como o conhecimento sobre o paciente não seria 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 se sinta 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 os serviços preventivos.

Em escala progressiva viria a continuidade interpessoal, descrita como relação médico-paciente em que o paciente conhece e confia no médico, assumindo-o como referência básica para a atenção à saúde. O médico, por sua vez, responsabiliza-se 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, a continuidade informacional e a continuidade relacional, aproximam-se 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 próximo do atributo da ‘coordenação’ referido por Starfield,<sup>5</sup> não é contemplado 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, ao passo que trata a continuidade informacional no âmbito do atributo da coordenação do cuidado.

McWinney utiliza o termo ‘continuidade do cuidado’, para o qual identifica cinco dimensões: informacional, cronológica, geográfica, interdisciplinar e interpessoal; e o Institute of Medicine, que também emprega o termo ‘continuidade do cuidado’, não cita dimensões.

Freeman e Hjortdahl<sup>18</sup> são mencionados 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 de esse tipo de continuidade exigir mais disponibilidade e compromisso por parte do profissional médico. Além do mais, alegam que a existência de relação duradoura não significa necessariamente que seja boa.

Outra afirmativa é que, por um lado, 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, esta relação favoreceria o retorno da eficácia do diagnóstico e do tratamento para o profissional.

Frente a essas questões, a alegação é que a continuidade longitudinal não seria imprescindível, mas a continuidade pessoal sim. 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 similar ao de longitudinalidade definido por Starfield. De um lado, a concordância diz respeito, principalmente, ao estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre paciente e profissionais de saúde da equipe APS. De outro, observa-se diversidade de nomenclatura e discordância na identificação das dimensões do atributo.

### *Longitudinalidade no contexto das reformas do setor saúde*

Como dito anteriormente, a longitudinalidade tem sido identificada como questão polêmica no âmbito das reformas que implicam a reorganização da oferta de serviços. Neste aspecto, Guthrie e Wyke,<sup>22</sup> assim como Freeman e Hjortdahl,<sup>21</sup> discutiram também 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 a progressiva relação médico-paciente, que assegura cuidados, levando em conta o contexto pessoal e social do paciente – de *continuidade do cuidado* – relacionada à prática moderna da Atenção Primária, na qual haveria a renúncia a uma atenção mais personalizada e duradoura em prol do atendimento por equipes maiores, que assegurassem a continuidade a partir da utilização de *guidelines* e registros eletrônicos.

Contudo, a suposta polêmica entre esses dois tipos de continuidade em nome da eficiência seria falsa em razão das evidências de que a continuidade pessoal traria vantagens, como a diminuição das internações e da utilização de serviços de emergência, bem como a 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 desse 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 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 a expressão simplesmente como 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 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 os tratamentos desnecessários.

A continuidade do cuidado também aumentaria a satisfação do usuário com o serviço, e a 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 a uma equipe de Saúde da Família, restringe, de certa forma, o direito de escolha do usuário com relação à eleição da fonte regular de cuidados.

As análises críticas de Ortún e Gervas<sup>13</sup> e de Gervas,<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. Por um lado, defende que este atributo deva ser considerado como resultado. Logo, os estudos deveriam estar direcionados para a melhor forma de alcançar o referido atributo na APS. Por outro, reconhece que há questões ainda não respondidas, como a legitimidade de impor a continuidade como 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 nem almeja identificar suas dimensões, pelo que não se encontra entre o primeiro grupo de autores, mas se destaca por buscar a compreensão dos fatores que influenciam a utilização de 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 a fidelidade como 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 a 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 que devem desempenhar 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 – mediante a 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 de o médico estar atualizado com relação às novas descobertas e respeitar a opinião do paciente. No tocante ao estabelecimento de vínculo longitudinal, questões como exigência 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 da 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 também foi verificada diversidade na interpretação do termo e, conseqüentemente, das unidades de análise (quadro2). Entretanto, 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, 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 co-morbidade, esses autores encontraram forte associação entre ‘continuidade do cuidado’ e ‘médico de família’, além de menores gastos em saúde, ou seja, os resultados do estudo indicaram que a longitudinalidade estava associada à eficiência na APS.

#### **Quadro I.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 et al. (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 et al. (2003)	Estudo de coorte (2 anos)	A utilização de uma fonte regular de cuidados de APS leva a menores gastos em saúde.
Nutting et al. (2003)	Estudo transversal	Pacientes vulneráveis valorizam mais a continuidade do cuidado. Tal fato pode interferir nos achados dos estudos.
Pasto-Sánchez et al (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 et al. (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 et al. (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.

Pressupondo que a valorização da continuidade do cuidado pode influenciar a satisfação do paciente com relação à atenção recebida, Nutting et al.<sup>27</sup> investigaram tal associação em estudo transversal. Os autores definiram a continuidade do cuidado como 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, à coordenação do cuidado e à comunicação interpessoal, bem como o grau de valorização da continuidade do cuidado por parte dos pacientes, pressupondo que tal valorização exerce influência na sua avaliação desse atributo. Os dados foram coletados a partir de observação direta e por meio de 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 a grupos de pacientes crônicos, a portadores de patologias complexas, aos idosos e à população de baixa renda, entretanto pessoas jovens e saudáveis talvez não tenham tanto interesse em manter 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 nesses países. Como foi dito, para estes autores, cuja referência conceitual é Starfield, longitudinalidade 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 diferentes graus de longitudinalidade e de continuidade entre os países investigados, dos quais 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 ao aumento da confiança neste médico, mas não necessariamente em 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 inquérito com pacientes atendidos em clínicas de atenção primária e registros administrativos desses serviços como fontes de informação. 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 mencionados apresentam resultados que demonstram a relevância da longitudinalidade e/ou da continuidade do cuidado, independente das dimensões e das 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 desse atributo com a qualidade do cuidado (quadro 2).

A associação entre continuidade do cuidado e episódios de internação a partir de estudo longitudinal foi investigada por Gill e Mainous,<sup>30</sup> que consideraram 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. Contudo, para as condições agudas passíveis de tratamento ambulatorial, 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 (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, os 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 o objetivo de investigar o efeito da continuidade na qualidade do cuidado, Cabana e Jee<sup>32</sup> conduziram revisão sistemática em que contemplaram 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 aí contemplados.

O termo utilizado foi ‘continuidade sustentada do cuidado’, tendo por referência os postulados de Starfield. Quanto aos critérios de seleção dos artigos, foram excluídos aqueles que: envolviam hospitalização anterior ou posterior, que não tinham período padronizado para a medição, e em 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 longitudinalidade e benefícios relacionados à situação de saúde dos pacientes. Dentre os resultados destacaram: 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 constata-se, a partir da bibliografia revisada, 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 do 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 similaridade entre os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado.

Para os dois primeiros autores – Institute of Medicine Washington<sup>19</sup> e Ian R. McWhinney<sup>18</sup> –, os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado seriam similares, ao passo que, para Starfield,<sup>5</sup> haveria diferenças conceituais. Outro grupo de autores (Saultz,<sup>12</sup> Harggety 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, o termo continuidade do cuidado tem sido utilizado na literatura especializada internacional com sentido similar, 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 à utilização de uma fonte regular de cuidado de Atenção Primária, o que pressupõe a existência de vínculo longitudinal. Contudo, 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 a Starfield, as palavras ‘vínculo’ e ‘continuidade’ têm sido utilizadas em lugar de longitudinalidade. Porém, 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 a de que na literatura brasileira referente à APS se faça 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 na utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo'. Para compor tal definição seria preciso assumir algumas das dimensões identificadas pelos autores aqui revisados. Tais dimensões são apresentadas e discutidas a seguir.

Ressalta-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 lugar do vínculo com um único médico traz a maior possibilidade de atender ao atributo da integralidade como uma das vantagens.<sup>5</sup>

#### *Dimensões do atributo da longitudinalidade/vínculo longitudinal*

A partir dos estudos aqui revisados, pode-se 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 da disponibilidade dessa fonte, que deve estar em consonância, em termos qualitativos e quantitativos, com as necessidades de saúde da população local.

Nesse sentido é possível 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 seus aspectos bio-psicossociais.

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. Assim, neste modelo, o paciente não é percebido em sua integralidade. Suas queixas psicossociais,

quando ouvidas, não são levadas em consideração. Além do mais, não se promove a autonomia do paciente, uma vez que não há a preocupação de 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>34</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. Todavia, como afirma Nutting et al.,<sup>27</sup> o vínculo com uma equipe de APS parece não ser interessante para determinados grupos, como os jovens, as pessoas saudáveis e/ou as pessoas de melhor poder aquisitivo. Ou seja, estes grupos podem não valorizar o vínculo como critério de qualidade na APS tanto quanto os 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 sua avaliação.

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 sua adesão às recomendações dos profissionais de saúde.

No que se refere à continuidade informacional, o desenvolvimento e/ou a 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. Entretanto, 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, estudos que avaliem a continuidade informacional no âmbito da Atenção Primária 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.

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 à 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 a qualidade da APS. Nesse aspecto, o instrumento elaborado por uma equipe da Universidade Johns Hopkins (*Primary Care Assessment tools -PCA-tools*) 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 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 as entrevistas com responsáveis por crianças cadastradas em uma unidade básica de saúde como fonte de dados. 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 informantes-chaves – e, ainda, amostra de usuários.

As questões que compõem o PCA-tools foram validadas pelos autores que testaram o instrumento, o que legitima sua utilização para avaliar a APS, considerando os quatro atributos identificados por Starfield. No entanto, ao afirmar a longitudinalidade/vínculo longitudinal como característica central da APS, dada a sua relação com a efetividade neste nível assistencial, a sugestão é que apenas este atributo seja utilizado para avaliar a qualidade da APS.

Por conseguinte, a proposta aqui apresentada é a de construção de um roteiro a partir do aproveitamento e da adaptação de algumas questões previamente testadas por Almeida e Macinko que compõem o PCA-tools, acrescentado novas variáveis e questões em consonância com as dimensões identificadas para o atributo.

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

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

(adaptado da versão brasileira do PCA-tools testado por Almeida e Macinko)

#### **Primeira dimensão: 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?

#### **Segunda dimensão: 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?

#### **Terceira dimensão: 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?

## **Considerações Finais**

O SUS avançou no processo de reorganização da Atenção Básica, inclusive com a ampliação da cobertura e a implementação de novos modelos assistenciais, mas ainda é um desafio melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção. 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 sua vez, o fato de o termo 'longitudinalidade' ainda não ser usual na literatura brasileira, além de haver discordâncias com relação aos quesitos que compõem o referido atributo na literatura internacional, permite 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 a realização de inquéritos com diferentes atores (diretores de unidades, profissionais ou grupo de pacientes). Nessa proposta, as opções de resposta não foram contempladas, porém a utilização de questionário fechado facilitaria o tratamento dos dados e permitiria a utilização de estratégias de avaliação rápida com a 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 prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e os 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.

### **Referências Bibliográficas**

- <sup>1</sup> 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: Health Services Research 2003; 38(3): 831-65.
- <sup>2</sup> Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005; 83 (3): 457-502.
- <sup>3</sup> World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Europe: WHO; 2004.
- <sup>4</sup> Giovanella, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (5): 951-63.
- <sup>5</sup> Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

- <sup>6</sup> Shi L. Type of Health Insurance and the Quality of Primary Care Experience. *American Journal of Public Health* 2000; 90 (12): 1.848-55
- <sup>7</sup> Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Bark RA, Nunda JP, Freedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105:998-1003. Disponível em: <[www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)>. Acesso em 25 de julho de 2006.
- <sup>8</sup> Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice* 2001; 50:161-175
- <sup>9</sup> Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Stein AT. Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(8):1.647-59.
- <sup>10</sup> 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 (BR); 2006.
- <sup>11</sup> Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. Bras. Epidemiol* 2005; 8(2): 205-18.
- <sup>12</sup> Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Annals of Family Medicine* 2003; 1(3):134-45
- <sup>13</sup> Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- <sup>14</sup> Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71:479-85.
- <sup>15</sup> 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):278-89.
- <sup>16</sup> Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002 (mimeo) 2002.
- <sup>17</sup> Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília; 2005.
- <sup>18</sup> McWhinney IR. The principles of family medicine. In: *A Textbook of Family Medicine*. Second edition. New York: Oxford University Press; 1997.

- <sup>19</sup> Committee on the future of primary care. Primary care: America's health in a new era. 1st ed. Washington, DC: Institute of Medicine: National Academy of Sciences; 1996. Disponível em: <<http://www.books.nap.edu/catalog/5152.html>>. Acesso em 16 de janeiro de 2007.
- <sup>20</sup> Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1.219-21. Disponível em: <[www.bmj.com](http://www.bmj.com)>. Acesso em 18 de janeiro de 2007.
- <sup>21</sup> Freeman, Hjortdahl. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314. Disponível em: <[www.bmj.com](http://www.bmj.com)>. Acesso em 18 de janeiro de 2007.
- <sup>22</sup> Guthrie B, White S. Does continuity in General Practice really matter? *BMJ* 2000; 321: 734-6. Disponível em: <[www.bmj.com](http://www.bmj.com)>. Acesso em 18 de janeiro de 2007.
- <sup>23</sup> World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Europe: WHO; 1992.
- <sup>24</sup> Christakis. Continuity of care: Process or outcome. *Annals of family medicine* 2003; 1 (3): 131-3.
- <sup>25</sup> Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Family Practice – an international journal* 2001; 18 (1): 53-8. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- <sup>26</sup> Maeseneer. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of family medicine* 2003; 1 (3): 144-8.
- <sup>27</sup> Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stage KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1:149-55. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- <sup>28</sup> 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* 2001; 33(1):22-7. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- <sup>29</sup> Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20 (3): 226-33. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em janeiro de 2007.

- <sup>30</sup> Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med 1998; 7: 352-7. Disponível em: <[www.archfammed.com](http://www.archfammed.com) >. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- <sup>31</sup> Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. Annals of Medicine 2004; 2 (5): 445-51. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em janeiro de 2007.
- <sup>32</sup> Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improves patient outcomes? The Journal of Family Practice 2004; 53 (12): 974-80. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- <sup>33</sup> Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2006.
- <sup>34</sup> Caprara A, Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva 2004; 9(1): 139-46.
- <sup>35</sup> Mendes EV. A Atenção Primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

## **Capítulo II. O Vínculo Longitudinal nos Modelos Assistenciais: abordagem na teoria e concepções no âmbito da gestão da Atenção Primária municipal**

### **RESUMO**

O vínculo longitudinal pode ser definido como ‘relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) ao longo do tempo, que se traduz na utilização da unidade básica de saúde (UBS) como fonte regular de cuidado para os vários episódios de doença e cuidados preventivos. O vínculo longitudinal na APS contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, diminuição dos custos da atenção e maior satisfação do paciente. Logo, propostas de modelos assistenciais para a organização da APS devem contemplar esse atributo. Este estudo tem por objetivo discutir a presença de elementos favorecedores do vínculo longitudinal na abordagem teórica das propostas de modelos assistenciais organizadores da APS no contexto do SUS, bem como a reprodução desses elementos nas concepções vigentes no âmbito da gestão da APS municipal. Duas propostas atuais de modelos assistenciais foram identificadas e analisadas: ‘Saúde da Família’, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, e ‘Em Defesa da Vida/Acolhimento’. Como resultado: o vínculo longitudinal está presente na concepção teórica dos dois modelos, contudo, o modelo Em Defesa da Vida, por privilegiar a subjetividade do sujeito e a ampliação da clínica, contempla melhor o atributo. A análise das concepções no âmbito da gestão aponta para a incorporação de novos elementos favorecedores do vínculo nos dois modelos.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Modelos assistenciais, Vínculo longitudinal na Atenção Primária.

Apoio financeiro: *Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005*

## Introdução

Este estudo discute a presença de elementos favorecedores do vínculo longitudinal na abordagem teórica das propostas de modelos assistenciais organizadores da Atenção Primária em Saúde (APS) no contexto do SUS, bem como a reprodução desses elementos nas concepções vigentes no âmbito da gestão da APS municipal.

Vínculo longitudinal é aqui definido como relação terapêutica duradoura entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e na utilização da Unidade Básica de Saúde como fonte regular de cuidados para os vários episódios de doença e para os cuidados preventivos.<sup>1</sup> O atendimento a este atributo contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de estar relacionado à: diminuição dos custos da atenção,<sup>2</sup> diminuição de internações por causas sensíveis ao tratamento ambulatorial<sup>3</sup> e maior satisfação do paciente.<sup>4,5</sup>

No Brasil, fortalecimento da APS tornou-se uma das prioridades para viabilizar a implementação do SUS em acordo aos princípios legalmente estabelecidos. Como os modelos de atenção à saúde anteriores à institucionalização do SUS não eram condizentes com as diretrizes da nova política, esse fortalecimento apresentou como requisito a mudança do modelo assistencial.

As concepções de modelos assistenciais por parte dos diferentes autores que discutem a temática não são totalmente coincidentes.<sup>6,7,8</sup> Para Merhy<sup>6</sup> (p.16-18) trata-se do “modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção do ato de cuidar”. Esse autor acrescenta que, a forma de organizar e ofertar as ações e serviços de saúde sofre influências da percepção de gestores e, principalmente, dos profissionais de saúde, que decidem sobre quais condições devem ser reconhecidas como problema de saúde e como tais condições devem ser enfrentadas.

Já Paim define o termo como “combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e atendimento às necessidades de saúde, individuais e coletivas”.<sup>7</sup> De todo modo, modelo assistencial refere-se à um determinado conjunto de princípios e saberes que são articulados com a finalidade de definir o desenho da rede assistencial, bem como a estrutura e a organização dos serviços, a fim de orientar e conduzir as práticas de saúde.

Com base a experiências isoladas bem-sucedidas em municípios brasileiros, o Ministério da Saúde optou pelo Programa Saúde da Família (PSF) para estruturar a APS e modificar o modelo assistencial.<sup>9</sup> Embora essa opção tenha gerado polêmica, os municípios aderiram progressivamente ao programa – atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

Embora trabalhos associem o aumento da cobertura do PSF com resultados positivos na APS,<sup>10</sup> persistem críticas ao modelo, e problemas de qualidade da atenção tem sido apontados.<sup>11,12</sup> Por outro lado, a produção teórica sobre modelos assistenciais no SUS tem sido incrementada e experiências locais de implementação de outros modelos, divulgadas.

Posto que estudos comprovam que o vínculo longitudinal está relacionado com resultados positivos na APS, e que diferentes modelos assistenciais concorrem para a estruturação da APS no contexto do SUS, investigar a presença do vínculo longitudinal na conformação dessas propostas de modelos assistenciais torna-se pertinente.

## Metodologia

Para a realização deste estudo, de abordagem qualitativa, foi realizada revisão bibliográfica sobre a conformação e a implementação dos modelos assistenciais no Brasil. Especial atenção foi dada para as propostas surgidas no contexto do Movimento de Reforma Sanitária que instituiu o SUS.

Em seguida, buscou-se identificar quais modelos assistenciais contam com experiências atuais e bem sucedidas de organização da APS.<sup>13</sup> Os modelos selecionados foram: Saúde da Família e ‘Em Defesa da Vida/Acolhimento’. Nesta etapa, os elementos favorecedores do vínculo longitudinal nos diferentes modelos foram explicitados.

Em seguida, experiências municipais consolidadas de implementação de uma política municipal de atenção básica, com opção documentada pelos modelos em questão foram escolhidas para averiguar se os elementos favorecedores do vínculo longitudinal contemplados na abordagem teórica dos modelos assistenciais se reproduziam nas concepções no âmbito da gestão. Os municípios escolhidos foram: Belo Horizonte, representativo do modelo ‘Em Defesa da Vida/Acolhimento’<sup>14</sup> e Camaragibe, representativo do modelo ‘Saúde da Família’.<sup>15</sup>

Nesses municípios documentos elaborados no âmbito da gestão e utilizados para orientar a organização e a estruturação dos serviços de APS foram analisados. Para complementar as informações, profissionais da equipe gestora foram entrevistados. Em cada localidade foram entrevistados: dois gerentes de unidades ou de distrito, o coordenador da Atenção Básica e o gestor ou representante. As questões versaram sobre a implementação do modelo nos municípios, bem como acerca da presença ou não dos fatores característicos do modelo assistencial implementado com potencial para favorecer o vínculo longitudinal.

## **Os modelos de atenção à saúde e a estruturação da Atenção Primária no Brasil**

A atenção à saúde da população no Brasil passou por várias fases, sob o predomínio de diferentes modelos. No início do século XX, a prioridade da intervenção pública no campo da saúde era o combate às endemias, em particular nas áreas estratégicas para o desenvolvimento econômico, de padrão agroexportador. A abordagem com orientação militarista das campanhas vacinais e de controle de vetores, respaldado teoricamente pelos avanços da

microbiologia e da imunologia, fez com que esse modelo de intervenção fosse denominado sanitaria campanha. <sup>16,17</sup>

A partir da década de 1920, a necessidade de maior proteção dos trabalhadores como condição para o desenvolvimento do capitalismo industrial impulsionava para a adoção de novo de modelo. Nesse contexto, as recomendações do relatório elaborado pela equipe de Abraham Flexner, nos Estados Unidos, eram oportunas e contribuíram para que o modelo sanitaria campanha cedesse espaço à assistência individual curativa, sob a lógica de seguro social. <sup>8</sup> Essas recomendações diziam respeito à: centralidade no profissional médico e nas ações curativas, atuação preferencialmente em hospitais; ênfase na pesquisa; estímulo à especialização e valorização do avanço tecnológico.

Vale ressaltar que, no campo teórico, o modelo Flexneriano teve a oposição de Bertrand Dawson, médico inglês que, em relatório elaborado em 1920, ressaltou a importância do médico generalista, das ações preventivas e da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde. <sup>8</sup>

Nesse período, a criação de Centros de Saúde, com ações de promoção, de prevenção e de atendimento clínico para determinadas condições crônicas, defendida por sanitaria que corroboravam os pressupostos do Relatório Dawson, não agregou apoio significativo. <sup>16</sup> Essa proposta desenvolveu-se de forma precária, residual, em relação aos modelos individual-curativo e sanitaria campanha. Foi alvo de expansão apenas após 1940, por influência de fundações americanas e somente em regiões de interesses estratégicos, como as grandes capitais e nas áreas de extração da borracha e de outros minérios. <sup>18</sup>

De meados da década de 1920 até a década de 1970 observou-se a valorização progressiva do modelo individual-curativo de cunho previdenciário, com atendimentos pontuais e em que prevalecia a percepção da causa biológica no processo de adoecimento.

No decorrer da década de 1970, a incorporação de novas tecnologias, que promoveram o aumento dos custos sem melhora significativa de resultados, bem como a pressão pela extensão da cobertura de serviços de saúde a populações não beneficiárias da previdência social contribuíram para que o modelo individual-curativo fosse alvo de críticas mais contundentes.<sup>20</sup> A partir de então, propostas de implementação de modelo alternativos, de forma complementar ou substitutiva, passaram a fazer parte da agenda do setor saúde brasileiro.

A prioridade para a Atenção Primária defendida na Conferência de Alma-Ata (1978), e a proposta de Medicina Comunitária, que surgiu nos Estados Unidos na década de 1960, serviram de argumentos para fortalecer as críticas ao hospital como espaço privilegiado de atenção à saúde e dar maior visibilidade às ações de promoção, de prevenção e de tratamento, realizadas em Centros de Saúde e em outros tipos de unidades básicas.<sup>17</sup>

Contudo, na época da instituição do SUS, a APS não foi valorizada em seu enfoque mais abrangente, como espaço do atendimento integral aos indivíduos.<sup>19</sup> Além do mais, a quase ausência de experiência da maioria dos municípios para planejar, estruturar, ofertar e avaliar os serviços de saúde dificultaram a adoção de modelos assistenciais coerentes com os princípios propostos para o setor em um contexto de municipalização da saúde.<sup>8</sup>

Afora isso, a regulamentação do SUS ocorreu em período de grandes pressões externas e internas de implementação de reformas neoliberais, que tinham a diminuição do aparato estatal e a redução do seu papel de prestador de serviços públicos como pilares, o que se contrapunha ao projeto expansionista pretendido pela nova política de saúde.<sup>21</sup>

A partir de meados da década de 1990, a produção teórica sobre modelos assistenciais no SUS foi incrementada e novas propostas apresentadas. O quadro 1 explicita as principais características pretendidas para as novas propostas de modelo em relação aos modelos sanitaria campanhista e individual curativo.

**Quadro II.1: Principais características dos modelos sanitaria campanhista e individual curativo e das novas propostas de modelos assistenciais**

<b>Categorias/Modelos</b>	<b>Sanitarista campanhista</b>	<b>Modelo individual-curativo</b>	<b>Novas propostas de modelos</b>
<b>Estratégia de intervenção</b>	Campanhas e programas verticais de combate a doenças endêmicas e controle de vetores	Intervenção sobre a patologia instalada como prioridade	Atenção para situações de risco – ações de promoção, prevenção e tratamento, Territorialização.
<b>Prioridade de intervenção</b>	Ações de prevenção no âmbito coletivo. Atendimento individual para controle de agravos prioritários	Ações isoladas sobre o indivíduo	Continuidade das intervenções - dirigidas ao indivíduo, família e comunidade.
<b>Processo de trabalho</b>	Centrado nos sanitaristas e ou epidemiologistas	Centrado no profissional médico especializado	Trabalho em equipe multiprofissional.
<b>Local prioritário de atenção à saúde</b>	Centros para prevenção e controle de doenças (centros de saúde e similares)	Hospitais e ambulatórios especializados, Serviços de Pronto-Atendimento	Unidade Básica de Saúde como referência para o atendimento e com responsabilização sanitária pela área de abrangência.
<b>Prática assistencial</b>	Ênfase em ações de controle e de prevenção	Ênfase no aspecto biológico do processo de adoecimento	Atenção para os aspectos biopsicossociais no processo de adoecimento. Articulação das ações, de promoção, prevenção e reabilitação. Ações intersetoriais
<b>Tipo de atendimento e de relação</b>	Ausência de vínculo – atendimento a grupos prioritários	Ausência de vínculo – atendimento tipo queixa-consulta - Indivíduo passivo	Presença de vínculo na APS, co-participação no tratamento, participação da comunidade.

São cinco as propostas alternativas de modelo de atenção identificadas por Teixeira:<sup>13</sup>

i) Ações Programáticas e Necessidades de Saúde; ii) Vigilância da Saúde; iii) Cidades Saudáveis; iv) Em Defesa da Vida/Acolhimento; e v) Saúde da Família. A autora argumenta que, para a concretização da mudança de modelo, a proposta alternativa deveria abranger três dimensões: político-gerencial, organizativa, e técnico-assistencial. Contudo, nenhuma das cinco propostas atenderia a tal expectativa.

Dessas cinco propostas, a de ‘Ações Programáticas’, que surgiu na década de 1970 sob a influência de pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da USP, é anterior à concretização legal do processo de Reforma Sanitária brasileira. A articulação de ações de promoção, de prevenção e de tratamento para o acompanhamento de grupos prioritários e o uso de ferramentas da Epidemiologia no monitoramento das ações foram os elementos inovadores em comparação ao modelo individual curativo e sanitaria campanhista.<sup>22</sup>

Já a proposta de ‘Cidades Saudáveis’, surgida no Canadá em 1984,<sup>23</sup> tem por premissa que saúde é qualidade de vida e envolve diferentes âmbitos, além dos serviços de saúde. Logo, a articulação de vários setores (ação intersetorial) é imprescindível para promover saúde. Por se tratar de política municipal, não constitui um modelo de atenção propriamente dito, mas é condizente com propostas como a Vigilância da Saúde, que valoriza a promoção de ambientes saudáveis.<sup>8</sup>

A Vigilância da Saúde é originária das experiências de modelo de distritos sanitários defendida pela OPAS nos anos de 1980, com alguns experimentos no Brasil a partir de 1987, já sob a vigência do SUDS. Dentre as contribuições da proposta destaca-se o uso de ferramentas do planejamento estratégico e da epidemiologia pela equipe de saúde local para identificação, delimitação e enfrentamento dos problemas de saúde.

No âmbito teórico a proposta foi desenvolvida por Mendes<sup>24</sup> e, posteriormente, por Teixeira e Paim.<sup>25</sup> Como modelo assistencial isolado não logrou sucesso, mas seus princípios orientadores, como a territorialização e a responsabilidade sanitária pela área de abrangência, estão presentes nas experiências de implementação de outros modelos, principalmente no Saúde da Família.

As outras duas propostas, ‘Saúde da Família’ e ‘Em Defesa da Vida’, por sua contemporaneidade, tem incorporado elementos de outros modelos, principalmente da Vigilância da Saúde. Para ambas existem experiências consolidadas de estruturação da APS, razão pela qual foram escolhidas para o desenvolvimento do estudo.

O Saúde da Família tem origens no movimento de Medicina Familiar, estruturado em meados dos anos 1960 nos Estados Unidos; e na proposta de Medicina Geral e Comunitária, difundida no Brasil na década de 1970 como programa de residência médica e também como modelo organizativo da APS, ainda que de forma restrita. Essa proposta sofreu críticas e

influências ao longo dos anos, passando por modificações. Como Programa (Programa Saúde da Família – PSF), foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1994.<sup>19,20</sup>

Nos seus primórdios, a condução do PSF no âmbito federal ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, que já dirigia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e cuja tradição era a coordenação de programas verticais. A prioridade para a implantação das equipes era as áreas de risco, e o financiamento, através de convênios entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios.<sup>26</sup>

Uma das metas do PSF era a responsabilização sanitária pela área de abrangência, com atuação preventiva e enfoque nos agrupamentos familiares. Assim, as equipes, compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, deveriam cadastrar as famílias da área adscrita, cujo tamanho populacional previsto era de 4.500 habitantes.

A partir do cadastro das famílias, os profissionais deveriam elaborar o mapeamento dos riscos e, então, planejar, executar e avaliar as ações de promoção, de prevenção e de tratamento. A expectativa da intervenção por equipe multidisciplinar e o acompanhamento das famílias por médico generalista era a atenção continuada, com o estabelecimento de vínculo e o fortalecimento do atendimento integral.<sup>27</sup>

O agente comunitário de saúde (ACS) deveria morar na área de abrangência da Unidade, e acompanhar de 150 a 200 famílias. A visita domiciliar, realizada com regularidade pelo ACS para coletar e atualizar informações sobre as condições socioeconômicas e de saúde, era considerada um diferencial do programa e tinha o monitoramento de situações de risco como principal finalidade.<sup>26</sup>

Contudo, mesmo com a transferência da coordenação do PSF para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) em 1995, nos primeiros anos de implantação do Saúde da Família

o programa encontrava-se desvinculado da rede na maioria das vezes, sem mecanismos que assegurassem a realização de exames complementares e a referência para os outros níveis de atenção. Afora isso, o financiamento com base na produção de procedimentos assistenciais coibia as atividades de prevenção e de promoção de caráter coletivo<sup>26</sup>.

A mudança de cenário teve início com a publicação da NOB SUS 01/96, em que o PSF foi proposto como estratégia de reorientação do modelo assistencial, com previsão de repasses financeiros do Piso da Atenção Básica (PAB) variável. Posteriormente obteve incentivos para a sua difusão através do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF).

Inicialmente, o PSF foi criticado porque sua implementação obedeceu a uma lógica de focalização. Pesquisadores atentavam para a possibilidade de que a opção governamental por esse Programa estivesse em acordo ao conjunto de medidas recomendadas por agências de financiamento externo defensoras do Estado mínimo e da APS seletiva.<sup>28,21</sup>

Outra afirmativa era que o PSF, por um lado, não representava alternativa aos modelos individual curativo e sanitário, mas sim os reproduzia, posto que o processo de trabalho continuava centrado no médico e na produção de procedimentos. Por outro, haveria rigidez de normas, intromissão excessiva na vida das pessoas, desvalorização do atendimento clínico e “mitificação do médico generalista”.<sup>29</sup> Para Mendes,<sup>17</sup> no entanto, a opção do MS ao institucionalizar o PSF como política nacional foi a de adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país. Para esse autor, pelo menos no discurso oficial, a visão da APS como programa seletivo estaria superada.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família está presente em 94% dos municípios brasileiros, com cobertura de cerca de 49% da população.<sup>30</sup> A equipe mínima, que é composta por: médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro ou mais ACS, não se modificou, mas a atuação de profissionais de Saúde Bucal tem sido incentivada.<sup>31</sup>

A equipe é responsável por uma área de abrangência com, no máximo, 4.000 habitantes. Cada ACS deve ficar responsável pela cobertura máxima de 750 habitantes. A carga horária é de 40 horas semanais. Embora normatizada pelo MS, a Estratégia Saúde da Família apresenta variações de formato importantes, sendo comum a persistência da intervenção por ações programáticas e do modelo individual curativo de forma concomitante.

Embora trabalhos apontem resultados positivos, como maior redução da mortalidade infantil em áreas de cobertura do programa,<sup>32</sup> os achados de pesquisas avaliativas recentes sobre a implementação do programa são controversos no entender de Conill,<sup>33</sup> com destaque para problemas na acessibilidade, na estrutura física das unidades e na formação das equipes. Mas, para essa autora, garantir a continuidade da estratégia com ajustes para buscar melhoras no desempenho é a perspectiva que deve ser vislumbrada.

A proposta intitulada ‘Em Defesa da Vida’ originou-se na década de 1990, por iniciativa de pesquisadores da Unicamp.<sup>13</sup> Na composição do modelo são citados os seguintes elementos: existência de profissional ou equipe de referência; trabalho em equipe; projeto terapêutico individualizado; projeto para a intervenção na comunidade; utilização de outros paradigmas além do biomédico; promoção da autonomia dos indivíduos; e, por fim, apoio especializado matricial.<sup>34</sup>

A equipe de referência de APS, cuja composição deve variar em conformidade com os recursos disponíveis e com as características da clientela, tem responsabilidades clínicas e sanitárias. Na relação com o usuário, precisa responder pela continuidade do cuidado e pelo estabelecimento de vínculo; no que concerne à coletividade, deve identificar riscos e vulnerabilidades, valendo-se da metodologia de adscrição de clientela. O apoio matricial deve garantir a retaguarda de profissionais especializados, com atribuições de suporte técnico e pedagógico para os profissionais da equipe de referência.<sup>35</sup>

Essa proposta de modelo trouxe duas questões inovadoras para a discussão: a necessidade de reconhecimento da subjetividade do indivíduo no processo de adoecimento e a relevância da clínica, que deveria ter seu escopo ampliado. Coelho<sup>34</sup> explica que a ampliação da clínica significa abarcar aspectos subjetivos e sociais como fatores intervenientes do processo de adoecimento. Trata-se da ampliação do saber e de intervenção por parte de todas as categorias que lidam com a enfermidade, não só da parte do profissional médico.

A necessidade de modificar o processo de trabalho no interior das equipes é o argumento que justifica o modelo, posto que a forma de organização dos serviços teria privilegiado a “tecnificação do cuidado” em detrimento da humanização dos vínculos.<sup>28</sup> ‘A tecnificação do cuidado teria por principal causa o predomínio das ‘tecnologias duras’ (instrumental e produtora de procedimentos) e leve-duras (saber estruturado) na produção do cuidado. Disso resultariam atos prescritivos rígidos, pouco flexíveis em relação às particularidades de cada paciente.

Para Merhy e Franco,<sup>28</sup> defensores da proposta, na produção do cuidado deveria haver o predomínio das tecnologias leves (das relações) na expectativa do atendimento humanizado e da elaboração de um projeto terapêutico individualizado, promotor do vínculo, da autonomia e da auto-estima do paciente. Nessa lógica, uma das diretrizes da proposta seria o acolhimento, significando a garantia de acesso e de tratamento humanizado a todos que procuram o serviço de saúde. Para efetivar tal diretriz seria preciso: ampliar o acesso, reorganizar o processo de trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS) e reestruturar todo o sistema para dar conta das necessidades do paciente e garantir a continuidade do cuidado.

Contudo, a valorização do acolhimento como eixo norteador do modelo, bem como a sua forma de concretização é motivo de discordância. Publicação recente chama a atenção para o fato de que o acolhimento, compreendido como processo de recepção e de escuta do usuário para identificar necessidades e atender a demanda, gera a marcação de uma consulta

como resultado, na maioria das vezes, constituindo-se em ‘intermediação desnecessária’. Outro resultado indesejável da prática do acolhimento seria sua transformação em pronto-atendimento ou, ainda, em recepção simpática, mas pouco resolutiva.<sup>32</sup>

Independente das divergências no âmbito teórico, esse modelo tem sido amplamente divulgado com relatos da implantação atrelado à expansão da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte,<sup>14</sup> Betim<sup>36</sup> e Chapecó,<sup>37</sup> além de Campinas, com ênfase na ampliação da clínica.

O quadro 2, a seguir, explicita as principais características presentes na concepção teórica dos dois modelos.

**Quadro II.2: Características da concepção teórica dos modelos Saúde da Família e Em Defesa da Vida**

<b>Características</b>	<b>Saúde da Família</b>	<b>Em Defesa da Vida</b>
<b>Característica inovadora</b>	Agrupamento familiar como alvo do cuidado	Reconhecimento da subjetividade do sujeito
<b>População adscrita</b>	Quantitativo padronizado	Não estabelece padrão
<b>Composição da equipe de APS</b>	Equipe mínima padronizada	Conforme necessidade identificada
<b>ACS</b>	Obrigatório	Não obrigatório
<b>Visita domiciliar de rotina</b>	Atividade do ACS – eventual para os outros profissionais	Realizada quando necessária
<b>Carga horária de trabalho profissional</b>	40 horas para equipe mínima	Não padronizada
<b>Apoio matricial (profissionais de primeira referência)</b>	Não faz parte do desenho	Parte do desenho

## Vínculo longitudinal nos modelos 'Saúde da Família' e 'Em defesa da vida/acolhimento'

O vínculo longitudinal, considerado característica central da APS, está relacionado com resultados positivos na qualidade dos serviços de saúde, como diminuição de internações por condições crônicas passíveis de tratamento ambulatorial,<sup>3</sup> melhor aceitação de cuidados preventivos,<sup>38</sup> menores custos<sup>2</sup> e maior satisfação do usuário.<sup>4</sup> Esses resultados justificam almejar o alcance desse atributo na organização da APS a partir da reorientação do modelo assistencial.

Três dimensões são identificadas para o atributo: identificação da UBS como fonte regular de cuidados; relação interpessoal entre profissionais da equipe e paciente; e continuidade da informação.<sup>1</sup> A primeira dimensão diz respeito ao reconhecimento da UBS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde, o que requer, em primeiro plano, a disponibilidade e a adequação do serviço em acordo com as necessidades da população local.

A relação interpessoal, segunda dimensão, requer do profissional da equipe de APS responsabilidade, padrão de comunicação adequado e consideração pelos problemas relacionados aos aspectos bio-psicossociais relatados pelo paciente. A conduta prescritiva deve ser objeto de diálogo com o paciente, e a sua opinião, respeitada. A contrapartida do paciente seria a confiança no profissional e a co-responsabilidade no tratamento.

A continuidade informacional é a base para a garantia da continuidade do cuidado. 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.

Na composição teórica das propostas de modelos vigentes tem sido possível incorporar características legitimadas por propostas anteriores. O PSF, por exemplo, tem

agregado elementos ao longo da última década, fortalecendo a opção do Ministério da Saúde por instituir esse Programa como estratégia de modificação do modelo de atenção. A Política Nacional de Atenção Básica, editada em 2006 e que reitera o modelo Saúde da Família como estratégia de reorientação da atenção básica, incorporou elementos de vários modelos. Os termos ‘vínculo’ e ‘acolhimento’, princípios orientadores da proposta ‘Em defesa da vida’ constam no texto da Política, embora em perspectiva mais prática e menos pretensiosa em termos conceituais.<sup>31</sup>

O quadro 3 explicita os elementos referentes ao vínculo longitudinal, específicos ou comum aos modelos, com base nas dimensões identificadas para o atributo. Esses elementos são discutidos a partir da experiência de implementação dos modelos, no tópico seguir.

**Quadro II.3: Elementos favorecedores do vínculo longitudinal na abordagem teórica dos modelos PSF e Em Defesa da Vida/ESF**

Dimensões/Modelos		Saúde da Família	Em defesa da vida
Abordagem teórica	UBS como fonte regular de cuidados	Adscrição de clientela	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adscrição de clientela</li> <li>➤ Equipe ampliada</li> <li>➤ Acolhimento</li> </ul>
	Relação interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proximidade da realidade socioeconômica e do ambiente familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ampliação da clínica e reconhecimento da subjetividade do sujeito</li> <li>➤ Promoção da autonomia do indivíduo</li> </ul>
	Continuidade da informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadastro das famílias</li> <li>➤ Prontuário da família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projeto terapêutico individualizado</li> </ul>

*Experiências de implementação dos modelos PSF e Em Defesa da Vida: Camaragibe (PE) e Belo Horizonte (MG)*

Camaragibe, localizado na região metropolitana do Recife, foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o PSF, ainda em 1994, com o objetivo de redefinir a porta de entrada e organizar a rede de serviços. A opção pela implementação do modelo conforme preconizado pelo Ministério da Saúde foi sugestão do secretário de saúde da época.

A Estratégia Saúde da Família contava, em outubro de 2007, com quarenta equipes de saúde da família distribuídas em 35 UBS, que funcionavam de segunda-feira a sexta-feira, de 8 às 17 horas. O município dispunha ainda de um Centro de Saúde sem equipes de PSF, mas com PACS implantado.

Outros serviços funcionavam de forma a complementar o elenco de procedimentos oferecido no primeiro nível de atenção: Saúde Bucal, Residências Terapêuticas para portadores de problemas mentais, e um Núcleo de Vigilância Sanitária e Ambiental com cobertura de 100% do território.<sup>39</sup>

Para a equipe gestora, o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde atendia, por um lado, as necessidades da população. Por outro, reconhecia problemas, tais como: o excesso e a inadequação do trabalho do ACS no que se refere às demandas burocráticas e inadequação da oferta de serviços, tendo em vista mudanças no perfil demográfico e do padrão de adoecimento da população. Nesse aspecto as sugestões eram: incorporar ao trabalho das equipes um agente administrativo, do mesmo modo que profissionais de fisioterapia, de modo a dar conta de práticas preventivas e de reabilitação para agravos crônicos degenerativos. A fim de aumentar a resolutividade da Atenção Básica, a participação de profissionais da gestão e das equipes de saúde da família em eventos relacionados à APS e em cursos de capacitação era incentivada.

A inadequação do perfil do profissional médico para exercer a função de médico de família e sua fixação no cargo, era a principal dificuldade na implementação do modelo. Mesmo o município oferecendo um salário acima da média para a região, esses profissionais eram atraídos por propostas de outros municípios que permitiam a flexibilização no cumprimento da carga horária.

Outra dificuldade era a garantia de acesso aos outros níveis de atenção, por conta da oferta insuficiente de procedimentos especializados. A proximidade da realidade

socioeconômica e do ambiente familiar por parte dos profissionais da equipe de APS, assim como a ampliação do acesso às UBS e a da participação da comunidade foram apontados como avanços do modelo.

Belo Horizonte foi pioneiro em iniciativas de estruturação da rede de serviços de saúde. Neste município, a distritalização é anterior à regulamentação do SUS e, em 1991, a atenção de primeiro nível começou a ser ofertada através de equipes locais com responsabilidade sanitária sobre o território.

Em 1994, o município assumiu a gestão semiplena, mas a rede básica ainda atuava através de programas. Naquela época, o aumento da demanda reprimida motivou a equipe gestora a discutir e a implantar o modelo ‘Em defesa da vida’. Essa opção promoveu, dentre outros aspectos, maior abertura das unidades para a demanda espontânea e a ampliação dos serviços da rede básica.<sup>40</sup>

No ano de 2000 teve início a implantação do PACS. A partir de 2002, a crença no potencial do PSF para estruturar a rede de serviços, aliada aos incentivos financeiros oriundos da esfera federal, motivou a implantação desse Programa. As áreas para a implantação das equipes do PSF foram definidas em estudo que classificou regiões do município de acordo com o grau de vulnerabilidade da população. As áreas consideradas de baixo risco continuaram cobertas por UBS tradicionais, enquanto nas áreas classificadas como de maior vulnerabilidade e médio risco houve a implantação de UBS com equipes de saúde da família.<sup>14</sup>

Durante a realização da pesquisa, setembro de 2007, a Estratégia Saúde da Família cobria cerca de 75% da população, mas o ‘Acolhimento’, que é o princípio orientador do modelo ‘Em defesa da Vida’, permanecia como diretriz da APS local. A interpretação para o termo era: *“expressão de escuta qualificada, relação cidadã e humanizada, bem como o encaminhamento adequado de demandas identificadas”*.<sup>14</sup>

A equipe gestora do período 2004-2008, assim como a anterior, acreditava que a Estratégia Saúde da Família era o modelo ideal, mas acrescido de elementos que aumentassem sua resolutividade. Então, buscou-se atender as recomendações do MS para a Estratégia Saúde da Família, mas com modificações, tais como: UBS com três ou mais equipes, manutenção de médicos das especialidades básicas na maioria das unidades; funcionamento das UBS durante 12 horas nos dias úteis; e rotina de absorção da demanda espontânea. Essas modificações vão ao encontro das diretrizes do modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento.

Investimentos em mecanismos como a ‘telemedicina’ e o atendimento conjunto com o especialista objetivavam melhorar a qualificação dos profissionais e aumentar a resolutividade da atenção básica, porém esses mecanismos ainda não estavam em pleno funcionamento.

No que tange ao apoio diagnóstico e à referência para os outros níveis de atenção, o município encontrava-se em estágio avançado. A coleta de material para exames de patologia clínica era realizada na UBS; o resultado de alguns exames, disponibilizado *on line* e a marcação de exames e de consultas especializadas acontecia na própria unidade, via Central de Regulação. Já o retorno da referência em impresso preenchido pelo especialista ainda não estava resolvido.

A principal dificuldade citada para a implementação do modelo foi o perfil inadequado do médico e a fixação deste profissional no cargo. Também foram citados: formação inadequada do enfermeiro, rede desarticulada e violência urbana em áreas específicas, além da diminuição da autonomia do sujeito para lidar com pequenos problemas do cotidiano, o que provocava excessos na utilização dos serviços e sobrecarga de algumas equipes.

Por sua vez, havia o reconhecimento de avanços tanto no âmbito organizacional quanto no político, como: ampliação do acesso e atendimento dos casos agudos; valorização da Estratégia Saúde da Família pela população, e permanência do tema ‘Saúde da Família’ na

agenda política local. Quanto aos resultados relativos à assistência, foram citados: diminuição de internações por causas sensíveis ao tratamento ambulatorial e diminuição da mortalidade infantil.

O quadro 4, a seguir, explicita as principais características presentes na implementação das duas propostas de modelos.

**Quadro II.4: Características presentes na experiência de implementação dos modelos Saúde da Família (Camaragibe) e Em Defesa da Vida/ESF (Belo Horizonte)**

<b>Características</b>	<b>Saúde da Família Camaragibe</b>	<b>Em Defesa da Vida/ESF Belo Horizonte</b>
<b>Característica chave</b>	Modelo padrão MS	Diretriz do acolhimento
<b>Composição da equipe</b>	Mínima	Profissionais de apoio: Clínico e Pediatra
<b>Nº equipes por UBS</b>	Uma. Exceto unidades com residência médica	Três ou mais
<b>ACS</b>	Presente	Presente
<b>Visita domiciliar</b>	Atividade de rotina do ACS	Atividade de rotina do ACS
<b>Horário de atendimento</b>	8:00 às 17:00 horas	7:00 às 19:00 horas
<b>Carga horária</b>	40 horas semanais	40 horas semanais
<b>Demanda espontânea</b>	Absorção como atividade extra	Reconhecido como diretriz - rotina do atendimento
<b>Agente administrativo na UBS</b>	Não	Sim
<b>Especialistas de primeira referência</b>	Equipe de Saúde Mental - Especialidades básicas em Policlínica	Equipe de Saúde Mental – Especialidades diversas Centros de referência

*Elementos favorecedores do vínculo longitudinal: concepções vigentes no âmbito da gestão da ESF em Camaragibe e do modelo Em Defesa da Vida/ESF em BH*

A Estratégia Saúde da Família preconiza unidades com adscrição de clientela e equipe com responsabilidade sanitária pela área de abrangência. A princípio, a UBS deve funcionar com apenas uma equipe. O quantitativo populacional adscrito encontra-se padronizado. Esse critério é elemento facilitador do vínculo, pois organiza a oferta, mas a rigidez da norma também pode constituir empecilho, na medida em que restringe a escolha do usuário. A vinculação da população da área de abrangência a uma UBS não significa que vínculos duradouros serão estabelecidos.

O modelo Em Defesa da Vida prevê a existência de equipes de referência, cuja composição pode variar conforme as necessidades identificadas. A vinculação da população à UBS da área de abrangência também está indicada, porém admite certa flexibilização. Nesse sentido, a existência de mais de uma equipe por UBS, como está previsto em BH, poderia proporcionar ao usuário que não estabeleceu boa relação com os profissionais de referência a possibilidade de mudar de equipe.

O princípio do acolhimento, que, dentre outros aspectos, preconiza o fornecimento de algum tipo de resposta a todos que procuram a unidade (inclusive para os usuários que não são da área de abrangência), também promove a UBS como fonte regular de cuidados, porque garante aos usuários algum tipo de atenção para a necessidade imediata. Na opinião de um dos entrevistados, essa prática amplia o acesso, mas também traz efeitos indesejados, como a sobrecarga dos profissionais e a desorganização do atendimento programado.

A proximidade da realidade socioeconômica e do ambiente familiar favorece a relação interpessoal na medida em que proporciona maior interação sobre a situação do paciente, além de facilitar a comunicação. Este elemento está presente na composição teórica da

Estratégia Saúde da Família e na percepção do processo de implementação desse modelo em Camaragibe.

A proposta do modelo Em Defesa da Vida não prioriza essa proximidade, mas enfatiza o reconhecimento da subjetividade do sujeito e propõe a ampliação da clínica para buscar atender o indivíduo em sua integralidade. A promoção da autonomia do sujeito, prevista na proposta Em Defesa da Vida/Acolhimento, não foi observada na concepção no âmbito da gestão do modelo em BH.

O estabelecimento de vínculo a partir de uma boa relação interpessoal também depende da permanência do profissional na equipe. Critérios para incentivar a estabilização das equipes não constam na concepção teórica dos modelos. Todavia, nas duas localidades, era preocupação da equipe gestora, assim como a qualificação dos profissionais a fim de aumentar a resolutividade da atenção básica.

A continuidade da informação sobre as condições de saúde do paciente está contemplada na Estratégia Saúde da Família na medida em que o prontuário e o cadastro atualizado das famílias constam nas diretrizes operacionais do modelo. Por outro lado, mecanismos para a melhora da informação nesse modelo não são propostos. Nos trechos que tratam do tema na atual Política, enfatiza-se a alimentação dos bancos de dados para fins de gerenciamento do sistema e não para a condução do cuidado. Nesse aspecto, o aporte teórico do modelo carece de maior dedicação.

A garantia de acesso à atenção especializada funciona como promotora do vínculo. A marcação de exames e consultas com especialistas desde a UBS como estratégia de maior articulação com os outros níveis de atenção favorece a continuidade do cuidado e está presente nas duas experiências, principalmente no modelo Em Defesa da Vida/Estratégia Saúde da Família (BH). No entanto, o retorno da contrarreferência ainda é citado como problema em ambas as localidades.

**Quadro II.5: Elementos favorecedores do vínculo longitudinal vigentes nas concepções no âmbito da gestão dos modelos Saúde da Família e Em Defesa da Vida/ESF**

Dimensões/Modelos		Saúde da Família	Em defesa da vida
<b>Perspectiva da gestão</b>	<b>UBS como fonte regular de cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adscrição de clientela</li> <li>➤ Tentativa de absorção da demanda espontânea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adscrição de clientela</li> <li>➤ Várias equipes por UBS</li> <li>➤ Equipe ampliada</li> <li>➤ Ampliação do horário de atendimento</li> <li>➤ Atendimento à demanda espontânea</li> <li>➤ Coleta de exames na UBS</li> <li>➤ Ampliação da lista de medicamentos</li> </ul>
	<b>Relação interpessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proximidade da realidade socioeconômica e do ambiente familiar</li> <li>➤ Esforço para estabilização das equipes</li> <li>➤ Investimento na qualificação do profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perspectiva de ampliação da clínica</li> <li>➤ Atenção para aspectos bio-psicossociais</li> <li>➤ Esforço para estabilização das equipes</li> <li>➤ Investimento na qualificação do profissional</li> </ul>
	<b>Continuidade da informação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadastro das famílias</li> <li>➤ Prontuário da família</li> <li>➤ UBS responsável pela marcação de parte dos exames e consultas de especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadastro das famílias – BH Social</li> <li>➤ Processo de informatização da rede básica</li> <li>➤ UBS responsável pela marcação de exames e consultas</li> </ul>

### Considerações finais

Elementos que favorecem o vínculo longitudinal estão presentes na composição teórica de ambos os modelos. Contudo, a proposta ‘Em defesa da vida’ indica maior valorização do vínculo com o usuário. O desenho desse modelo privilegia o paciente em sua subjetividade como foco da atenção, o que pressupõe um olhar diferenciado para a integralidade sob a perspectiva do indivíduo. Já na Estratégia Saúde da Família, fatores socioeconômicos são mais enfatizados como condicionantes do processo de adoecimento e priorizados para fomentar ações de promoção de caráter coletivo, o que pressupõe um olhar mais voltado para a comunidade.

É preciso considerar que as concepções teóricas de modelos, quando implementados, sofrem adaptações às realidades locais, constituindo-se em casos singulares. Em Camaragibe, um município pioneiro na adesão ao PSF, há o reconhecimento de que inovações são essenciais para atender as necessidades crescentes da população. Algumas dessas já foram implementadas, como profissionais de Saúde mental como apoio para as equipes e a

incorporação do atendimento da demanda espontânea. Em Belo Horizonte, diretrizes da proposta 'Em defesa da vida/acolhimento' são implementadas juntamente com a Estratégia Saúde da Família, o que caracteriza um caso de hibridismo de modelos.

A partir da análise de documentos e da fala de profissionais da gestão, observa-se que o processo de implementação dos modelos tem sofrido adaptações. Há mais elementos que favorecem o vínculo longitudinal nas concepções vigentes no âmbito da gestão do que nos aportes teóricos dos modelos, o que pode ser reflexo da busca de soluções para superar problemas vivenciados na prática.

Conclui-se que, na abordagem teórica da proposta de modelo Em Defesa da Vida, e nas concepções vigentes no âmbito da gestão dessa proposta articulada à Estratégia Saúde da Família, os elementos que favorecem o atendimento do vínculo longitudinal estão mais desenvolvidos. No entanto, as duas propostas aqui contempladas constituem-se em experiências atuais e singulares, que, por sua contemporaneidade, podem ser aperfeiçoadas no âmbito teórico e no processo de implementação.

### **Referências Bibliográficas**

<sup>1</sup> Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro Revista Ciência e Saúde Coletiva (periódico na Internet) março de 2009. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

<sup>2</sup> Maeseneer JE, Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of family medicine* 2003; 1 (3): 144-8.

<sup>3</sup> Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch 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: Health Services Research* 2003; 38(3): 831-65.

- <sup>4</sup> Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20 (3): 226-33.
- <sup>5</sup> Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. *Annals of Medicine* 2004; 2 (5): 445-51.
- <sup>6</sup> Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelo de atenção. In: Merhy EE, Júnior HMM, et al. *O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 15-36.
- <sup>7</sup> Paim J. *Desafios para saúde coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 49-78
- <sup>8</sup> Silva Jr AG. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
- <sup>9</sup> Vianna ALD, Dal Poz MR, (coordenadores) *Reforma em Saúde no Brasil: Programa Saúde da Família; informe Final*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 166), 1998.
- <sup>10</sup> Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health* 2006; 60; 13-19. Disponível em: [www.jech.bmjournals.com](http://www.jech.bmjournals.com).
- <sup>11</sup> Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002 (mimeo) 2002.
- <sup>12</sup> 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): 278-89.
- <sup>13</sup> Teixeira C F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):257-77
- <sup>14</sup> Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte. *A Atenção Básica em Belo Horizonte: recomendações para a organização local*. Belo Horizonte. 2006
- <sup>15</sup> NUPES/DAPS/ENSP/Fiocruz. *Avaliação da Implementação do programa de saúde da família em grandes centros urbanos (Relatório final de Camaragibe)*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2002.
- <sup>16</sup> Costa NR. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes; 1986
- <sup>17</sup> Mendes EV. *A Atenção Primária em Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

- <sup>18</sup> Giovanella L, Mendonça MHM Atenção Primária à Saúde. In: Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato; José Carvalho de Noronha; Antonio Ivo de Carvalho. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- <sup>19</sup> Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [periódico na Internet] 2004. abr [acesso em julho de 2004]; 1(2). 5-10. Disponível em: [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)
- <sup>20</sup> Teixeira C, Sola J. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafio e perspectivas. In: Lima, NS, Gershman S, et al. Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 451-73.
- <sup>29</sup> Almeida C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência e Saúde Coletiva 1999; 4 (2): 263-288.
- <sup>22</sup> Schraiber, LB. & Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica (L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves, org.), São Paulo: Hucitec 2000. p. 29-47
- <sup>23</sup> Akerman M, Mendes R, Bogus CM, et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. Revista de Saúde Pública 2002, 36 (5) 638-46.
- <sup>24</sup> Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1993.
- <sup>25</sup> Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998;(2): 7-27. Abr./jun
- <sup>26</sup> Vianna ALD, Dal Poz MR. Reforma em Saúde no Brasil: Programa Saúde da Família; informe Final. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 166). 1998
- <sup>27</sup> Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos Saúde da família. Ministério da Saúde. 1996; jan./jun.
- <sup>28</sup> Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Saúde em Debate 1997.
- <sup>29</sup> Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudança para os modelos tecno-assistenciais. Saúde em Debate. 2003; 27(65):316-323.
- <sup>30</sup> Dados da Estratégia Saúde da Família

Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao\\_sf.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php) Acesso em 15/04/2009

<sup>31</sup> Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica Brasília. Series Pactos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde SAS/DAB; 2007.

<sup>32</sup> Pereira RAG. PSF: Determinantes e efeitos de sua implantação no Brasil. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2008.

<sup>33</sup> Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública; 2008, 24 sup 1:7-27.

<sup>34</sup> Coelho IB Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In Campos GWS, Guerrero AVP. (org). Manual de práticas de atenção básica – Saúde ampliada e compartilhada: São Paulo, Hucitec, 2008, pp 96-131.

<sup>35</sup> Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho multidisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública; 2007, 23(2):399-407

<sup>36</sup> Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública 1999; 15 (2): 345-353.

<sup>37</sup> Franco TB, Panizzi M, Foschiera M. Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. Divulgação Saúde em Debate 2004; (35): 30-35.

<sup>38</sup> World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Europe: WHO; 1992.

<sup>39</sup> Secretaria Municipal da Saúde de Camaragibe. Plano Municipal de Saúde 2006-2009

<sup>40</sup> Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 (tese de doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2001.

## **Capítulo III. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**

### **Resumo**

O vínculo longitudinal, definido como ‘relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS), que se traduz na utilização da unidade básica de saúde (UBS) como fonte regular de cuidado ao longo do tempo, está relacionado com efetividade na APS. Logo, esse atributo deve estar contemplado na estruturação da APS no âmbito do SUS. Assim, o presente estudo tem por objetivo: Investigar o atendimento do vínculo longitudinal em diferentes modelos assistenciais organizadores da APS no SUS. Foi realizado estudo de caso contemplando dois municípios: um que aderiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) - município I; e outro que embora tenha aderido a ESF, segue os princípios orientadores do modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento -município II. Critérios e indicadores foram estabelecidos em base às três dimensões definidas para o atributo: a) identificação da UBS como fonte regular de cuidados, b) relação profissional-paciente, e c) continuidade da informação. As fontes e técnicas de investigação foram: entrevistas com profissionais, questionário fechado com amostra de pacientes, revisão de amostra de prontuários e análise documental. Como resultados, a partir das dimensões do atributo destaca-se: a) reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidado, mas com utilização concomitante de outras unidades para acompanhamento de condições crônicas, principalmente no município I; b) fala dos profissionais condizente com as características de uma boa relação profissional-paciente, elevado percentual de usuários que acreditam na competência e no interesse do médico, e que entendem a fala desse profissional nos dois municípios, com melhor desempenho do município I; C) problemas de completude dos registros em ambos os municípios, com legibilidade melhor no município II. Verificou-se

que: o município II apresentou melhor desempenho na primeira e na terceira dimensão; o município I na segunda. Aspectos relativos à estruturação da rede de serviços, valorizados pelo modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento, mas também proporcionados pelas condições socioeconômicas locais, favoreciam o vínculo longitudinal no que refere a primeira e a terceira dimensão no município II, enquanto que limitações estruturais da rede de serviços presentes no município I podem estar relacionadas com o pior desempenho da ESF na primeira dimensão.

Palavras-chave: Vínculo longitudinal, Modelos assistenciais, Avaliação da Atenção Primária.

Apoio financeiro: Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005

## Introdução

Uma Atenção Primária em Saúde (APS) estruturada e abrangente tem sido considerada imprescindível para a viabilidade dos sistemas públicos de saúde.<sup>1</sup> No Brasil, o fortalecimento da APS é uma das estratégias prioritárias para a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a partir de medidas que visem à ampliação da cobertura e à mudança do modelo assistencial.

Não há consenso na literatura sobre a organização e a composição ideal da APS. Mas Starfield<sup>2</sup> tem influenciado outros autores, ao identificar quatro atributos básicos: atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Destes, a longitudinalidade é considerada a característica central da APS. O atendimento a tal atributo tende a reduzir encaminhamentos para especialistas e para a realização de procedimentos de forma desnecessária.<sup>3,4</sup> Além do mais, o retorno do paciente ao mesmo profissional, ao longo do tempo, permitiria a correção de “falsos negativos” não encaminhados para outros níveis de atenção à saúde, em um primeiro momento.<sup>4</sup>

Na literatura especializada brasileira, a palavra “longitudinalidade” não é usual. Em trabalhos avaliativos, que fazem referência aos de Starfield, vínculo e continuidade têm sido utilizados. Todavia, como tais opções tendem a restringir o significado do atributo, optamos por utilizar o termo *vínculo longitudinal*, definido como relação terapêutica duradoura entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e na utilização da Unidade Básica de Saúde (UBS) como fonte regular de cuidados para os vários episódios de doença e para os cuidados preventivos.<sup>5</sup>

Estudos relacionam o vínculo longitudinal com resultados positivos na qualidade dos serviços de saúde, tais como: diminuição de internações por condições crônicas passíveis de tratamento ambulatorial,<sup>6</sup> melhor aceitação de cuidados preventivos,<sup>7</sup> menores custos<sup>8</sup> e maior

satisfação do usuário.<sup>9,10</sup> Portanto, o reconhecimento deste atributo como característica central da APS em nosso país deve ser almejado e avaliado.

O presente estudo tem por objetivo investigar o atendimento do vínculo longitudinal na implementação de modelos assistenciais que orientam a estruturação da APS no contexto brasileiro. O pressuposto do estudo é que o vínculo longitudinal, por estar relacionado a resultados positivos, deveria estar presente na implementação das diferentes propostas de modelos assistenciais organizadoras da APS no Brasil.

Modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde é aqui entendido como “*combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e atendimento às necessidades de saúde, individuais e coletivas*”.<sup>11</sup> Em termos gerais trata-se de um conjunto articulado de princípios e de saberes, os quais se materializam em determinada forma de organizar e de conduzir a atenção à saúde da população.

## Metodologia

O presente estudo, de abordagem qualitativa, contemplou dois municípios com distintos modelos assistenciais. A opção metodológica foi pela realização de estudo de caso, que é a estratégia de escolha para a investigação empírica de fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto. Este método de investigação permite a utilização de diversas fontes e de diferentes técnicas na estruturação das evidências, sem necessidade do controle de fatores.<sup>12</sup>

Revisão conceitual sobre vínculo longitudinal, utilizando os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado, possibilitou a identificação de três dimensões para o atributo em acordo com o contexto do SUS: existência e reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de APS; estabelecimento de relação interpessoal entre os profissionais da equipe de

APS e os usuários; e a continuidade da informação sobre o paciente.<sup>5</sup> Essas dimensões foram consideradas como base para a eleição dos critérios de investigação.

Para viabilizar o desenvolvimento do estudo, elegeu-se a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) como condição traçadora da atenção. Kessner et al. definem os traçadores como problemas de saúde identificáveis e separados, que ilustram de que maneira opera um setor do sistema. Os autores pressupõem que “a forma como um médico ou equipe administra a atenção de maneira rotineira em relação às enfermidades comuns será indicador de qualidade geral da atenção e da eficácia do serviço”.<sup>13</sup> (p.556).

A opção pela atenção aos portadores de HAS como condição traçadora baseou-se nos seguintes quesitos: a HAS é condição crônica que acomete cerca de 20% da população adulta no Brasil; o atendimento ao portador de HAS pela equipe de atenção primária possui grau de padronização pautado em evidências científicas;<sup>14</sup> o atendimento adequado a tal grupo requer a existência de um vínculo longitudinal com a equipe de APS.<sup>15</sup>

### *Seleção dos modelos assistenciais e eleição dos municípios*

Para e identificar os modelos assistenciais que orientam a estruturação da APS no atual estágio de implementação do SUS, foi efetuada a busca bibliográfica sobre a temática. Essa revisão permitiu a seleção dos modelos ‘Saúde da Família’ e ‘Em Defesa da Vida’.<sup>16</sup> Experiências municipais representativas desses modelos foram selecionadas. Essa eleição obedeceu aos seguintes quesitos: possuir mais de cem mil habitantes (critério do edital); e constituir-se em experiência consolidada de implementação de política de atenção básica, com opção documentada por um dos modelos em questão, mesmo que agregando características de outros modelos.

Os municípios escolhidos para o estudo foram: Camaragibe, que implementa o modelo ‘Saúde da Família’ nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde; e Belo Horizonte

(BH), que implementa o modelo ‘Em Defesa da Vida/Acolhimento’, mas que também aderiu à Estratégia Saúde da Família.

### *Fontes de informação e técnicas de investigação*

A investigação junto aos municípios contemplou três perspectivas: da gestão municipal, da prática profissional, e ponto de vista do usuário. As fontes de informação foram: profissionais da gestão, profissionais da assistência, usuários, prontuários, documentos elaborados no âmbito da gestão municipal e bases de dados de interesse para o estudo. Para a investigação junto a essas fontes foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevistas semiestruturadas, aplicação de questionários, revisão de prontuários, bem como análise documental e de dados em bases informatizadas.

### *Seleção de critérios e de indicadores*

Visando a eleição critérios e indicadores para das dimensões do vínculo longitudinal trabalhos que avaliaram a APS a partir dos quatro atributos eleitos por Starfield foram revisados.<sup>17,18,19</sup> Nessas pesquisas foram adaptadas questões de um instrumento denominado PCA – tools, elaborado por uma equipe da Universidade Johns Hopkins,<sup>20</sup> e para o qual diferentes informantes serviram como fonte de dados. Mas como as questões utilizadas não contemplavam as dimensões definidas para o atributo, questões foram adaptadas e acrescentadas.

A partir do novo roteiro de questões e tendo por base a condição traçadora, critérios e indicadores foram construídos, que por sua vez, orientaram a elaboração dos instrumentos de coleta de dados. Os critérios e indicadores eleitos, segundo dimensão do atributo e as respectivas fontes de informação estão contempladas no quadro 1.

**Quadro III.1: Critérios e indicadores para análise do vínculo longitudinal segundo dimensão do atributo e fonte da informação**

Dimensões	Critérios	Indicadores	Fonte informação
Fonte regular de cuidados	1. Presença de adscrição de clientela	% de cobertura da ESF  Benefícios da adscrição de clientela	Gestor, Coord de AB, SIAB Profissionais da ESF
	2. Reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados	Utilização da UBS como local de atendimento para antigos e novos problemas de saúde por pacientes hipertensos Busca de outras Unidades nos últimos 12 meses Procura da UBS para problemas inespecíficos Desejo de mudar de UBS	Profissionais da ESF, Usuários Usuário Usuário
	3. Hipertensos cadastrados	Percentual de hipertensos cadastrados em relação à população adulta adscrita	SIAB, cadastro da UBS
Relação interpessoal	1. Existência de médico e de enfermeiro de referência para o atendimento de rotina	% de pacientes atendidos por um único médico nos últimos 12 meses % de pacientes que reconheciam médico de referência % de pacientes que sabiam o nome do médico de referência	Prontuários, Usuários Usuários  Usuários
	2. Confiança no profissional de referência	% de usuários que confiam na competência do médico % de usuários que acreditam no interesse do médico por seus problemas	Usuários  Usuários
	3. Conhecimento do histórico social do paciente por parte do profissional	% de usuários que acreditam que médico conheça seu histórico familiar e social	Profissionais da ESF, Usuários
	4. Espaço, durante o atendimento, para discussão do tratamento	% de usuários que afirmam tempo suficiente para esclarecimentos durante a consulta % de usuários que sempre/quase sempre fazem perguntas sobre o tratamento	Usuários  Usuários
	5. Orientações de forma que o paciente compreenda	% de usuários que sempre/quase sempre compreendem a fala do médico	Usuários
	6. Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente	Registro de queixas por motivos psicológicos Registro de conduta relativa à queixas por motivos psicológicos	Prontuários Prontuários
	7. Espaço para demanda espontânea	% de usuários que tentaram e não conseguiram marcar consulta nos últimos 12 meses	Usuários
	8. Ausência de vacância de cargo na APS (médicos e enfermeiros)	% de equipes incompletas em outubro de 2007	Gestor, Coord. de AB, SIAB/MS
Continuidade informacional	1. Registro adequado de todo atendimento	% de prontuários com registro de IMC % de prontuários com registro de perímetro abdominal % de prontuários com registro do tipo de hipertensão % de registros com anotação do anti-hipertensivo % de registros com letra legível % de prontuários com todos os registros ordenados cronologicamente	Prontuários Prontuários  Prontuários Prontuários Prontuários
	2. Conhecimento, por parte do médico, de todos os exames realizados 3. Funcionamento dos mecanismos de referência	% de usuários que acreditam que o médico tenha informação sobre os exames realizados  Funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência	Prontuários, Usuários  Gerentes de UBS, Profissionais da ESF, Prontuários

### *Crêterios de sele o das unidades e dos sujeitos da pesquisa*

Os critérios de sele o das unidades foram: UBS estruturadas, reconhecidas pelo seu bom funcionamento, com no mínimo duas equipes completas, e com profissionais médicos e enfermeiros atuantes na unidade por um período mínimo de três anos. Em cada município, médicos e enfermeiros de quatro equipes de Saúde da Família das UBS selecionadas deveriam ser entrevistados.

Em Belo Horizonte foram selecionadas duas unidades: uma, com sete equipes e outra, com três. Todavia, em Camaragibe, onde a maioria das UBS possuía apenas uma equipe, foram contempladas quatro unidades, sendo três com uma equipe e uma, que servia de campo de estágio para um programa de residência médica, com duas equipes. As UBS foram indicadas pela equipe gestora.

Quanto aos profissionais da assistência, o critério de escolha foi a vincula o ao cargo e   unidade selecionada para o estudo por um período mínimo de três anos. Em Belo Horizonte esses profissionais foram indicados pelo gerente da UBS. Em Camaragibe, foram entrevistados os profissionais das unidades selecionadas, exceto os da equipe cujo médico era residente.

Os critérios de inclusão dos usuários foram: pacientes reconhecidamente hipertensos, maiores de 20 anos, inscritos no Programa de Aten o aos Portadores de HAS da unidade há mais de três anos, e disponibilidade em participar da pesquisa. Quanto aos prontuários, o critério foi a vincula o do paciente ao programa de hipertensão por período mínimo de três anos, contemplando todas as microáreas das unidades campo de estudo. Em ambos os municípios não havia cadastro organizado de pacientes hipertensos por unidade, dificultando formatos sistemáticos de escolha.

Dadas as limitações de tempo e de financiamento da pesquisa, e as características organizativas das UBS selecionadas, a opção foi por realizar amostragem por conveniência (não probabilística),<sup>21</sup> estabelecendo um quantitativo mínimo de 30 prontuários e de 30 usuários por município.<sup>22</sup>

### *A pesquisa de campo*

A pesquisa de campo em Belo Horizonte foi desenvolvida em setembro de 2007. No âmbito da gestão foram entrevistados: subsecretária (articulador da rede), coordenadora de atenção básica e duas gerentes de unidade. No âmbito da prática profissional foram entrevistados quatro médicos e três enfermeiras; e revisados 61 prontuários. Nesse município foram aplicados 59 questionários com usuários.

A pesquisa de campo em Camaragibe foi desenvolvida em outubro de 2007. No âmbito da gestão foram entrevistados: secretária de saúde, coordenadora de atenção básica e dois gerentes de distrito. No âmbito da prática profissional foram entrevistados quatro médicos e três enfermeiras; e revisados 59 prontuários. Nesse município foram aplicados 31 questionários com usuários.

A aplicação dos questionários com usuários, em ambos os municípios, foi realizada nas UBS durante o horário de atendimento, antes e depois de atividades de grupo e das consultas. Em Camaragibe, em uma unidade de difícil acesso foram entrevistados cinco usuários em suas residências, porque no dia de disponível para visita a essa UBS não havia hipertensos agendados para consulta.

### *Tratamento dos dados*

A apresentação e a análise dos resultados foi organizada a partir das três dimensões identificadas para o vínculo longitudinal, e em base aos critérios e indicadores eleitos para avaliação das dimensões (quadro 1). A investigação contemplou três perspectivas: gestão do

sistema, prática profissional e ponto de vista do usuário, dependendo do indicador a ser respondido.

As entrevistas realizadas com profissionais da gestão, além de buscar responder a alguns critérios, também foram utilizadas para complementar as informações sobre a implementação do modelo assistencial e para discutir os fatores que favorecem e que dificultam o vínculo longitudinal. As entrevistas com os gerentes de unidades (ou de distritos) auxiliaram na apreensão das características do atendimento aos portadores de hipertensão arterial nas UBS.

Para o tratamento dos dados oriundos da entrevista com os profissionais da assistência foram construídos tópicos a partir dos indicadores investigados no âmbito da prática profissional. As respostas foram tratadas sob o referencial da análise de conteúdo, iniciando-se por leitura vertical de cada uma das entrevistas, seguida de leitura horizontal de todas as entrevista por dimensão e por município.<sup>23,24</sup> Para cada critério foram identificadas as categorias para análise das respostas.

Para o tratamento dos dados quantitativos oriundos do questionário com usuários e da revisão de prontuários foi efetuada a digitação em banco de dados em Excel, com a elaboração posterior de frequências simples e valores relativos. Por se tratar de estudo qualitativo, em que não há intenção de generalizar resultados, não foi feito teste de significância estatística para as variáveis.

### **Considerações éticas**

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável pela realização da pesquisa, pelo CEP de BH e pela equipe gestora de Camaragibe. A todos os entrevistados foi apresentado o TCLE informando sobre a não obrigatoriedade da participação

e a ausência de malefícios e de benefícios diretos, além de esclarecimentos individuais sobre a pesquisa a ser realizada.

## Caracterização dos Municípios estudados

Os dois municípios que conformaram o campo de estudo possuem características demográficas e socioeconômicas distintas. Belo Horizonte é a quarta maior cidade do país, com cerca de 2,4 milhões de habitantes, contando alta cobertura por planos de saúde, baixo índice de pobreza e baixa proporção de habitantes com menos de um ano de estudo. Por sua vez, Camaragibe, município da região metropolitana do Recife, possui cerca de 150.000 habitantes, proporção elevada de habitantes com baixa escolaridade, elevado índice de pobreza e forte dependência de repasses federais (quadro 2).

Os indicadores de mortalidade infantil, nos dois municípios, apresentam taxas semelhantes. Contudo, indicadores de mortalidade e de morbidade relacionados à condição traçadora do estudo apresentam valores mais elevados em Camaragibe (quadro 2)

**Quadro III.2: Indicadores socioeconômicos e de saúde em BH e em Camaragibe**

Indicadores	BH	Camaragibe
Área total <sup>1</sup>	331 km <sup>2</sup>	52 km <sup>2</sup>
Índice de pobreza (2006) <sup>1</sup>	5,43	74,48
PIB percapita (2006) <sup>1</sup>	R\$ 13.636,00	R\$ 3.118,00
% da população > 15 anos com menos de 1 ano de estudo (2000) <sup>1</sup>	4,0	10,5
% da população com mais de 10 anos de estudo (2000) <sup>1</sup>	34,2	16,4
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município (2006) <sup>2</sup>	52,4	90,5
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 (2006) <sup>2</sup>	19,5	15,9
Cobertura por plano de saúde (2007) <sup>3</sup>	43,4	9,2
Coefficiente de mortalidade infantil (2006) <sup>4</sup>	12,8	12,9
Coefficiente de mortalidade neonatal tardia (2006) <sup>4</sup>	2,9	2,9
% baixo peso ao nascer (2006) <sup>5</sup>	10,6	8,7
% de mães de nascidos vivos com mais de seis consultas de pré-natal <sup>5</sup>	70,1	52,4
Taxa de internação por AVC (por 10.000 hab.) <sup>6</sup>	19,5	18,3
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (por 10.000 hab.) <sup>64</sup>	38,7	40,4
Coefficiente de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (100.000 hab.) <sup>4</sup>	28,8	52,5
Coefficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares (100.000 hab.) <sup>4</sup>	53,1	59,9

Fontes: IBGE<sup>1</sup>, SIOPS<sup>2</sup>, ANS<sup>3</sup>, SIM<sup>4</sup>, SINASC<sup>5</sup>, e Pacto da Atenção Básica<sup>6</sup> - Acesso em maio/2009.

Camaragibe foi habilitado em gestão semiplena em 1995, passando à gestão plena do sistema no ano de 1998, segundo a NOB 1/96. Foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o PSF, ainda em 1994, como programa especial. Em 1995, o programa foi considerado uma estratégia de conversão do modelo de atenção à saúde. Por ter-se beneficiado da continuidade administrativa, houve avanços significativos na estruturação da rede básica e o município foi reconhecido como experiência bem-sucedida na região e no país.<sup>25</sup>

Em Belo Horizonte, quarta maior cidade do país e capital do estado de Minas Gerais, o processo de responsabilização pelo setor saúde é anterior à regulamentação do SUS. Em fins da década de 1980 teve início a oferta de serviços básicos a partir de distritos sanitários. Em 1991, já sob a vigência da NOB SUS 91, ocorreu a transferência da gestão da rede

ambulatorial básica para a equipe local, mas sem a ampliação da discussão sobre a mudança de modelo assistencial.

Em 1994, o município assumiu a gestão semiplena, alcançando maior autonomia financeira para gerir a rede de serviços. Alguns projetos foram implantados, dentre eles o Projeto Vida, que tinha por finalidade o enfrentamento da mortalidade infantil. A implantação desse projeto chamou a atenção para problemas de acesso na rede básica, em especial para casos agudos. Essa constatação promoveu a discussão sobre a adoção do ‘Acolhimento’ como diretriz para a organização do atendimento na rede básica, que implicava mudanças, dentre outros aspectos, no processo de trabalho para a ampliação do acesso e do atendimento da demanda espontânea.<sup>26</sup>

A partir de 2002, a crença no potencial do PSF para estruturar a rede de serviços e os incentivos financeiros oriundos da esfera federal motivaram a implantação desse programa. No período da pesquisa de campo, a rede básica estava organizada principalmente através da Estratégia Saúde da Família. Mas o ‘Acolhimento’, que é o princípio orientador do modelo ‘Em defesa da Vida’, permanecia como diretriz da APS local, o que ocasionava certo hibridismo de modelos na estruturação dos serviços.

## Dimensões do Vínculo Longitudinal

### *Identificação da Unidade Básica como fonte regular de cuidados*

Para essa primeira dimensão foram construídos três critérios e sete indicadores (quadro 1). O primeiro critério trata da presença de adscrição de clientela. Como os municípios pesquisados organizavam a atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família, que, por sua vez, tem a adscrição como requisito para a sua implementação, ambos os municípios atendiam a esse critério. Em Belo Horizonte, a cobertura da Estratégia Saúde da Família era de cerca de 70% e, em Camaragibe, essa cobertura ultrapassava 80%.

Em Camaragibe, a afirmativa é que a população já havia assimilado a vinculação à UBS da área, o que constituía um elemento facilitador do funcionamento da rede. No entanto, ainda havia busca pelos serviços de emergência por motivos que não configuravam urgência.

Em ambos os municípios, os profissionais consideravam a adscrição como fator facilitador do atendimento pelos profissionais da equipe e também da identificação da UBS como referência. Mas os de Belo Horizonte deram maior ênfase às vantagens para o usuário em uma perspectiva individual:

*“(...) para os usuários (a adscrição) é um bom fator, têm uma referência. O impacto, de certa forma, seria um conhecimento melhor dessa população, (...) ter um conhecimento melhor no acompanhamento”* (profissional 1- BH).

Em Camaragibe os profissionais percebiam o indivíduo como pertencente a uma comunidade: *“(...) Porque facilita; você conhece melhor a comunidade, você conhece melhor a forma em que ela vive,...”* (profissional 4 - Cam). *“A gente consegue identificar a problemática da comunidade como um todo, consegue fazer o diagnóstico e intervir nas situações que são necessárias”* (profissional 5 - Cam).

O reconhecimento da UBS como referência para o atendimento (segundo critério), foi averiguado junto ao profissional e junto ao usuário. Para este último foi questionado qual a unidade procurada quando necessitava de cuidados em saúde, podendo o entrevistado citar mais de uma opção. Em Belo Horizonte, 98% referiram procurar a Unidade pesquisada, enquanto em Camaragibe, 100%. Todavia, em ambos os municípios havia busca por outras unidades de forma concomitante (tabela 1). A observação para este dado é que foram entrevistados pacientes já vinculados a um programa da UBS (hipertensão) por um período mínimo de três anos. Logo, de alguma forma esses pacientes já identificavam a UBS como fonte de cuidados.

Quando perguntados se procuraram outras unidades nos últimos 12 meses sem serem referenciados, 51% dos entrevistados de Belo Horizonte e 81% de Camaragibe afirmaram que sim, corroborando as respostas da questão anterior. Em Belo Horizonte, 31% afirmaram ter buscado consultório particular ou serviço credenciado ao plano de saúde e 20%, serviços de pronto-atendimento; ambulatório público foi citado por 9% dos entrevistados. Já em Camaragibe, os ambulatórios públicos (policlínicas e ambulatório de hospitais públicos) foram citados por 72% dos entrevistados, ao passo que os serviços de pronto-atendimento, por 16%.

Quanto aos motivos de procura da UBS pesquisada, os usuários afirmaram principalmente problemas crônicos e cuidados preventivos, mas também para sintomas inespecíficos (dor, febre, mal estar etc.). Os motivos mais citados para a procura de outra Unidade em Belo Horizonte foram 'consulta para doença crônica e ou continuar tratamento' (17%), e atendimento de urgência para doença já conhecida (15%). Em Camaragibe, os motivos mais citados foram os mesmos, 32 % e 29%, respectivamente.

O desejo de mudar de UBS, caso fosse fácil, foi manifestado por cerca de 7% dos entrevistados em Belo Horizonte e de 19%, em Camaragibe. Para esta questão, o entrevistado deveria justificar a opção. Para os que não manifestaram desejo de mudar de UBS, as respostas foram categorizadas em dois grupos: I - gostar da unidade ou da equipe e ou apreciar a organização ou o atendimento da UBS; II - estarem acostumados com a equipe, proximidade da residência, falta de opção ou, ainda, não ter queixa.

Em Belo Horizonte, dos 93% que não mudariam de UBS, cerca de 41% expressaram real satisfação com o serviço; enquanto que 52% tiveram suas respostas classificadas no segundo grupo, ou seja, expressaram conformidade com o atendimento ou com a equipe. Em Camaragibe, onde 81% dos usuários não manifestaram desejo de mudar de UBS, esses valores foram de cerca de 55% e de 26%, respectivamente.

Na opinião dos profissionais, em Belo horizonte, há o reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados na medida em que existe procura contínua pelos serviços oferecidos. Mesmo quando da utilização de outro serviço pelo usuário, seja de pronto-atendimento, seja de consulta com especialistas, haveria a procura da UBS para a certificação de que o tratamento recomendado foi correto: *“(...) a criança passa mal no final de semana e vai no serviço de urgência; na segunda-feira, ele vem ver se a receita está correta. É a questão da confiança no seu trabalho...”* (profissional 2 BH).

O fato de os profissionais da Saúde da Família estarem sempre presentes na Unidade funcionaria como elemento facilitador desse reconhecimento: *“(...) a partir do momento que eles chegam e voltam e encontram sempre a equipe pronta pra atendê-los, eles exaltam isso e ficam fregueses ...”* (profissional 4 - BH).

Por sua vez, ainda haveria a busca de outros serviços sem que houvesse real necessidade, o que, na opinião de um dos entrevistados, indica que este reconhecimento ainda não é completo: *“(...) Porque, muitas vezes, o paciente procura a urgência. Eu considero uma referência sim, mas não digo sempre, porque, se fosse sempre, o paciente não procuraria a urgência para algo que ele já foi orientado ...”* (profissional 7 – BH).

Em Camaragibe, os profissionais também consideravam que a população da área de abrangência reconhecia a UBS como referência para o atendimento, principalmente pela demanda, percebida como intensa. A presença constante da equipe na Unidade e a proximidade desta em relação às residências foram elementos interpretados como facilitadores desse reconhecimento. Contudo, o fato de aceitar a Atenção Básica como porta de entrada do Sistema também ajudaria:

*Porque eles conseguem entender que nós somos a atenção básica e que tudo começa aqui na comunidade, na assistência básica, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem. Todo esse processo de prevenção, avaliação e*

*diagnóstico. E eles percebem que, quando a resolutividade aqui não é possível, vai para a atenção secundária com encaminhamento nosso ... (profissional 4 – Camaragibe).*

Entretanto, ainda haveria a percepção de que a procura da Unidade é pela falta de melhores opções: “*Por não existir outra possibilidade para eles, a não ser quando têm uma complicação nos casos*” (profissional 1 Camaragibe).

Com relação ao cadastramento dos hipertensos (terceiro critério), os dados do HIPERDIA não estavam atualizados nos dois municípios. Em Belo Horizonte, nas duas unidades, o percentual de hipertensos cadastrados era de, aproximadamente, 14% da população adulta adscrita. Em Camaragibe como um todo havia 14.723 pacientes hipertensos cadastrados no SIAB, cerca de 13% da população acima de 20 anos.

**Tabela III.1: Identificação da UBS como fonte regular de cuidados em Belo Horizonte (MG) e Camaragibe (PE)- 2007**

Critérios/Indicadores	BH		Camaragibe		Fonte
	n	%	n	%	
Adscrição de clientela - cobertura da ESF	484	69,6	36	82,6	SIAB
Reconhecimento da UBS para atendimento de antigos e novos problemas de saúde	58	98,3	31	100,0	inquérito
Procura da UBS para sintomas inespecíficos	34	57,6	16	51,6	inquérito
Busca de outras unidades nos últimos 12 meses sem encaminhamento*	30	50,8	25	80,6	inquérito
ambulatórios públicos	5	8,5	22	71,0	inquérito
consultórios privados/plano de de saúde	18	30,5	-	0,0	inquérito
Unidades de pronto atendimento	11	18,6	5	16,5	inquérito
Desejo de mudar de UBS	4	6,8	6	19,4	inquérito

Usuários entrevistados: Belo Horizonte n=59 – Camaragibe n=31

\*O usuário podia referir mais de um tipo de unidade de saúde.

### *Relação interpessoal*

Como a relação interpessoal é fortemente influenciada pelas crenças do profissional, interessava saber, em primeiro lugar, qual era a percepção dos médicos e dos enfermeiros sobre as características de uma boa relação profissional-paciente e os fatores que nela interferem.

Em ambos os municípios, os profissionais mencionaram aspectos que refletem a aceitabilidade do paciente, como: respeito, confiança, atenção às recomendações; mas também citaram a competência do profissional e a co-participação do paciente no tratamento:

*Quando há o respeito, e respeito não é me chamar de doutora, não. Quando há o entendimento do que eu estou fazendo e ele me acompanha nesse processo de doença dele, ele co-participa do processo todo e a responsabilidade do tratamento não é minha, é nossa ... (profissional 2- BH).*

Em Camaragibe também houve menção ao diálogo, à escuta e à percepção do modo de vida do paciente: “(...) a confiança, o respeito com o profissional médico, (...) acho que escuta por parte do profissional é importantíssima, a questão do profissional ouvir e respeitar a posição do cliente, até mesmo em momentos em que ele não concorde com a gente” (profissional 2 – Camaragibe).

Nesse município, a relação duradoura com o usuário foi reconhecida como uma das características que diferenciam a Estratégia Saúde da Família do antigo modelo: “(...) porque, antes, eu fazia o mesmo atendimento e, pronto, ia embora, não tinha o vínculo. Com o vínculo, ele volta, ele gosta de você, ...” (profissional 4 - Camaragibe).

Pouca capacidade de compreensão, não adesão, confusão de papéis e população adscrita numerosa foram citados como fatores que podem interferir negativamente na relação com o paciente por profissionais de ambos os municípios.

*(...) talvez, a diferença de formação entre o médico e o paciente, diferença de esclarecimentos, (...) talvez, porque o médico não consiga passar para aquele paciente aquilo que ele sabe, para que o paciente fique consciente do estado de saúde dele (...) Do paciente seria ele não aceitar seu estado de portador de alguma doença, ele não querer tratar ... (profissional 1 BH)*

*(...) primeiro, o respeito e também saber separar a questão profissional da relação que tem com a pessoa (...) impor alguns limites, porque muitas vezes as*

*peças confundem que a gente é profissional e aí pedem coisas que não podemos cumprir, acham que tem que ter vantagens... (profissional 5 Camaragibe)*

Em Camaragibe, a rotatividade de profissionais e a insuficiência de medicamentos também foram apontadas como empecilhos.

Para dar continuidade à análise da relação interpessoal, essa dimensão foi investigada a partir de oito critérios e treze indicadores (quadro 1 e tabela 3). Como a existência de um profissional de referência é pré-requisito para que haja relação interpessoal, esse item foi o primeiro critério, averiguado a partir de três questões direcionadas aos usuários: i) quantitativo de médicos que atenderam o paciente nos últimos doze meses; ii) se o paciente tinha médico de referência e; iii) se o paciente sabia o nome desse profissional.

O percentual de usuários atendido por um único médico nos doze meses anteriores foi de 53% em Belo Horizonte e de 68% em Camaragibe. Quanto ao reconhecimento de um médico como referência, mais de 80% dos entrevistados responderam positivamente em Belo Horizonte, e destes cerca de 70% sabiam dizer o nome desse profissional. Em Camaragibe, todos os entrevistados responderam de forma positiva e 81% recordavam o nome do médico (tabela 3).

Para os enfermeiros, em Belo Horizonte, 59% dos usuários reconheciam um profissional como referência e 49% deles sabiam o nome desse profissional. Para Camaragibe, esses valores foram de 29% e de 26%, respectivamente. Nas duas unidades investigadas em Belo Horizonte e em três das quatro unidades de Camaragibe, os enfermeiros não realizavam consultas de rotina para os portadores de hipertensão, apenas atividades de grupo e atendimentos individuais de forma esporádica. Assim, questões relativas à relação interpessoal com o enfermeiro não foram consideradas.

A investigação da existência de um profissional de referência a partir da revisão de prontuários foi descartada, porque o quantitativo de registros sem assinatura ou com identificação ilegível em Camaragibe foi cerca de 42%.

Para o segundo critério, ‘confiança no profissional’, foram contempladas duas questões no questionário do usuário: ‘interesse do médico pelos problemas de saúde do entrevistado’ e ‘credibilidade na competência técnica desse profissional’. As possibilidades de resposta eram: sempre, quase sempre, às vezes e nunca. As duas primeiras opções foram interpretadas como confiança. Em Belo Horizonte 80% dos entrevistados tinham confiança na competência do médico e 88%, acreditavam no interesse desse profissional por seus problemas. Em Camaragibe, para as duas questões, o percentual foi de 94% (tabela 3).

O conhecimento do histórico familiar e social do paciente por parte do médico (terceiro critério) complementa o conjunto de indicadores do critério anterior. Setenta por cento dos usuários em Belo Horizonte e 93%, em Camaragibe consideravam que o médico tinha conhecimento da sua realidade social.

Os profissionais de ambos os municípios consideram que há influência dos fatores socioeconômicos na conduta prescritiva, principalmente no que se refere ao poder aquisitivo, posto que a disponibilidade de recursos financeiros possibilita a aquisição de medicamentos e de outros insumos recomendados. Além do poder aquisitivo, foi feita menção à interferência do nível de escolaridade e dos fatores culturais:

*Interfere no sentido da distribuição de alguma medicação que não esteja disponibilizada na rede pública. E a outra questão é de cultura (...) então, eu tento me aproximar o máximo possível da cultura deles. Outra coisa é o analfabetismo, para o entendimento de uma prescrição, você tem que falar, repetir e, às vezes, você tem que pedir ao ACS para ir até o domicílio checar se realmente houve compreensão (...) aí, eu procuro também adequar a medicação, para que fique mais fácil ...” (profissional 2 BH).*

*“Sim, porque você tem que usar uma linguagem que seja bem acessível a eles ...  
(profissional 5 Camaragibe)*

O quarto critério, espaço para que o paciente discuta o tratamento, foi averiguado junto ao usuário e no âmbito da prática profissional. Em ambos os municípios, a maioria dos usuários referiu sempre ou quase sempre existir este espaço, 76% em Belo Horizonte e 87% em Camaragibe. Destes, 56% e 51%, respectivamente, afirmaram sempre fazer perguntas.

Para os profissionais, por um lado, existe espaço para a discussão do tratamento, que é utilizado à medida que os pacientes buscam esclarecer as dúvidas. A iniciativa do diálogo seria compartilhada. Por outro lado, acreditam que ainda há dificuldade de compreensão, posto que percebem erros no seguimento das prescrições:

*Às vezes, sim, aí eles perguntam. Por isso que, dependendo do paciente, eu sempre faço essa pergunta: - Como é que é mesmo que você está tomando (o medicamento)? O que é para fazer mesmo? Daqui a quanto tempo mesmo você vai voltar? Para ver se houve entendimento. (profissional 2 BH)*

*(...) Eu me esforço para que eles não saiam com dúvidas. Alguns ainda saem com dúvida. Eu fico sabendo disso através do agente de saúde. (profissional 2 – Camaragibe)*

Com relação à compreensão das orientações (quinto critério), 83% dos entrevistados em Belo Horizonte e 97% em Camaragibe afirmaram sempre ou quase sempre entender o que o médico fala.

A valorização das dúvidas e das queixas dos pacientes (sexto critério) foi observada a partir do registro de queixas por motivos psicológicos e/ou sociais em prontuário, bem como da conduta correspondente. Em Belo Horizonte foram observados registros de queixas por motivos psicológicos em 25% dos prontuários e em Camaragibe, 17%. Quanto às queixas por

motivos sociais, o quantitativo foi de 10% e 7%, respectivamente. No entanto, nos dois municípios não havia registro de conduta relativa a tais queixas.

O espaço para demanda espontânea favorece o vínculo por facilitar o acesso ao serviço quando o paciente tem a percepção da necessidade do atendimento.<sup>27</sup> A resposta para este critério (sétimo) foi obtida no questionamento sobre o sucesso na tentativa de marcar consulta nos últimos doze meses. Em Belo Horizonte, 46% dos usuários entrevistados afirmaram ter tido dificuldades na marcação de consultas. Para Camaragibe, esse percentual foi de 39%.

Os profissionais relatam que existe espaço na agenda para os possíveis extras. A orientação é atender a todos que procuram a UBS e há tentativas de organizar essa demanda. Contudo, nos dois municípios, a alegação é que nem sempre conseguem atender a todos. O esforço para organizar e atender a demanda espontânea é comum aos dois municípios.

Com relação ao oitavo critério, a fixação do profissional médico ainda era uma dificuldade nos dois municípios, mesmo com esforços da gestão para diminuir a rotatividade e a vacância. Por informação dos gestores locais, 5% das equipes estavam sem médico em Belo Horizonte, enquanto esse percentual era de 27% em Camaragibe.

**Tabela III.3: Indicadores da relação interpessoal em Belo Horizonte (MG) e Camaragibe (PE)- 2007**

Critérios/Indicadores	Belo Horizonte		Camaragibe	
	n	%	n	%
Existência de médico de referência				
% pacientes atendidos por um único médico	31	52,5	21	67,7
% de pacientes que reconheciam um médico de referência	48	81,4	31	100,0
% de pacientes que sabiam o nome do médico de referência	41	69,5	25	80,7
Confiança no profissional				
% de usuários que confiam na competência do médico	47	79,7	29	93,5
% de usuários que acreditam no interesse do médico por seus problemas	52	88,1	29	93,5
% de usuários que acreditam que o médico conheça seu histórico familiar e social	41	69,5	29	93,5
% de usuários que afirmam tempo suficiente para esclarecimentos durante a consulta	45	76,3	27	87,1
% de usuários que sempre/quase sempre fazem perguntas sobre o tratamento	31	52,5	11	35,5
% de usuários que sempre/quase sempre compreendem a fala do médico	49	83,1	30	96,8
Valorização das queixas do paciente				
Registro de queixas por motivos psicológicos	15	24,6	10	16,9
Registro de conduta relativa às queixas por motivos psicológicos	0	0,0	0	0,0
Espaço para demanda espontânea				
% de usuários que tentaram e não conseguiram marcar consulta nos últimos 12 meses	32	54,2	19	61,3
% de equipes incompletas em outubro/2007	25	5,0	11	27,5

### *Continuidade informacional*

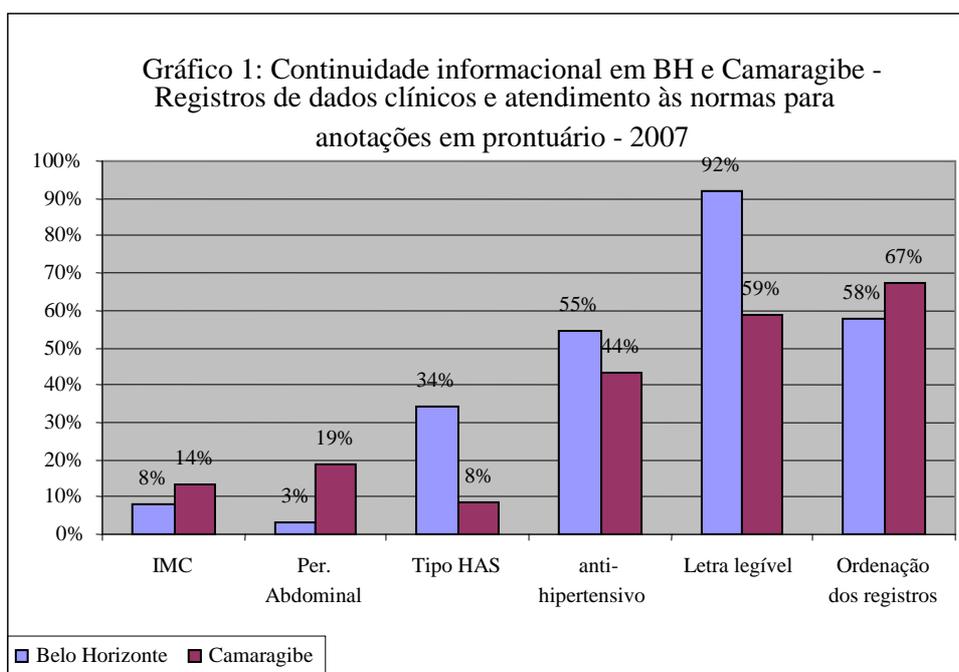
A continuidade informacional, interpretada como “coleção organizada de informação médica e social sobre cada paciente, que é disponibilizada para todos os profissionais de saúde que cuidam dele”,<sup>14</sup> é o elemento que orienta a continuidade do cuidado e é possibilitada principalmente pelos registros em prontuário.

O primeiro critério para análise dessa dimensão – registro adequado de todo atendimento – teve a revisão de prontuário como fonte. Normas preconizadas para os registros em prontuário<sup>28</sup> e a presença de dados relevantes para o acompanhamento do portador de HAS na APS<sup>14,15</sup> foram consideradas para a construção dos indicadores (quadro 1).

Dados relevantes para o acompanhamento do paciente portador de HAS, como o Índice de Massa Corpórea (IMC) e o perímetro abdominal, não constavam na maioria dos prontuários de ambos os municípios, assim como a classificação do tipo de hipertensão (gráfico 1). A ausência deste último tipo de dado impossibilitou a análise relativa aos registros

dos exames complementares, posto que solicitações de exames devem estar em acordo com a classificação do tipo de hipertensão.

Quanto às normas para registro em prontuário, as unidades em Belo Horizonte apresentaram melhor desempenho nos itens ‘anotação da medicação utilizada’ e ‘escrita legível’, mas não com relação à ordenação cronológica. A ressalva é que uma das unidades pesquisadas nesse município estava em processo avançado de implantação do prontuário eletrônico, o que facilitava a legibilidade dos registros. Por sua vez, as folhas impressas nem sempre estavam ordenadas (gráfico 1).



Cerca de 83% dos usuários em ambos os municípios consideravam que os médicos sempre tinham conhecimento dos exames realizados (segundo critério). Esses dados foram ao encontro da opinião dos profissionais, os quais, em geral, estão satisfeitos com o fluxo da informação, embora ainda houvesse observações quanto à demora nos resultados. Em Camaragibe, o paciente era o responsável pela busca dos resultados da maioria dos exames.

Em alguns casos, os profissionais da UBS se incumbiam da entrega do material e da busca dos resultados. Mas este fator não foi citado como empecilho para o atendimento.

Já em Belo Horizonte, onde a rede de serviços estava em processo de informatização, alguns resultados estavam disponíveis *on line* e formas de alerta para exames com alterações começam a ser implementadas:

*Eu vejo os exames no sistema (on line). A maioria, os que são feitos pelo laboratório da prefeitura, são disponibilizados no sistema, mas eu só vou conseguir ver quando o paciente marcar consulta para mim (...) Agora passaram a avisar quando o exame está alterado; inclusive, semana passada, recebi um exame que veio na minha mão com alteração, (...) por exemplo, os exames de HIV. (profissional 1 BH)*

Quanto aos mecanismos de referência (terceiro critério), profissionais de ambos municípios afirmaram que preenchem o formulário de encaminhamento. A marcação dos procedimentos de média complexidade era responsabilidade da UBS (em Camaragibe, a exceção seria a referência para Unidades de maior complexidade, localizadas na capital do estado, cuja marcação era de responsabilidade do paciente).

Em Belo Horizonte havia investimento na rede própria de média complexidade, mas em Camaragibe a afirmativa era de “estrangulamento”, posto que os procedimentos ofertados pela rede própria de média complexidade eram insuficientes para suprir a demanda e a compra de procedimentos na rede privada estava aquém das solicitações:

*(...) O problema é conseguir a vaga; a referência está muito estrangulada, não se consegue, por exemplo, uma vaga de neurologista por mês, mamografia, duas mamografias por mês, para uma comunidade que tem mais de setecentas mulheres. Então é complicada a referência; a oferta é muito pequena para a demanda; e a contrarreferência é praticamente inexistente. É zero; o especialista não me devolve; se quiser, que pergunte ao paciente. (profissional 2 - Camaragibe).*

Com relação ao retorno da informação, o consenso entre os profissionais é de que ainda faltava colaboração dos especialistas. O retorno era feito geralmente pelo paciente, mesmo em Belo Horizonte, onde a maioria dos procedimentos era oferecida em unidades próprias:

*Esse retorno é muito ruim; na realidade, ele vai à consulta direitinho e sempre solicitamos uma contrarreferência; e nós não estamos conseguindo essa contrarreferência, é muito raro ter uma informação adequada. Quando conversamos isso com os especialistas, eles alegam que o usuário não está nos entregando. Quando a gente conversa com o usuário, ele alega que o médico não entregou ... (gerente 1 BH)*

Dados oriundos da revisão de prontuários corroboram esses achados. Em Belo Horizonte, dos treze prontuários com registro de encaminhamentos, o relato do especialista estava presente em apenas um caso. No município de Camaragibe, onde também foi observado registro de encaminhamentos em treze prontuários, em somente dois havia relato elaborado pelo especialista.

## Discussão dos Resultados

Os municípios selecionados para o estudo são exemplos de estruturação da APS a partir da reorientação do modelo assistencial. A expectativa, nestes casos, é que atributos considerados essenciais da APS, como o vínculo longitudinal, estejam presentes.

A identificação de uma fonte regular de cuidados, primeira dimensão definida para o vínculo longitudinal, pressupõe que a população deve reconhecer um serviço de APS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde.<sup>2</sup> O pré-requisito para que isso ocorra é a garantia de acesso a esse serviço. Para diminuir as possíveis barreiras de acesso, além de ampliar a cobertura, os dois municípios organizaram a rede básica a partir da territorialização e da adscrição de clientela.

Os pacientes entrevistados, nos dois municípios, utilizavam a UBS pesquisada como fonte regular de cuidados, inclusive para sintomas inespecíficos, o que pressupõe que existia espaço na agenda do profissional para o atendimento à demanda espontânea. Essa disponibilidade tende a funcionar como facilitador da manutenção do vínculo, posto que também diminui barreiras de acesso. Contudo, mesmo na presença dessa facilidade, parcela dos pacientes afirmou procurar outras Unidades tanto para urgências quanto para acompanhamento de doença crônica.

A busca por outras Unidades ambulatoriais, excluindo os serviços de urgência, pode ser interpretada como discordância entre a percepção de necessidade por parte dos usuários e a qualidade e/ou a quantidade do serviço oferecido na UBS. Outra possibilidade seria a assimilação da adscrição a uma unidade como critério inquestionável. A OMS defende que a limitação da escolha do usuário tende a promover a utilização dos serviços de APS local mesmo na presença de insatisfação, assim como o recurso a subterfúgios para acesso a outras unidades, dificultando a identificação de serviços com problemas de qualidade.<sup>29</sup> Porém, nesse caso, o que motivaria um usuário com acesso a plano de saúde a utilizar uma UBS como fonte regular de cuidados?

Profissionais de Belo Horizonte e de Camaragibe mencionaram, por um lado, o uso de serviços de emergência por pacientes da unidade de forma desnecessária. Por outro, alguns pacientes buscariam a UBS para confirmar a terapêutica prescrita por profissionais de outras unidades, em particular as de pronto-atendimento. Essa dupla utilização pela mesma queixa foi interpretada como confiança no médico da Saúde da Família. Contudo, a duplicidade no uso de serviços tende a dificultar o acesso de outros pacientes que necessitam de atendimento, além de aumentar os custos da atenção.

Fato que merece destaque é o de ter sido relativamente baixo o percentual de usuários que manifestaram desejo de mudar de UBS nos dois municípios, menor em Belo Horizonte

(tabela 2), embora parcela de usuários, como justificativa da opção de não mudar de unidade, tenha verbalizado a conformidade com o atendimento em lugar de satisfação (52% em Belo Horizonte e 26% em Camaragibe).

A análise dos dados da segunda dimensão – relação interpessoal – acrescenta outros elementos na contradição entre reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados e a busca de outras Unidades. Os percentuais de usuários que reconheciam o médico da Estratégia Saúde da Família como referência, que acreditavam na competência técnica desse profissional e também no interesse deste por sua realidade socioeconômica foi elevado nos dois municípios, porém maior em Camaragibe (tabela 3). Logo, nos dois casos, a procura de outra unidade não parece ter relação direta com a credibilidade do profissional médico.

Relação interpessoal, como dimensão do vínculo longitudinal, significa relação terapêutica duradoura, caracterizada por confiança e responsabilidade.<sup>30,31</sup> No contexto da mudança de modelo assistencial, a expectativa é que, nessa relação, esteja inclusa a percepção do paciente em seus aspectos bio-psicossocial, além de uma conduta profissional que promova a autonomia do sujeito.<sup>32</sup> Em ambos os municípios, a fala dos profissionais ia ao encontro de tais expectativas.

Em uma boa relação profissional-paciente também se espera que haja co-participação do paciente na terapêutica, mas essa conduta participativa depende, entre outros aspectos, da percepção do profissional a respeito dessa relação e de sua disposição para o diálogo. Na fala dos profissionais de Camaragibe estavam presentes elementos que refletem a visão do paciente como pertencente a uma comunidade, do mesmo modo que a de serem pessoas com autonomia para ter opinião diferenciada sobre o tratamento.

Esses resultados sugerem que os profissionais entrevistados nesse município apreenderam com maior intensidade as características necessárias para a mudança do modelo assistencial. Respostas do questionário do paciente relacionadas ao espaço durante a consulta

para discussão do tratamento e à compreensão da fala do médico também foram mais favoráveis em Camaragibe (tabela 3).

Merece destaque a observação de que, embora a vacância no cargo de médico fosse maior em Camaragibe, os profissionais entrevistados nesse município tinham mais tempo no cargo e na Unidade do que os de Belo Horizonte, o que pode ser um diferencial na adaptação ao modelo e à relação com os pacientes. O fato de implementar um único modelo, mesmo com a incorporação de novos elementos, também pode ter influência na adaptação do profissional.

Havia o reconhecimento, por parte dos profissionais, de que os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais interferem na condição de saúde e na adesão ao tratamento; contudo, esse reconhecimento não se refletia nos registros em prontuário. Queixas por motivos psicológicos ou sociais praticamente não estavam contempladas nos registros. No caso de estarem contempladas, não havia a conduta referente. Informações sobre renda, situação familiar e escolaridade eram igualmente precárias ou inexistentes nos dois municípios.

Como afirmam Haggerty et al.,<sup>15</sup> os registros na APS devem contemplar, além de queixas e de conduta clínica, características sociodemográficas, valores e situação familiar do paciente. Essas informações orientam a continuidade do cuidado. Além do mais, a ausência ou a insuficiência de informações não biológicas pode refletir a persistência da lógica biologicista na interpretação do processo de adoecimento e de recuperação do paciente.<sup>30,32</sup>

A continuidade da informação é imprescindível para a continuidade do cuidado,<sup>33</sup> em especial quando envolve profissionais de diferentes locais e especialidades.<sup>31</sup> Nos dois municípios foram constatados problemas no preenchimento do prontuário pela equipe de APS e no retorno da informação das referências.

No caso da atenção aos portadores de HAS, traçador do estudo, o retorno da informação para a equipe de APS torna-se imprescindível, porque os pacientes referenciados para consultas e exames especializados são, na maioria das vezes, idosos e com baixa escolaridade. Provavelmente, esses pacientes terão dificuldades para reproduzir as orientações do especialista.

Com relação à continuidade da informação em serviços de atenção básica no Brasil, os estudos são raros ou pouco divulgados. Mas Vasconcellos et al.,<sup>34</sup> em estudo que avaliou os registros em prontuários de unidades de atenção básica em quatro municípios do Rio de Janeiro, identificaram também problemas de suficiência e de completude das informações tanto de aspectos clínicos quanto sociais.

A interferência de aspectos culturais no processo de adoecimento foi bem explicitada em Camaragibe, onde profissionais citaram o hábito de ingerir alimentos conservados à base de sódio como empecilho para a adesão às recomendações, por ser contraindicado no caso de pacientes portadores de HAS. Assim como os outros fatores socioeconômicos, o enfrentamento da questão da cultura alimentar era encarado com ceticismo.

O vínculo longitudinal envolve ações de promoção e de prevenção. O médico, isoladamente, não tem como responder a tantas demandas. Determinadas situações, como a mudança de hábitos que fazem parte da cultura local ou familiar, necessitam da intervenção de outras categorias da saúde e até da articulação com outros setores. Além do mais, a relação com outros profissionais da equipe promove a divisão de responsabilidades e diminui a sobrecarga desse profissional.<sup>35</sup>

No caso dos portadores de HAS, a orientação do Ministério da Saúde (MS) é a divisão das responsabilidades com o enfermeiro,<sup>14</sup> porém, dentre as seis UBS visitadas, em apenas uma havia consulta de enfermagem para esses pacientes.

Trabalhos recentes sobre a atenção aos pacientes portadores de hipertensão arterial na APS apontam problemas de implantação e ações do protocolo.<sup>36,37</sup> Alguns achados do presente estudo indicam igualmente que os resultados da atenção para este grupo de pacientes estavam aquém do esperado nas UBS que serviram de campo.

A julgar pelos pressupostos de Kessner et al.,<sup>13</sup> os quais afirmam que os traçadores ilustram a maneira como opera um setor do sistema e que *“a forma como um médico ou equipe administra a atenção de maneira rotineira em relação às enfermidades comuns será indicador de qualidade geral da atenção e da eficácia do serviço”* (p.556), mesmo nessas experiências consideradas bem sucedidas de estruturação da APS, o atendimento ao atributo do vínculo longitudinal ainda carece de dedicação.

### Considerações Finais

O vínculo longitudinal na APS está relacionado aos resultados positivos. O reconhecimento deste atributo como característica central da APS em nosso país é oportuno e deve ser avaliado. As duas experiências aqui contempladas, reconhecidas com bem-sucedidas no que se refere à estruturação da APS, ainda apresentam deficiências com relação ao atendimento desse atributo, embora também apresentem avanços.

Dentre esses avanços, chama a atenção os esforços para a ampliação da cobertura a partir de UBS com adscrição de clientela, o reconhecimento da importância do vínculo com o usuário, e a percepção da interferência de fatores socioeconômicos no processo saúde-doença, embora ainda houvesse falhas no registro da presença desses fatores. Os indicadores referentes aos critérios estabelecidos para a observação da relação interpessoal foram bem avaliados em ambos os municípios, principalmente em Camaragibe.

Por outro lado, a rotatividade do profissional médico estava presente como dificuldade nas duas localidades, em aparente contradição com o avanço citado. Percebe-se que estes

profissionais são atraídos para o cargo, mas que parcela destes não se sente estimulada a permanecer no cargo. Nesse caso, valeria investigar os reais motivos da sua falta de interesse na manutenção do vínculo e, a partir daí, promover incentivos específicos. Como afirma Campos,<sup>38</sup> é difícil que os municípios, isoladamente, tenham condições de resolver esse problema, que requer política de recursos humanos pactuada com outras esferas de governo.

Observando os resultados das três dimensões em separado, Belo Horizonte tem melhor desempenho na primeira, reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados, e na terceira; continuidade da informação, ao passo que Camaragibe se destaca nos itens concernentes à relação interpessoal com o médico. A hipótese é que aspectos como, a dificuldade para a realização de procedimentos, e para e o acesso ao segundo nível de atenção levam o paciente a procurar outras Unidades nesse município. Entretanto, em Belo Horizonte, os avanços relativos à estruturação do sistema como um todo teriam aumentado a resolutividade da APS e, conseqüentemente, a vinculação do usuário.

A utilização excessiva dos serviços da UBS por parcela da população, nem sempre em razão de demandas cujas respostas estariam no escopo dos serviços de saúde, foi referida em ambos os municípios. O fato é que a equipe de atenção primária está muito próxima à comunidade e aos seus problemas. Para que a atenção primária seja resolutiva, precisa estar articulada aos outros níveis de atenção à saúde e ter apoio de outras áreas sociais. O vínculo longitudinal na APS não representa respostas para todas as demandas. A articulação com outros níveis de atenção e a intersetorialidade sempre será necessária.

## **REFERÊNCIAS**

<sup>1</sup> Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457-502.

- <sup>2</sup> Starfield B. Uma estrutura para medição da atenção primária. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002. p. 43-70.
- <sup>3</sup> Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- <sup>4</sup> Gervas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 205-18.
- <sup>5</sup> Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (periódico na Internet) março de 2009 – citado em março de 2009, cerca de 26 páginas. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
- <sup>6</sup> Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7: 352-357. Disponível em: [www.archfammed.com](http://www.archfammed.com). Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- <sup>7</sup> World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Europe: WHO; 1992.
- <sup>8</sup> Maeseneer. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of family medicine* 2003; 1 (3): 144-8.
- <sup>9</sup> Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20 (3): 226-33. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br> . Acesso em janeiro de 2007.
- <sup>10</sup> Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. *Annals of Medicine* 2004; 2 (5): 445-451. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br> . Acesso em janeiro de 2007.
- <sup>11</sup> Paim J. A gestão da Atenção Básica nas cidades. In: *Desafios para saúde coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 49-78.
- <sup>12</sup> Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005. <sup>13</sup>

- <sup>13</sup> Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores. In: OPAS, 1992. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington DC: Editora OPAS. p. 555-63. (Publicación Científica)
- <sup>14</sup> Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- <sup>15</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 2006; 16.
- <sup>16</sup> Teixeira C F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate. 2003;27(65):257-77.
- <sup>17</sup> Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friendeberg LA. Measuring consumer experiences with primary care . Pediatrics 2000; 105:998-1003.
- <sup>18</sup> Harzhein E, Starfield B, Rajmil L, Stein AT. Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22(8):1.647-59.
- <sup>19</sup> 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 (BR); 2006.
- <sup>20</sup> Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice 2001; 50:161-175
- <sup>21</sup> Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan. 2000. p 340-346
- <sup>22</sup> Needle RH, Trotter RT, Goosby E, Bate C, Von Zinkernagel, D. Um Guia para Conduzir Avaliação Rápida e Pronta Resposta (RARE) na Comunidade – Departamento de Saúde Pública e Assistência - Escritório de Políticas de HIV/AIDS. 2000 (mimeo)
- <sup>23</sup> Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1995.
- <sup>24</sup> Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF et al. 1996. Pesquisa Social – Teoria método e criatividade. Petrópolis RJ: Editora Vozes. p. 67-80.

- <sup>25</sup> Silva RM. A Autonomia Municipal na Implementação de Políticas Nacionais de Saúde: O PSF em Camaragibe. (Dissertação de Mestrado) Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- <sup>26</sup> Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 (tese de doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2001.
- <sup>27</sup> Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS e Guerrero AVP. 2008. Manual de práticas de atenção básica – Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo SP: Editora Hucitec. P 132–51.
- <sup>28</sup> World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Europe: WHO; 1992.
- <sup>29</sup> Conselho Federal de Medicina. Resolução 1639/2002.
- <sup>30</sup> Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública. 1999, 15 (3): 647-54.
- <sup>31</sup> Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. Annals of Family Medicine 2003; 1(3):134-45.
- <sup>32</sup> Caprara A, Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva, 2004. 9(1): 139-46.
- <sup>33</sup> Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. Revista Española de Salud Pública 1997; 71:479-85.
- <sup>34</sup> Vasconcellos MM, Gribel E, Moraes HIS. Regeistros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2008, (24) 1s:173-82.
- <sup>35</sup> Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients` and physicians` views. Family Practice – an International Journal 2001; 18 (1): 53-8. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br> . Acesso em 17 de janeiro de 2007.

<sup>36</sup> Baptista EKK, Marcon SS, Souza RKT Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil . Cadernos de Saúde Pública 2008, (24) 1 225-9.

<sup>37</sup> Costa JMBS. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas equipes de saúde da família no município de Recife-PE [dissertação de mestrado]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

<sup>38</sup> Campos GW. Debate sobre o artigo de Conill: Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública; 2008, 24 (sup 1):7-27.

## Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo possibilitou definir ‘vínculo longitudinal’ na Atenção Primária em Saúde (APS), bem como a identificação de suas respectivas dimensões em acordo com os princípios organizativos pensados para o Sistema Único de Saúde (SUS). A importância de tal definição reside no fato de que esse atributo está relacionado com resultados positivos na APS, o que justifica almejar e avaliar seu alcance no contexto de implementação de diferentes modelos assistenciais na Atenção Básica (AB).

Os dois modelos eleitos para o estudo – Saúde da Família e Em Defesa da Vida/Acolhimento – são recentes como propostas de organização da APS no Brasil. Assim, seus aportes teóricos já incorporaram elementos legitimados de propostas anteriores. Além disso, sua execução promove adaptações em acordo com a realidade local, chegando ao hibridismo de modelos, que é o caso de Belo Horizonte, onde a proposta Em Defesa da Vida é posta em prática em consonância com a adesão à Estratégia Saúde da Família.

A revisão bibliográfica sobre as propostas selecionadas, assim como a análise da perspectiva de sua implementação, possibilitou a identificação das características comuns aos dois modelos e, também, daquelas que os diferenciam. As que são comuns estão em acordo com algumas das recomendações do Ministério da Saúde (MS) para a adesão à Estratégia Saúde da Família, como: jornada de 40 horas semanais, presença do agente comunitário de saúde (ACS) e visita domiciliar.

Quanto os aspectos que os diferenciam, dizem respeito principalmente às diretrizes do modelo que foi adotado por Belo Horizonte. Em cada unidade desse município existem três ou mais equipes, os profissionais enfatizam o ‘acolhimento’ como diretriz da atenção básica e foram mantidos os profissionais de apoio (clínico e pediatra). Já em Camaragibe, embora a

gestão local já tenha promovido adaptações, o modelo Saúde da Família preserva características da sua origem, como a ênfase na realidade socioeconômica da comunidade, o prontuário por família e unidades com uma única equipe (em alguns casos, duas). Contudo, é importante ressaltar que as propostas contempladas, por sua contemporaneidade, são dinâmicas.

A análise da literatura sobre os modelos selecionados chamou a atenção para o fato de que o vínculo longitudinal, em suas dimensões definidas para o atributo no presente estudo, já estava contemplado na origem das propostas.

No modelo Saúde da Família, a equipe de APS, que inclui médico generalista, deveria se responsabilizar pela atenção sanitária a um grupo de famílias adscritas à Unidade Básica de Saúde (UBS), estabelecendo vínculo com os usuários. Por sua vez, na proposta Em Defesa da Vida, a equipe de referência deveria atuar a partir de certos princípios, como o reconhecimento da subjetividade do sujeito e a ampliação da clínica. O vínculo e a responsabilização estavam previstos. Nesse aspecto, os postulados de Starfield não promoveram inovações, mas serviram para reforçar o atributo como importante característica da APS e subsidiaram a construção de critérios para a sua avaliação.

A partir da análise do vínculo longitudinal na perspectiva da implementação observou-se a incorporação de novos elementos que favorecem o atributo, alguns deles comuns aos dois municípios – esforço para a estabilização das equipes, marcação de procedimentos especializados a partir da UBS, investimentos em qualificação profissional. Ao passo que a promoção da autonomia do sujeito, presente na proposta Em Defesa da Vida, não foi observada na perspectiva da execução do modelo.

Para investigar o atendimento do vínculo longitudinal na implementação dos modelos assistenciais, os critérios e os indicadores foram eleitos a partir das três dimensões definidas

para o atributo. Visando responder aos indicadores, três perspectivas foram contempladas: gestão municipal, prática profissional e ponto de vista do usuário. Elementos que favorecem o atendimento ao atributo, observados na análise da perspectiva da implementação, se efetivavam na prática. Belo Horizonte, com o modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento associado à Estratégia Saúde da Família apresentou melhor desempenho na primeira e na terceira dimensão, enquanto que Camaragibe, com a Estratégia Saúde da Família, teve melhor desempenho na segunda dimensão.

Fatores que dificultam o vínculo longitudinal também foram identificados. No âmbito da gestão, a rotatividade do profissional médico e o perfil inadequado desse profissional era tido como empecilho nos dois municípios. Em Belo Horizonte houve menção igualmente à qualificação inadequada do profissional enfermeiro, que se refletia na resistência em desempenhar funções de supervisão. Presentes em Camaragibe estavam os conflitos de interesse na negociação com a rede contratada, gerando dificuldades na referência para média complexidade.

Camaragibe apresentava mais problemas condicionantes da prática profissional, como: insuficiência de medicamentos, de oferta de procedimentos especializados e população adscrita numerosa. A observação é que as dificuldades percebidas na prática profissional dependem de intervenções que se encontram no âmbito da gestão.

Os problemas e avanços identificados não estão exclusivamente relacionados com o modelo adotado. Os avanços concernentes à estruturação da rede de serviços, que provavelmente influenciaram para que Belo Horizonte obtivesse melhor desempenho na primeira dimensão, são valorizados pelo modelo Em Defesa da Vida/Acolhimento, mas, sem dúvida, são proporcionados pelas condições socioeconômicas do município. A precariedade da rede de serviços de média complexidade de Camaragibe pode estar relacionada ao seu pior desempenho na primeira dimensão.

Problemas de fixação do profissional e de adequação do perfil do profissional, cuja solução envolve política de recursos humanos e formação de graduação e de pós-graduação, dificilmente serão resolvidas no âmbito da gestão municipal, necessitando da intervenção das outras esferas de governo.

Com relação à continuidade informacional, a melhora da qualidade dos registros em saúde está no escopo da gestão e da prática profissional e independe de grandes recursos ou do modelo adotado. Vínculo terapêutico duradouro, promotor da efetividade na APS, só será possível com registros de qualidade.

É preciso ter claro que a continuidade do cuidado, entendido como o acompanhamento de um problema específico, requer a completude e a suficiência dos registros. Na impossibilidade de manutenção do vínculo longitudinal, que depende de equipes estáveis e estruturadas, o que foi identificado como problema nos dois municípios, há de se garantir pelo menos a continuidade do cuidado.

A proposta inovadora apresentada neste estudo reside na avaliação do vínculo longitudinal como característica central da APS. Por tratar-se de pesquisa avaliativa em tese de doutorado, desenvolvida ao longo de quatro anos, foi possível contemplar duas experiências municipais consolidadas de implementação de diferentes modelos assistenciais, utilizando diversas fontes de coleta de dados.

Para fins de avaliação do atendimento do vínculo longitudinal na APS reitera-se a importância de se manter os critérios eleitos e os âmbitos do sistema, ainda que o quantitativo de fontes de informação possa vir a ser reduzido e os instrumentos de coleta de dados, simplificados. Seria interessante conservar o questionário fechado para os usuários, porque facilita o tratamento dos dados e permite estratégias de avaliação rápida.

No âmbito da prática profissional seria mantida a revisão de prontuários, igualmente com questões fechadas e com tratamento quantitativo. Já no âmbito da gestão, poderiam ser eleitos indicadores já previstos para o monitoramento, como a cobertura dos serviços de APS, os cadastros válidos e o percentual de equipes completas.

Outros eventos traçadores podem ser testados, como, por exemplo, os portadores de outras doenças crônicas ou, ainda, a atenção aos menores de cinco anos. Na eleição de novos traçadores deve-se tomar em conta que, para alguns tipos de paciente, o vínculo longitudinal é menos importante; logo, o atributo não seria valorizado por esses usuários como critério de qualidade.

Enfim, a relevância de uma APS estruturada e abrangente para a viabilidade dos sistemas públicos de saúde e para melhores resultados em saúde já está constatada; a importância do fortalecimento da APS para promover avanços no SUS é consenso na literatura específica. Mas, estabelecer caminhos para garantir o fortalecimento da APS no contexto do SUS ainda é um desafio. A proposta aqui apresentada é que, independente do modelo assistencial a ser adotado, o atendimento ao atributo do vínculo longitudinal deve ser almejado e avaliado, tanto no âmbito da gestão, quanto na prática profissional.

## Lista de referências

- Akerman M, Mendes R, Bogus CM, et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Revista de Saúde Pública*; 2002, 36 (5) 638-46
- 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 (BR); 2006.
- Almeida C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4 (2): 263-88.
- Baptista EKK, Marcon SS, Souza RKT Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil . *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, (24) 1p. 225-9.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?. *Saúde em Debate* 1997.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improves patient outcomes? *The Journal of Family Practice* 2004; 53 (12): 974-80. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 17 de janeiro de 2007.
- Campos GW. Debate sobre o artigo de Conill: Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*; 2008, 24 sup 1:7-27.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho multidisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007, 23(2):399-407
- Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS e Guerrero AVP. 2008. *Manual de práticas de atenção básica – Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo SP: Editora Hucitec. P 132–51.
- Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*. 1999, 15 (3): 647-54.
- Caprara A, Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 139-46.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Bark RA, Nunda JP, Freedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105:998-1003. Disponível em: <[www.pediatrisc.org](http://www.pediatrisc.org)>
- Christakis. Continuity of care: Process or outcome. *Annals of family medicine* 2003; 1 (3): 131-3.
- Coelho IB Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In Campos GWS, Guerrero AVP. (org). *Manual de práticas de atenção básica – Saúde ampliada e compartilhada*: São Paulo, Hucitec, 2008, pp 96-131

Committee on the future of primary care. Primary care: America's health in a new era. 1st ed. Washington, DC: Institute of Medicine: National Academy of Sciences; 1996. Disponível em: <<http://www.books.nap.edu/catalog/5152.html> >

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública; 2008, 24 (sup) 1:7-27.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 1639/2002.

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3):705-711.

Costa JMBS. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas equipes de saúde da família no município de Recife-PE [dissertação de mestrado]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Costa NR. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 1986

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro Revista Ciência e Saúde Coletiva (periódico na Internet) março de 2009. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [periódico na Internet] 2004. abr [acesso em julho de 2004]; 1(2). 5-10. disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/site/revista/default.asp>

Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care Journal of General Internal Medicine 2005; 20 (3): 226-33. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br> >. Acesso em janeiro de 2007.

Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care Journal of General Internal Medicine 2005; 20 (3): 226-233.

Felisberto, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3):553-63.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública 1999; 15 (2): 345-353.

Franco TB, Merhy EE Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um modelo destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM et al. O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 15-36

Franco TB, Panizzi M, Foschiera M. Acolher Chapecó e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. Divulgação Saúde em Debate 2004; (35): 30-35.

Freeman, Hjortdahl. What future for continuity of care in general practice? BMJ 1997; 314. Disponível em: <[www.bmj.com](http://www.bmj.com) >.

Gérvias J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social em los países desarrollados y en desarrollo. Revista Brasileira de Epidemiologia 2006; 9 (3): 384-400.

Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev. Bras. Epidemiol 2005; 8(2): 205-18.

Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med 1998; 7: 352-7. Disponível em: <www.archfammed.com >

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):278-89.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato; José Carvalho de Noronha; Antonio Ivo de Carvalho. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

Giovanella, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (5): 951-63.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF et al. Pesquisa Social – Teoria método e criatividade. Petrópolis RJ: Editora Vozes. P 67-80.

Guthrie B, Whike S. Does continuity in General Practice really matter? BMJ 2000; 321: 734-6. Disponível em: <www.bmj.com >

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327: 1.219-21. Disponível em: <www.bmj.com>

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Stein AT. Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22(8):1647-1659.

Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores. In: OPAS, 1992. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington DC: Editora OPAS. p. 555-63. (Publicación Científica)

Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice 2001; 50:161-175

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos Saúde da família. Ministério da Saúde. 1996; jan./jun.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol. Community Health 2006; 60; 13-19. Disponível em: www.jech.bmjournals.com . Acesso em 19 de dezembro de 2005.

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: Health Services Research 2003; 38(3): 831-65.

Maeseneer JE, Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? Annals of family medicine 2003; 1 (3): 144-8.

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 2001; 33(1):22-7. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br >. Acesso em 17 de janeiro de 2007.

Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 (tese de doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2001.

McWhinney IR. The principles of family medicine. In: A Textbook of Family Medicine. Second edition. New York: Oxford University Press; 1997.

Mendes EV. A Atenção Primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1993

Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002 (mimeo) 2002.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudança para os modelos tecno-assistenciais. Saúde em Debate. 2003; 27(65):316-323.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelo de atenção. In: Merhy EE, Júnior HMM, et al. O trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. P. 15-36.

Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica Brasília. Series Pactos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde SAS/DAB; 2007

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 2006; 16.

Needle RH, Trotter RT, Goosby E, Bate C, Von Zinkernagel, D. Um Guia para Conduzir Avaliação Rápida e Pronta Resposta (RARE) na Comunidade – Departamento de Saúde Pública e Assistência

NUPES/ENSP/Fiocruz. Avaliação da Implementação do programa de saúde da família em grandes centros urbanos (Relatório final de Camaragibe). FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2002.

Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stage KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med 2003; 1:149-55.

Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102.

Paim J. A gestão da Atenção Básica nas cidades. In: Desafios para saúde coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 49-78.

Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. Revista Española de Salud Pública 1997; 71:479-85.

Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan. 2000. p 340

Pereira RAG. PSF: Determinantes e efeitos de sua implantação no Brasil. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2008

Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients and physicians views. *Family Practice – an international journal* 2001; 18 (1): 53-8.

Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. *Annals of Medicine* 2004; 2 (5): 445-51.

Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Annals of Family Medicine* 2003; 1(3):134-45

Schraiber, LB. & Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica* (L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves, org.), São Paulo: Hucitec 2000. p. 29-47

Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte. *A Atenção Básica em Belo Horizonte: recomendações para a organização local*. Belo Horizonte, 2006.

Secretaria Municipal da Saúde de Camaragibe. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*.

Shi L. Type of Health Insurance and the Quality of Primary Care Experience. *American Journal of Public Health* 2000; 90 (12): 1.848-55

Silva Jr AG. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 1998

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. in Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. p 41-63

Silva RM. *A Autonomia Municipal na Implementação de Políticas Nacionais de Saúde: O PSF em Camaragibe*. (Dissertação de Mestrado) Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2002

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457-502.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Teixeira C F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):257-77.

Teixeira C, Sola J. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafio e perspectivas. In: Lima NS, Gershman S et al. *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 451-73.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1998;(2): 7-27. Abr./jun

Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde – Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: Edufba, 2006

Vasconcellos MM, Gribel E, Moraes HIS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernis de Saúde Pública, 2008, (24) 1s:173-82.

Vianna ALD, Dal Poz MR, (coordenadores) Reforma em Saúde no Brasil: Programa Saúde da Família; informe Final. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 166), 1998.

World Health Organization. Continuity of care in changing health care systems. Europe: WHO; 1992.  
World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Europe: WHO; 2004.

Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **Anexos**

## ***Roteiro de entrevista do Gestor***

(adaptar para Articulador da rede e coordenador de Atenção Básica)

Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### **Identificação e perfil profissional**

1. Nome \_\_\_\_\_
2. Sexo \_\_\_\_\_
3. Idade \_\_\_\_\_
4. Formação (graduação e pós-graduação) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Tempo que atua no município \_\_\_\_\_
6. Tempo no cargo \_\_\_\_\_

### **Organização da rede assistencial**

7. Como está organizada a rede básica em relação à:
  - A. Cobertura: \_\_\_\_\_
  - B. Percentual de unidades básicas com adscrição de clientela:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - C. Forma de contratação dos profissionais da atenção básica:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - D. Articulação com outros níveis assistenciais (referência para média complexidade e internação):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Sobre o modelo assistencial**

8. Como identifica o modelo implementado na atenção básica no município?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Quais características que identificam o modelo estão presentes no município?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Quais fatores influenciaram a opção pelo modelo implementado no município?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

11. Há quanto tempo tal modelo está sendo implementado?

---

---

12. Quais têm sido as principais dificuldades na implementação do modelo?

---

---

13. Quais são os aspectos positivos da implementação do modelo para a atenção básica?

---

---

14. Quais são os aspectos negativos da implementação do modelo para a atenção à saúde?

---

---

15. Em relação à discussão sobre os diferentes modelos assistenciais, qual a sua opinião?

---

---

16. Considera que um outro modelo seria mais adequado ao município? Qual? Por que?

---

**Sobre a longitudinalidade**

17. Existem incentivos para que haja vínculo entre profissional e paciente na Atenção Primária?  
Quais? \_\_\_\_\_

---

18. Quais elementos facilitam o conhecimento do histórico familiar do paciente por parte da equipe?

---

19. E quais elementos dificultam tal conhecimento? \_\_\_\_\_

---

20. Como é o atendimento da demanda espontânea nas unidades básicas?

***Roteiro de entrevista do diretor da unidade (ou gerente de distrito)***

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Formação (graduação e pós-graduação) \_\_\_\_\_

Tempo que atua na unidade: \_\_\_\_\_ Tempo no cargo \_\_\_\_\_

**Primeiro bloco: Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados:**

**a) Adscrição de clientela**

1. A Unidade possui equipe de PSF? Quantas? \_\_\_\_\_
2. A unidade possui adscrição de clientela? \_\_\_\_\_
3. Caso resposta afirmativa, qual é a população adscrita? \_\_\_\_\_
4. Como foi efetuada a adscrição de clientela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Existe um cadastro de hipertensos na Unidade? Como funciona? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**b) Reconhecimento da Unidade**

6. A unidade é reconhecida pela população local como referência para o atendimento de antigos e novos problemas de saúde? \_\_\_\_\_
7. A partir de quais elementos considera esse reconhecimento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Como está organizado o atendimento aos hipertensos na Unidade com relação à: captação de casos, atendimento aos pacientes já cadastrados e ações do programa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Segundo bloco: Continuidade informacional**

**a) Registro de todo atendimento**

9. Como é a organização e a disponibilização dos prontuários na Unidade? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Há casos em que os atendimentos não são registrados em prontuários? Quais?  
\_\_\_\_\_

11. Existem impressos específicos? Quais? \_\_\_\_\_

12. Existe alguma estratégia para o controle da qualidade dos registros em prontuário?  
Quais?

13. **b) Conhecimento, por parte do médico, de todos os exames realizados pelo paciente.** Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?

14. Os profissionais desta unidade são informados quando o paciente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito? \_\_\_\_\_

**c) Mecanismos de referência e contra-referência funcionando**

15. Como é o fluxo da informação com relação aos exames realizados pelo paciente fora da Unidade?

16. Como é o fluxo da informação com relação às consultas realizadas pelo paciente fora da Unidade? \_\_\_\_\_

17. No caso de encaminhamento externo o paciente é encaminhado com relato?

18. Há retorno da informação dos procedimentos realizados?

**Terceiro bloco: Relação equipe-paciente (continuidade interpessoal)**

**a) Atendimento pelo mesmo profissional:**

19. Nas consultas de rotina o paciente é atendido pelo mesmo médico e enfermeiro?

20. Quais as estratégias utilizadas para assegurar o atendimento pelo mesmo profissional?

**b) Conhecimento do histórico familiar e social do paciente**

21. Quais fatores facilitam o conhecimento do profissional a respeito dos aspectos psicossociais do paciente?

---

---

22. Quais fatores dificultam o conhecimento do profissional a respeito dos aspectos psicossociais do paciente?

---

---

**c) Espaço para demanda espontânea:**

23. No caso de dúvida sobre tratamento o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente?

---

24. Como ocorre esse atendimento?

---

---

25. Como estão organizadas as agendas dos profissionais com relação ao atendimento programado e demanda espontânea?

---

---

**d) Valorização das dúvidas, queixas e preocupações do paciente.**

26. Existe espaço para que o paciente discuta seu tratamento com os profissionais que o atendem regularmente?

---

---

27. Quais fatores favorecem esta discussão?

---

---

28. Como é recebida a opinião do paciente sobre o tratamento?

---

---

29. Existe lista de medicamentos para disponibilização? Como foi feita?

---

---

30. Qual é o procedimento quando o paciente não tem acesso ao medicamento?

---

---

**e) Índice de vacância de cargo e de rotatividade dos profissionais (médicos e enfermeiros)**

31. Qual a forma de contratação dos profissionais?

---

---

32. Qual a composição das equipes?

---

---

33. As equipes estão completas?

---

---

34. Caso “não” por quê?

---

## ***Roteiro de entrevista do Profissional***

Município: \_\_\_\_\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Data preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

### **Primeiro bloco: Dados do profissional**

1. Data de nascimento: _____ / _____ / _____
2. Categoria profissional: ( ) Médico ( ) Enfermeiro
3. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
4. Tempo que atua na Unidade: (em anos)

### **Segundo bloco: Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados:**

#### **a) Adscrição de clientela**

5. A unidade possui adscrição de clientela? ( ) Sim ( ) Não

6. Caso positivo, considera que a adscrição traga algum impacto para o atendimento? Quais

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **b) Reconhecimento da Unidade para antigos e novos problemas de saúde:**

7. Considera que a unidade seja reconhecida pela população local como referência para o atendimento de antigos e novos problemas de saúde?

( ) sempre ( ) quase sempre ( ) poucas vezes ( ) nunca

8. A partir de quais elementos considera esse (não) reconhecimento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Com relação à população portadora de hipertensão arterial, há esse reconhecimento?

( ) sempre ( ) quase sempre ( ) poucas vezes ( ) nunca

10. A partir de quais elementos considera esse (não) reconhecimento? (justificar a resposta)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Terceiro bloco: Vínculo longitudinal (Relação equipe-paciente)**

11. Mantém vínculo com os pacientes?

sempre  quase sempre  poucas vezes  nunca

12. Para quais agravos e condições considera que seja importante a manutenção de vínculo com a equipe de saúde?

---

---

13. O que considera uma boa relação profissional de saúde-paciente (quais elementos devem estar presentes)?

---

---

**a) Atendimento pelo mesmo médico ou enfermeiro nas consultas de rotina**

14. Consegue identificar seus pacientes pelo nome?

sempre  quase sempre  poucas vezes  nunca

15. Reconhece seus pacientes?

---

---

**b) Conhecimento do histórico familiar e social do paciente**

16. O histórico socioeconômico dos pacientes interfere na conduta prescritiva? Por quê?

---

---

**c) Espaço para a demanda espontânea**

17. Há espaço na agenda para atender o paciente que o procura, mesmo quando não está marcado?

sempre  quase sempre  poucas vezes  nunca

18. No caso de resposta afirmativa (três primeiras opções) como ocorre este atendimento?

---

---

**d) Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente e espaço para discussão do tratamento.**

19. Os pacientes explicitam dúvidas e preocupações durante o atendimento?

sempre  quase sempre  às vezes  nunca

20. Qual é a conduta frente às dúvidas, preocupações e queixas do paciente?

---

---

21. Em geral, os pacientes conversam sobre o tratamento e as recomendações?

sempre  quase sempre  às vezes  nunca

22. De quem é a iniciativa e como é este diálogo?

---

---

#### **e) Orientações de forma que o paciente compreenda**

23. Ao sair da consulta o paciente costuma ter dúvidas sobre o tratamento e as orientações?

---

---

#### **f) Confiança no profissional**

24. Os pacientes costumam aderir às recomendações?

---

---

25. Quais fatores interferem na adesão ao tratamento e recomendações?

---

---

#### **Terceiro bloco: Continuidade informacional**

##### **a) Registro de todo atendimento**

26. Os prontuários estão disponíveis para os atendimentos?

sempre  quase sempre  às vezes  nunca

27. O que costuma registrar no prontuário?

---

---

##### **b) Conhecimento, por parte do profissional, de todos os procedimentos realizados pelo paciente?**

28. A informação sobre os medicamentos utilizados pelo paciente é registrada no prontuário?

sempre  quase sempre  às vezes  nunca

29. Por quê?

---

---

30. Recebe informação sobre os exames realizados pelo paciente?

sempre  quase sempre  às vezes  nunca

31. Como? (fluxo da informação dos exames)

---

---

32. O paciente avisa quando não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito? Quando e como?

---

---

**c) Mecanismos de referência e contra-referência funcionando**

33. Em caso de encaminhamento para especialista existem impressos específicos para elaboração de relato para que seja enviado ao especialista em questão?

---

---

34. No caso de referência para consulta com especialistas como é o retorno dos resultados? (fluxo da informação normatizado ou pelo paciente? Detalhar).

---

---

---

## ***Roteiro para inquérito com Paciente***

Município:	
Nome da Unidade:	
Número do questionário:	Data preenchimento: / /
Responsável pelo preenchimento:	

### **PRIMEIRO BLOCO: Dados/perfil do paciente**

1. Data de nascimento: / /	2. Sexo: a) ( ) Masculino b) ( ) Feminino
3. Escolaridade:	
a) ( ) Analfabeto ou menos de um ano de estudo	e) ( ) Ensino Médio Completo ou superior incompleto
b) ( ) Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	f) ( ) Ensino Superior completo
c) ( ) elementar completo e Fundamental incompleto (4 a 7ª série)	g) ( ) Não sabe
d) ( ) Fundamental completo e Ensino Médio Incompleto – (segundo grau)	

### **SEGUNDO BLOCO: Identificação de fonte regular de cuidados**

#### **a) Reconhecimento da Unidade como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde**

4. Por qual motivo o(a) sr(a) veio a este posto de saúde hoje (ex: consulta médica, medicamentos, etc)?

---

---

5. Quais serviços de saúde o(a) sr(a) costuma procurar quando precisa de atendimento de saúde (tratamento médico, consulta, vacina, orientação, etc)?

---

(Após a resposta do paciente, classificar conforme quadro abaixo. Se necessário, solicitar ajuda do paciente)

a) ( ) unidade básica pesquisada	b) ( ) outro posto/Centro de Saúde
c) ( ) ambulatório de hospital público	d) ( ) Pronto-socorro ou emergência
e) ( ) Policlínica pública (Unidade ambulatorial com especialistas, ex: PAM)	f) ( ) consultório particular ou credenciado ao plano de saúde
g) ( ) Outro	

6. Para quais problemas de saúde o(a) sr(a) procura esta unidade (a unidade que está sendo pesquisada)?

---

---

(Classificar respostas posteriormente, conforme quadro abaixo – pode assinalar uma ou mais opções)

a) ( ) consulta para doença crônica e ou	b) ( ) cuidado preventivo ou promoção da saúde
--	--

continuar tratamento (diabetes, hipertensão, asma)	(vacina, consulta pré-natal, atividade de grupo, .....)
c) ( ) atendimento para dor, febre, mal-estar, diarreia, etc	d) ( ) problema odontológico
e) ( ) atendimento de urgência para doença já conhecida	f) ( ) acidente ou lesão (corte, queimadura, queda, fratura, etc )
g) ( ) outros	

7. O sr(a) procura esta Unidade para outros tipos de atendimento além deste(s) que o sr(a) já falou, como por exemplo: .....(ler as opções do quadro abaixo excluindo a opção já citada pelo paciente)?

a) ( ) consulta para doença crônica e ou continuar tratamento (diabetes, hipertensão, asma)	b) ( ) cuidado preventivo ou promoção da saúde (vacina, consulta pré-natal, atividade de grupo, .....)
c) ( ) atendimento para dor, febre, mal-estar, diarreia, etc	d) ( ) problema odontológico
e) ( ) atendimento de urgência para doença já conhecida	f) ( ) acidente ou lesão (corte, queimadura, queda, fratura, etc )
g) ( ) outros	

**Na dúvida sobre qual seria a categoria, escrever da forma que o paciente falou na opção “outros”**

8. O (a) sr(a) procurou outras unidade de saúde nos últimos 12 meses (sem que fosse referido pela unidade básica pesquisada)?

( ) Não – passe para questão 10 ( ) sim Quais e quantas vezes? \_\_\_\_\_

(Após a resposta do paciente, classificar conforme quadro abaixo. Se necessário, solicitar ajuda do paciente)

a) ( ) outro posto/Centro de Saúde	b) ( ) ambulatório de hospital público
c) ( ) Policlínica pública (Unidade ambulatorial com especialistas)	d) ( ) consultório particular ou credenciado ao plano de saúde
e) ( ) Pronto-socorro ou emergência	f) ( ) Outro

9. Para quais problemas de saúde o(a) sr(a) procurou essas outras unidades?

\_\_\_\_\_

(Classificar posteriormente conforme quadro abaixo – pode assinalar uma ou mais opções)

a) ( ) consulta para doença crônica e ou continuar tratamento (diabetes, hipertensão, asma)	b) ( ) cuidado preventivo ou promoção da saúde (vacina, consulta pré-natal, atividade de grupo, ...)
c) ( ) atendimento para dor, febre, mal-estar, diarreia, etc	d) ( ) problema odontológico
e) ( ) atendimento de urgência para doença já conhecida	f) ( ) acidente ou lesão (corte, queimadura, queda, fratura, etc )

g) ( ) outros \_\_\_\_\_

### **TERCEIRO BLOCO: relação equipe paciente na unidade pesquisada**

#### **a) Atendimento pelo mesmo médico e ou enfermeiro nas consultas de rotina**

10. O(a) sr(a) foi atendido(a) quantas vezes nesta Unidade nos últimos 12 meses (último ano)?  
\_\_\_\_\_ (se não tiver certeza anotar número aproximado e interrogar)
11. Quantas vezes o(a) sr(a) veio com consulta médica marcada, para tratamento da hipertensão, nos últimos 12 meses (último ano)? \_\_\_\_\_
12. Nessas consultas marcadas para tratamento da hipertensão o(a) sr(a) foi atendido por quantos médicos?  
\_\_\_\_\_
13. O(a) sr(a) teve quantas consultas de enfermagem nos últimos 12 meses? \_\_\_\_\_
14. O(a) sr(a) foi atendido(a) por quantas enfermeiras nessas consultas? \_\_\_\_\_
15. O senhor tem um médico dessa unidade de saúde que o atende regularmente? ( ) sim ( ) não
16. Caso positivo, o senhor sabe o nome desse médico? ( ) sim ( ) não
17. O(a) sr(a) tem um(a) enfermeiro(a) dessa unidade de saúde que o atende regularmente? ( ) sim ( ) não
18. Caso positivo, o(a) sr(a) sabe o nome desse (a) enfermeiro(a)? ( ) sim ( ) não

*Para os itens seguintes ('b', 'c', 'd'), quando não houver um profissional de referência para o atendimento, direcionar a questão para os médicos e enfermeiros da unidade de uma forma geral, anotando "da unidade" ao lado da questão.*

#### **b) Confiança no profissional**

**(Para as questões seguintes o sr deve responder segundo as opções: sempre, quase sempre, poucas vezes, nunca)**

19. O (a) sr confia na competência do médico que lhe atende regularmente  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca
20. O médico que lhe atende regularmente se interessa pelos problemas de saúde do(a) sr(a)  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca
21. O (a) sr(a) confia na competência da enfermeira(o) que lhe atende regularmente  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca
22. A enfermeira que lhe atende regularmente se interessa pelos problemas de saúde do sr(a)  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca

#### **c) Conhecimento do histórico familiar e social do paciente**

23. O médico que lhe atende regularmente conhece a sua história em relação às doenças que o(a) sr(a) já teve? a) ( ) Sim b) ( ) Não

24. A enfermeira que lhe atende regularmente conhece a sua história em relação às doenças que o(a) sr(a) já teve? a)  Sim b)  Não

**d) Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente, espaço para discussão do tratamento e orientação de forma que o paciente entenda**

**(Para as questões seguintes o(a) sr(a) deve responder segundo as opções: sempre, quase sempre, poucas vezes, nunca)**

25. O sr(a) costuma fazer perguntas sobre o seu tratamento para o médico que lhe atende?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca

26. O sr(a) costuma fazer perguntas sobre o seu tratamento para a enfermeira que lhe atende?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca

27. Durante a consulta médica o(a) sr(a) tem tempo suficiente para esclarecer dúvidas?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca

28. Durante a consulta com a enfermeira o(a) sr(a) tem tempo suficiente para esclarecer dúvidas?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca

29. O (a) sr(a) entende o que o médico fala?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca

30. O (a) sr(a) entende o que a enfermeira fala?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca

31. Quando tem dúvidas sobre o que o médico falou, o(a) sr(a) tira essas dúvidas durante a consulta?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca ( ) Não se aplica (marcar esta opção quando o paciente afirmar que nunca teve dúvidas)

32. Quando tem dúvidas sobre o que a enfermeira falou o(a) sr(a) tira essas dúvidas durante a consulta?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca ( ) Não se aplica (marcar esta opção quando o paciente afirmar que nunca teve dúvidas)

**d) Espaço para demanda espontânea**

33. Já tentou marcar uma consulta nesta Unidade nos últimos dois anos e não conseguiu?

a)  sim b)  não

34. Caso afirmativo, qual foi a causa desse impedimento?

---

**(Para as questões seguintes o sr deve responder segundo as opções: sempre, quase sempre, poucas vezes, nunca)**

35. No caso de surgir alguma dúvida sobre o seu tratamento depois da consulta, o(a) Sr(a) tentar conversar com o médico que lhe atendeu ou que lhe atende regularmente?

a)  sempre b)  quase sempre c)  poucas vezes d)  nunca – <passar para a questão 38>

- e) ( ) Não se aplica (marcar esta opção quando o paciente afirmar que nunca teve dúvidas)
36. Em caso de dúvida sobre o seu tratamento depois da consulta, o(a) Sr(a) consegue conversar com a enfermeira que lhe atendeu ou que lhe atende regularmente?
37. a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca e) ( ) Não se aplica (marcar esta opção quando o paciente afirmar que nunca teve dúvidas)

#### **QUARTO BLOCO: Continuidade informacional**

38. Os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) utilizam o prontuário no seu atendimento?  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca e) ( ) não sabe
39. O(a) sr(a) toma outros medicamentos além daqueles que servem para tratar a hipertensão?  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca
40. Os profissionais costumam perguntar sobre todos os medicamentos utilizados pelo(a) sr(a), inclusive outros além dos medicamentos para tratar hipertensão?  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca
41. Os profissionais que lhe atende regularmente sabem quando o(a) sr(a) realiza um exame?  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca
42. Os profissionais que lhe atende regularmente sabem quando o(a) sr(a) realiza uma consulta com outro médico?  
a) ( ) sempre b) ( ) quase sempre c) ( ) poucas vezes d) ( ) nunca

#### **QUINTO BLOCO: Satisfação do usuário**

43. Se o(a) sr(a) pudesse, e fosse fácil, mudaria de médico? a) ( )sim b) ( )Não
- 43.1 Em caso afirmativo: Por quais motivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 43.2 Em caso negativo, por quais motivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 43.3 O que o (a) sr(a) acha que poderia melhorar na consulta do médico? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
44. Se o(a) sr(a) pudesse, e fosse fácil, mudaria de enfermeiro? a) ( )sim b) ( )Não
- 44.1 Em caso afirmativo: Por ou quais motivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 44.2 Em caso negativo, por quais motivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 44.3 O que o(a) sr(a) acha que poderia ser melhor (ou melhorar) no atendimento da enfermeira?  
\_\_\_\_\_

45. Se o(a) sr(a) pudesse, e fosse fácil, mudaria de posto de saúde? a) ( )sim b) ( )Não

45.1 Em caso afirmativo, por quais motivos?

---

45.2 Em caso negativo, por quais motivos?

---

45.3 O que o(a) sr(a) acha que poderia melhorar neste posto de saúde? \_\_\_\_\_

---

## ***Roteiro para investigação dos prontuários***

(pacientes cadastrados no programa de hipertensão antes de setembro/2004)

1. Município: \_\_\_\_\_
2. Nome da Unidade: \_\_\_\_\_
3. Número do questionário: \_\_\_\_\_
4. Data preenchimento: \_\_\_\_\_
5. Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

### **Bloco 1 - Identificação do Paciente**

6. Número do prontuário: \_\_\_\_\_ 6.1 Ano da abertura do prontuário: \_\_\_\_\_
7. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) sem informação
8. Data de nascimento: \_\_\_\_\_ ( ) sem informação
9. Escolaridade:

( ) Analfabeto ou menos de um ano de estudo	( ) Ensino Médio Completo ou superior incompleto
( ) Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	( ) Ensino Superior completo
( ) elementar completo e Fundamental incompleto (4 a 7ª série)	( ) Não sabe
( ) Fundamental completo e Ensino Médio Incompleto – (segundo grau)	

### **Bloco 2 – Continuidade Informacional**

#### **a) Registro de todo atendimento**

10. Registros de dados de exame físico no período de julho de 2004 a junho de 2007.

10.1 - Altura: Sim ( ) Não ( )	10.2 - IMC: Sim ( ) Não ( )
10.3: Perímetro abdominal: Sim ( ) Não ( )	

11. Nº total de atendimentos de julho de 2004 a junho de 2007: \_\_\_\_\_

16.1 consulta médica ( )	16.2 consulta de enfermagem ( )
16.3 Atendimento de grupo ( )	16.4 atendimento de enfermagem ( )
16.5 visita domiciliar ( )	16.6 Nutricionista ( )
16.7 Psicólogo ( )	16.8 Assistente Social ( )
16.9 Outros ( )	

(na ausência anotar zero)

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Totais
15.1 Motivo da consulta								
1 - HAS	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 - outras queixas	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )
15.2 Registro de PA								
1 - sim	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 - não	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )
15.3 Profissional								
1 - médico	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 – enfermeiro	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )
8 – sem informação/ilegível	3 ( )	3 ( )	3 ( )	3 ( )	3 ( )	3 ( )	3 ( )	3 ( )
15.4 Relato escrito de forma legível:								
1 – sim	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 - não	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )
15.5 Registro de peso:								
1 – sim	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 - não	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )
15.6 Registro de medicação para HAS.								
1 - sim	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 - não	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )
15.6. Registro de orientações não medicamentosas relativas a HAS (tabagismo, alcoolismo, exercícios físicos ou alimentação).								
1 - sim	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )	1 ( )
2 - não	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )	2 ( )

12. Registros do tipo de Hipertensão no período \_\_\_\_\_
13. Primeiro registro do tipo de Hipertensão no período: leve ( ) Moderada ( ) Grave ( )
14. Relatos organizados em ordem cronológica? ( ) Sim ( ) Não
15. Todos os relatos estão em impressos da instituição? ( ) Sim ( ) Não
16. Número de registro de resultado de exames no período julho de 2004 a junho de -2007:

11.1. Glicemia de jejum: ( )	11.2. Colesterol total: ( )	11.3 Triglicerídeos ( )
11.4 LDL ( )	11.5 HDL ( )	11.3. Creatinina sérica: ( )
11.4. Potássio sérico: ( )	11.5 EAS: ( )	11.6. ECG: ( )

**b) Mecanismos de referência e contra-referência funcionando**

12. Registro de encaminhamento para algum especialista dentro da unidade? ( ) Não (passe para questão 14) ( ) Sim Quais?
13. Relato destes atendimentos: ( ) Não ( ) Sim
14. Registro de encaminhamento para algum especialista fora da unidade (referência)? ( ) Não (passe para questão 16) ( ) Sim Quais? _____
15. Informação da realização deste atendimento: ( ) Não (passe para questão 16) ( ) Sim
16. Em caso de relato deste atendimento especificar se realizado: ( ) Pelo especialista em impresso específico ( ) Pelo profissional da Unidade segundo relato do paciente (...) Pelo Profissional da Unidade segundo fonte não especificada.

**Bloco 3 – Relação equipe-paciente (continuidade interpessoal)**

**a) Atendimento pelo mesmo médico e ou enfermeiro nas consultas de rotina**

Nº de consultas de enfermagem de julho de 2004 a junho de 2007: _____ Nº de enfermeiros que atenderam
17. Nº de consultas médicas de julho de 2004 a junho de 2007: _____ Nº de médicos que atenderam

**b) Valorização das dúvidas, preocupações e queixas do paciente:**

18. Relato de queixas psicológicas: Não ( ) sim ( ) 18.1 - Registro de conduta relativa à queixa psicológica Não ( ) sim ( ) qual
19 Relato de queixas sociais: Não ( ) sim ( ) 19.1 - Registro de conduta relativa à queixa social Não ( ) sim ( ) qual