

Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa**Factors interfering with the attribute longitudinality in the primary health care: an integrative review**

Cristiane Cardoso de Paula¹, Clarissa Bohrer da Silva², Elisa Gomes Nazário³, Tamiris Ferreira⁴,
Maria Denise Schimith⁵, Stela Maris de Mello Padoin⁶

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: clabohrer@gmail.com.

³ Discente do curso de graduação em Enfermagem da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: nazario.elisa@gmail.com.

⁴ Discente do curso de graduação em Enfermagem UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: tamirisf26@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: ma.denise2011@gmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Associado da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com.

RESUMO

Objetivou-se avaliar as evidências disponíveis na literatura acerca dos fatores que interferem no atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvida em maio de 2014, nas bases de dados eletrônicas: LILACS, PubMed e Scopus. Utilizaram-se os descritores "atenção primária à saúde" *and* "continuidade da assistência ao paciente". Totalizaram 16 artigos analisados na íntegra. Os dados foram organizados segundo os aspectos da atenção do atributo longitudinalidade (estrutura e desempenho) e os fatores identificados foram divididos segundo a interferência no atributo (favorecendo ou desfavorecendo). As evidências oferecem subsídios para a composição de um panorama mundial dos fatores que interferem na prática do atributo longitudinalidade, reforçando a valorização das relações interpessoais e a minimização das lacunas na organização dos serviços de saúde. A prevalência de estudos descritivos sugere a necessidade de fortalecer a construção do conhecimento com estudos de maior nível de evidência.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Our objective was to assess the evidence available in the literature about factors interfering with the primary health care attribute longitudinality. This is an integrative review, developed in May of 2014, on the following electronic databases: LILACS, PubMed and Scopus. We used the descriptors "primary health care" and "continuity of patient care". In total, 16 articles were fully assessed. We organized the data in accordance with care aspects longitudinality (structure and performance) and we divided the identified factors in accordance with the attribute interference (favoring or disfavoring). The evidence offer aids to compose a global panorama of interfering factors on longitudinality, reinforcing the value of its interpersonal relationships and minimizing gaps in the organization of health services. The prevalence of descriptive studies suggests the need to strengthen the construction of knowledge with studies of higher evidence level.

Descriptors: Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Nursing.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o serviço de menor densidade tecnológica o qual oferece a entrada preferencial no sistema de saúde, abordando os problemas comuns na comunidade, oferecendo ações de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar⁽¹⁾. Sistemas organizados a partir de uma APS resolutive apresentam menores taxas de incidência de doenças, de internação e de mortalidade por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços⁽¹⁻³⁾.

Há diferentes formas de organização e operacionalização do sistema assistencial. Entretanto, os resultados mundiais das ações e serviços da APS nem sempre são satisfatórios⁽²⁻⁴⁾. O fortalecimento de ações de promoção da saúde na APS é uma estratégia importante para acompanhar e intensificar os cuidados prestados. Isso possibilita a identificação das prioridades locais e seu contexto de abrangência, bem como o desenvolvimento das ações adequadas à melhoria da qualidade de vida⁽⁵⁾.

Dessa forma, por meio da identificação empírica dos atributos da APS é possível verificar a qualidade da atenção à saúde da população⁽⁶⁾. Os atributos constituem um conjunto de elementos estruturantes da APS sendo classificados de acordo com as características de estrutura (condições do ambiente e equipamentos em que os serviços são prestados) e processo/desempenho (qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde individualmente ou em grupo, refere-se à qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes)⁽¹⁾.

Os atributos norteadores da APS são denominados de atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado) e derivados, os quais aumentam o poder de interação com os indivíduos e a comunidade (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural)⁽¹⁾. Estes podem ser avaliados separadamente, apesar de se inter-relacionarem na prática assistencial.

Entre estes atributos, a longitudinalidade é conceituada como a existência de uma fonte de atenção e seu uso regular, sendo que a APS deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos que deveriam receber atendimento no serviço. Além disso, o vínculo deve promover laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre os usuários e os profissionais de saúde⁽¹⁾.

Na literatura nacional e internacional, a palavra "longitudinalidade" não é usual, o termo "continuidade do cuidado" tem sido utilizado com sentido semelhante, não havendo uniformidade no que se refere às características da relação entre profissional e paciente, o que pode restringir o significado do atributo⁽⁷⁾. Para Starfield⁽¹⁾, a continuidade estaria relacionada à questão da sucessão de eventos entre as consultas sem importar onde ocorreram e por quais motivos, e sem o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo. Estas discordâncias da literatura permitem a adoção de dimensões em acordo com os princípios organizativos do sistema público de saúde, desde que esteja em consonância com os pressupostos dos autores que discutem a temática⁽⁷⁾.

Os benefícios da longitudinalidade na APS estão relacionados a favorecer: o acompanhamento do usuário, o seguimento e a efetividade do tratamento, a avaliação das necessidades de saúde, a compreensão quanto ao processo de encaminhamento, a redução de internações hospitalares, e a satisfação e confiança dos usuários. Também contribui para a implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos⁽¹⁾.

Nesse aspecto, posto a relação da longitudinalidade com resultados positivos da atenção, o reconhecimento deste atributo como característica central da APS é oportuno e deve ser almejado e avaliado⁽⁷⁾. A avaliação do atributo longitudinalidade envolve a medição dos seus aspectos estruturais (a identificação da fonte habitual de atenção pelas pessoas e a identificação da população eletiva por parte do médico ou equipe) e determinados aspectos do desempenho (uso adequado da fonte de

atenção e a força das relações interpessoais), possibilitando implementar melhorias estruturais e processuais para a qualificação da atenção visando a promoção da saúde e a redução de encaminhamentos à especialistas⁽¹⁾.

Frente a isso, diante da escassez de estudos que abordem diretamente a longitudinalidade, em especial no Brasil⁽⁷⁾, a busca por subsídios que promovam a importância deste atributo na APS e o reconhecimento dos fatores que o interferem justifica o desenvolvimento do presente estudo, a fim de fornecer elementos para repensar e aprimorar as práticas de saúde. Nesta perspectiva, **objetivou-se** avaliar as evidências disponíveis na literatura acerca dos fatores que interferem no atributo longitudinalidade da APS.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa da literatura⁽⁸⁾ com a finalidade de sintetizar os resultados de pesquisas de forma sistemática utilizando a questão de pesquisa: quais os fatores que favorecem ou desfavorecem a longitudinalidade no serviço de atenção primária a saúde? A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Public MEDLINE (PubMed) e SciVerse Scopus (Scopus). Utilizaram-se os descritores/*MeSHTerms* "atenção primária à saúde" *and* "continuidade da assistência ao paciente". Justifica-se o uso deste último descritor em função de o atributo longitudinalidade não ser um Descritor em Ciências da Saúde, entretanto, sua descrição engloba a assistência à saúde oferecida continuamente desde o contato inicial, seguindo o paciente durante todas as fases do atendimento.

O levantamento da produção ocorreu em maio de 2014. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática; disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente; nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Nas bases PubMed e Scopus foram utilizadas as ferramentas de filtro de busca disponíveis no site destas. Apuraram-se 16.337 produções. Frente à exequibilidade analítica do estudo consideraram-se apenas os artigos publicados nos últimos cinco anos (2009 a 2013). A seleção ocorreu por meio da leitura dos títulos e resumos, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão, totalizando 16 artigos na íntegra (Figura 1).

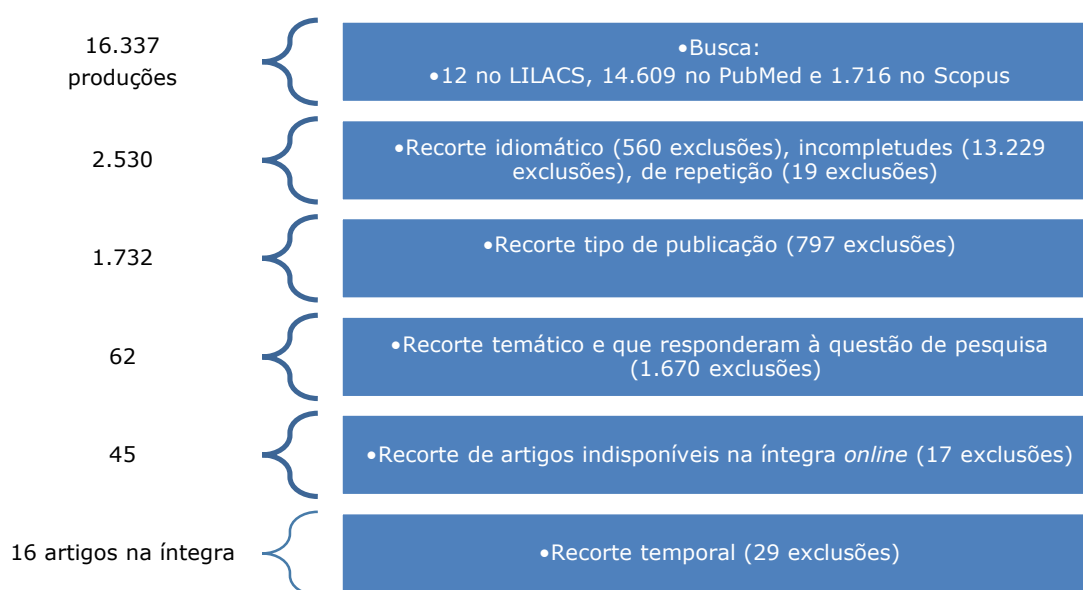


Figura 1: Fluxograma de seleção de estudos, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, nas bases de dados LILACS, PubMed e Scopus, 2014.

Dois pesquisadores realizaram a leitura dos artigos e preenchimento do instrumento de forma independente a fim de minimizar possível viés de seleção dos estudos. Para as possíveis divergências recorreu-se a um terceiro pesquisador (orientador do estudo).

Após a leitura dos estudos selecionados, foi preenchida uma ficha de extração documental, com os seguintes itens: identificação do artigo, procedência (local onde foi desenvolvido a coleta de dados do estudo), área do conhecimento, ano de publicação, objetivo e delineamento do estudo (adotou-se os conceitos utilizados pelos próprios autores), nível de evidência e principais resultados (os quais englobaram os fatores que favorecem ou desfavorecem a longitudinalidade)⁽⁹⁾.

A análise dos dados extraídos foi realizada na forma descritiva, possibilitando a avaliação da qualidade das evidências por meio dos sete níveis descritos por Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹⁰⁾ e permitindo ao leitor a síntese e comparações dos estudos incluídos na revisão, enfatizando as diferenças e similaridades⁽¹¹⁾.

A organização política dos serviços de saúde de procedência dos estudos não foi analisada nesta revisão. Diante disso, a seleção dos artigos se deu por aqueles que

apresentavam como local de coleta de dados os serviços de APS, quais sejam: centros comunitários de saúde, “*general practice*”, serviços de cuidados primários, unidades básicas de saúde ou saúde da família.

As evidências foram organizadas segundo os aspectos da atenção do atributo longitudinalidade (estrutura e desempenho). Essa divisão é meramente didática para a apresentação dos resultados desta revisão, sendo que alguns fatores podem estar em ambos os aspectos.

Quanto aos aspectos éticos, foram respeitadas as ideias, os conceitos e as definições utilizadas pelos autores dos artigos analisados, as quais foram apresentadas fidedignamente, como também, descritas e citadas.

RESULTADOS

A caracterização dos 16 artigos analisados está apresentada na Tabela 1.

Foi desenvolvida a síntese de cada produção que responde a questão de pesquisa deste estudo (Quadro 1).

Os fatores que interferem na longitudinalidade no serviço de APS estão apresentados no Quadro 2.

Tabela 1: Caracterização dos artigos analisados. LILACS/PubMed/Scopus, 2014.

	N	%
Procedência		
Dinamarca	1	6
Espanha	1	6
Brasil	1	6
Holanda	1	6
EUA	2	13
Austrália	3	19
Inglaterra	3	19
Canadá	4	25
Área do conhecimento		
Enfermagem	1	6
Multiprofissional	5	31
Medicina	10	63
Ano de publicação		
2009	3	19
2010	3	19
2011	1	6
2012	8	50
2013	1	6
Total:	16	100

Quadro 1: *Corpus* da revisão integrativa. LILACS, PubMed e Scopus, 2014.

Referência	Objetivos	Métodos	Resultados		Nível de evidência
			Fatores que favorecem	Fatores que desfavorecem	
Lester H, Khan N, Jones P, Marshall M, Fowler D, Amos T, et al ⁽¹²⁾	Explorar as perspectivas dos usuários de serviços de intervenção precoce e cuidados de saúde primários, em profundidade e ao longo do tempo.	Estudo qualitativo P= 21 jovens com primeiro episódio de psicose	Facilidade de acesso aos cuidados primários Profissional como alguém para conversar e confiar O mesmo médico conhecia-os por um longo período de tempo (muitas vezes pré-doença).		6
Baratieri T, Mandu EN, Marcon SS ⁽¹³⁾	Descrever a percepção de enfermeiros sobre a prática assistencial na perspectiva da longitudinalidade.	Estudo qualitativo P= 20 enfermeiros da saúde da família	Acessibilidade Vínculo, sendo fortalecido por meio do contato constante Depende do trabalho em equipe Visita domiciliária Situação de doença crônica		6
Wong ST, Regan S ⁽¹⁴⁾	Analisar a forma de prestar cuidados de saúde primários de serviços e o aumento da sua acessibilidade	Estudo qualitativo P= 50 pessoas que vivem em comunidades rurais	Acesso a serviços para obtenção de cuidados continuados. Ter um relacionamento contínuo com o profissional, a fim de “se sentir confortável” para receber cuidado e ter confiança nas recomendações. Construir uma relação positiva e respeitosa entre o paciente e o profissional. Gerenciamento das condições crônicas.	O volume de trabalho dos profissionais.	
Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G ⁽¹⁵⁾	Analisar a prática, provedor e preceptores de pacientes de continuidade de cuidados em uma grande amostra de práticas em cuidados de saúde primários em Ontário, Canadá.	Estudo transversal P=363 profissionais e 5296 pacientes	Pacientes mais velhos ou com doenças crônicas.	Dificuldade de acesso aos serviços. Aumento do número de profissionais (maior rotatividade, menor vínculo). Não ser atendido pelo seu médico regular Usuários que trabalhavam em tempo integral, tinham maior escolaridade	6

Referência	Objetivos	Métodos	Resultados		Nível de evidência
			Fatores que favorecem	Fatores que desfavorecem	
Berkelmans PG, Berendsen AJ, Verhaak PF, Van der Meer K ⁽¹⁶⁾	Compreender as preferências de idoso em relação aos atributos não médicos de cuidados primários de saúde	Estudo qualitativo P = 13 idosos (65-91 anos)	Acessibilidade por telefone. Segurança para falar com seu próprio médico ou profissional da prática. Usuário ser tratado com respeito, médico que ouve e que lhes dá tempo suficiente e atenção pessoal. Prática de visitas domiciliares. Profissional ter tempo suficiente para descansar. A recepcionista e uma enfermeira conhecê-los, ouvir uma voz familiar no telefone ou ver um rosto familiar na prática faz com que se sintam à vontade. Conhecimento do médico acerca de doenças, do paciente (corpo e mente), fazer o diagnóstico correto e encaminhar para especialistas.	Tempo de espera para consulta longo	6
McDonald J, Jayasuriya R, Harris MF ⁽¹⁷⁾	Explorar a influência da dinâmica do poder e confiança na colaboração entre os profissionais de saúde envolvidos na gestão de diabetes e seu impacto sobre as experiências do paciente.	Estudo de caso qualitativo P= 45 prestadores de serviços de saúde de dezoito organizações 8 pacientes de dois serviços	Comunicação direta, geralmente, por telefone A confiança entre profissional e paciente se desenvolve ao longo do tempo com uma boa comunicação.		6
Delva D, Kerr J, Schultz K ⁽¹⁸⁾	Compreender, explorando as perspectivas de médicos de família, como a concepção de continuidade de cuidados pode influenciar no seu atendimento.	Estudo qualitativo P=37 médicos de família	Satisfação e confiança em saber dos pacientes e familiares. As relações precisam de tempo para se desenvolver. Relacionamento poderia se construir rapidamente	Médico ter que atender um paciente que não gosta.	6
Riggs E, Davis E, Gibbs L, Block K, Szwarc J, Casey S, et al ⁽¹⁹⁾	Explorar experiências de usar serviços de saúde materno-infantil, da perspectiva de família de Fundos de refugiados e prestadores de serviços.	Estudo qualitativo P=87 familiares	Visitas domiciliares Relação fundamental para a construção de confiança e um engajamento permanente no serviço.		6
Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth I, Lester H ⁽²⁰⁾	Descrever e analisar as características do paciente e utilização de serviços.	Estudo de coorte P= 1.150 pacientes de cuidados primários		Tamanho do serviço, ou seja, o número de pacientes registrados Usuário ter um trabalho	4
Hudson SV, Miller SM, Hemler J, Ferrante JM, Lyle J, Oeffinger KC, Dipaola RS ⁽²¹⁾	Identificar as preferências de uma população caracterizada pelos desafios de problemas de saúde relacionados ao seu tratamento de câncer anterior e para quem muitos anos de cuidados de acompanhamento pode ser esperado.	Estudo qualitativo P= 42 pacientes sobreviventes de câncer	Familiaridade, continuidade e história Profissionais responsáveis pelos cuidados de problemas de saúde menores fornecendo assistência suplementar.	Dúvidas sobre quando chamar seu médico de cuidados primários ou o especialista.	6

Referência	Objetivos	Métodos	Resultados		Nível de evidência
			Fatores que favorecem	Fatores que desfavorecem	
Schultz K, Delva D, Kerr J ⁽²²⁾	Explorar concepções de continuidade de cuidados entre os médicos de família em práticas tradicionais.	Estudo qualitativo P= 37 médicos de família	Familiaridade ou a compreensão profunda do paciente. Relação de confiança e conhecimento dos medos dos pacientes permitiu que os médicos usassem a relação terapêuticamente e levou a aderência com sugestões de tratamento. Gestão de doença crônica.	Perda de objetividade em face de uma forte ligação com pacientes. Paciente que o médico não gosta que faça sentir desconfortável e atendê-lo de qualquer maneira.	6
Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G ⁽²³⁾	Explorar a criação de satisfação ou insatisfação na relação interpessoal com os profissionais da prática e de uma forma abrangente para investigar como isto está relacionado com a continuidade dos cuidados.	Estudo qualitativo P= 22 entrevistas com pacientes de duas práticas	Satisfação com o relacionamento interpessoal com o médico o qual apresentava interesse e respeito. Doença crônica.	Experiências negativas como quando o profissional humilhava, ignorava, insultava ou ridicularizava.	6
Bonney A, Phillipson L, Jones SC, Iverson D ⁽²⁴⁾	Investigar atitudes de pacientes mais velhos a relutância à clínica geral.	Estudo qualitativo P=38 pacientes com 60 anos ou mais de três práticas	Altos níveis de confiança em seu médico habitual e a comunicação interpessoal Condições crônicas.		6
Hernández MBA, Lorenzo IV, Pérez IS, Martínez DH, De Lassaletta JC, López JRL, Mercadé MF, Figuera LC, Navarrete MLV ⁽²⁵⁾	Analisar a percepção dos usuários de continuidade assistencial, bem como seus elementos experientes de (des) continuidade nos serviços de saúde da Catalunha.	Estudo transversal P= 200 usuários	Confiança em médicos que o acompanhavam, consideravam a comunicação adequada com os profissionais e recomendariam para amigos e familiares. Estabilidade da equipe profissional Duração do relacionamento com médico	Tempo médio de espera para consultar o médico.	6
Aboulghate A, Abel G, Elliott MN, Parker RA, Campbell J, Lyraztopoulos G, et al ⁽²⁶⁾	Determinar a frequência que pacientes expressam preferência para ver um determinado médico e na medida em que essa preferência seja cumprido.	Estudo quantitativo documental P=dados 2009/2010 de 2.169.718 indivíduos	Doença crônica ou condição psicológica/emocional Mulheres Idosos (idade 74-85 anos).		6
Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, et al ⁽²⁷⁾	Examinar se adultos mais velhos que tiveram continuidade dos cuidados com um médico de cuidados primários apresentaram menor mortalidade.	Estudo transversal P= 5457 participantes de 70 anos de idade ou mais	Menor expectativa de vida subjetiva; Aqueles com auto percepção de saúde regular ou ruim; Dificuldade para caminhar; Condições psicológicas; Níveis mais elevados de sintomas depressivos; Com artrite, câncer, diabetes, doença pulmonar, doenças cardíacas, hipertensão, acidente vascular cerebral; Internados no ano anterior ao de referência; Diplomados do ensino médio.		6

Legenda: P = participantes da pesquisa

Quadro 2: Descrição dos aspectos da atenção e sua definição e os fatores que interferem na longitudinalidade na APS, 2014.

Aspectos da atenção	Definição	Fatores	
Estruturais	Identificação da fonte habitual de atenção pelas pessoas e a identificação da população eletiva por parte do médico ou grupo	Favorece	Acessibilidade ⁽¹²⁻¹⁷⁾
			Organização do serviço ⁽¹⁶⁾
			Tempo para desenvolver relação ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾
		Desfavorece	Desenvolvimento de vista domiciliária ^(13,16,19)
			Volume de trabalho ^(14-16,20)
Desempenho	Uso adequado da fonte de atenção e a força das relações interpessoais	Favorece	Conflito de quando acessar o serviço de APS ou de especialidade ⁽²¹⁾
			Aspectos da relação interpessoal ^(12-14,16-19,21-25)
			Usuário apresentar doenças crônicas ou condição psicológica/emocional ^(13-15,22-24,26-27)
			Características sociodemográficas dos usuários ^(15,20,26-27)
			Corresponsabilidade ⁽²¹⁾
		Desfavorece	Duração do relacionamento ^(12,18)
			Longos tempos de espera, cancelamento de consultas e falta de provedores disponíveis ^(16,25)
			Falta de conhecimento dos médicos sobre doenças ⁽¹⁶⁾
			Más experiências ^(18,22-23)

DISCUSSÃO

Aspectos da atenção referentes à estrutura

A longitudinalidade é favorecida pela **acessibilidade**, tendo em vista que os usuários valorizaram a facilidade de acesso aos cuidados primários⁽¹²⁻¹³⁾. Quanto mais próximo o usuário está do serviço de APS, mais fácil e imediata será a prestação dessa assistência, evidenciando a importância da localização geográfica adequada da unidade na área adscrita⁽¹³⁻¹⁵⁾. Nesse sentido, a implantação de Programa Saúde da Família (PSF)⁽¹³⁾ foi fator que favoreceu a longitudinalidade. Em relação à acessibilidade por telefone, esta prática pode melhorar o padrão de cuidado e reduzir o tempo de espera para atendimento permitindo-lhes manter a relação interpessoal⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Quanto à efetividade do contato com o profissional diante de necessidade de ajuda médica, destaca-se que os usuários se sentiram seguros de ser capaz de falar ao seu próprio médico⁽¹⁶⁾. O funcionamento do serviço em finais de semana faz com o que o paciente não consulte

com seu médico habitual, e férias e feriados são considerados barreiras à longitudinalidade⁽¹⁵⁾.

A **organização** dos serviços de APS pode influenciar na longitudinalidade do cuidado. Estudo evidencia a importância da recepcionista e dos profissionais de saúde conhecer os usuários, pois uma voz ou um rosto familiar faz com que estes se sintam à vontade e ajuda os usuários a consultar com o mesmo profissional⁽¹⁶⁾.

Evidenciou-se que ter **tempo para desenvolver relação** favorece a longitudinalidade, pois é fundamental para estabelecer confiança⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Os usuários consideraram o tempo e o interesse dedicado a eles pelos prestadores de cuidados de saúde como prova de sua singularidade, influenciando sua atitude e atendendo suas expectativas⁽¹⁶⁾. Sendo que o tempo reduzido para escuta ao usuário, para visita e para contato com profissional são considerados barreiras⁽¹⁶⁾.

O **desenvolvimento de vista domiciliária** foi visto como importante para um compromisso contínuo com o serviço⁽¹⁹⁾ demonstrando-se como a principal estratégia utilizada para conhecer e acompanhar a família⁽¹³⁾.

Entretanto, os usuários acreditam que o tempo do médico é precioso e que este deve ser reservado para os que necessitam⁽¹⁶⁾.

O **volume de trabalho** desfavorece a longitudinalidade estando associado ao número de usuários registrados no serviço e ao de profissionais atuantes neste^(15,20). Diante disso, pode haver ausência de tempo de descanso profissional⁽¹⁶⁾ comprometendo a qualidade do atendimento. Além disso, pode restringir a variedade de usuários atendidos. Da mesma forma, o atendimento em comunidades rurais, por ser irregular, dificulta manter uma relação contínua⁽¹⁴⁾.

O **conflito de quando acessar a APS ou a especialidade** desfavorece a longitudinalidade visto que os usuários têm dúvidas quanto ao profissional responsável pelo seu cuidado⁽²¹⁾.

Aspectos da atenção à saúde referente ao desempenho

Os **aspectos da relação interpessoal** favorecem a longitudinalidade por propiciar vínculo⁽¹³⁾, familiaridade⁽²¹⁻²²⁾, compreensão dos usuários⁽²²⁾, confiança^(12,14,16-19,22-25) e de segurança^(16,23), respeito^(14,16-17,23), receptividade dos profissionais⁽¹⁷⁾, comunicação^(17,21,24-25) e satisfação do usuário e do profissional^(18,23). Quando há o fortalecimento dessa relação há, portanto, maior engajamento permanente no serviço visando promover a saúde⁽¹⁹⁾.

O usuário **apresentar doenças crônicas ou condição psicológica/emocional** apresentou-se como favorável à longitudinalidade por configurar um grupo vulnerável que requer prioridades no atendimento em saúde⁽¹³⁾. Neste grupo estão aqueles com menor expectativa de vida subjetiva, com auto-percepção de saúde regular ou ruim, com problemas crônicos^(14-15,22-24,26-27), complexos ou condições psicológicas⁽²⁶⁻²⁷⁾, bem como os que estiveram internados ou com evento sério em saúde⁽²⁷⁾.

Algumas **características sociodemográficas dos usuários** estiveram associadas a maior longitudinalidade. Esta associação foi mais comum entre as mulheres⁽²⁶⁾, os idosos ou aposentados^(15,26), os escolarizados^(15,27) e os

que não têm um trabalho^(15,20). Infere-se que estas populações tenham a necessidade e a disponibilidade para o uso regular do serviço de saúde, possibilitando a uma constituição de laços interpessoais mais consistentes.

A **corresponsabilidade** entre profissional e usuário possibilita maior longitudinalidade à medida que promove a segurança, a coordenação do cuidado e o encaminhamento a outros profissionais quando necessário⁽²¹⁾. Para isso é essencial o conhecimento do profissional sobre o usuário, a identificação deste como o principal responsável dos cuidados fornecidos visando contribuir para o atendimento a longo prazo.

A **duração do relacionamento com o profissional de saúde** favorece a longitudinalidade, visto que, quando a relação já existe há anos^(12,18), cobrindo mudanças no ciclo de vida, crises e episódios de doenças crônicas e agudas, encoraja o atendimento individualizado.

Entretanto, os **longos tempos de espera, o cancelamento de consultas e a falta de provedores disponíveis** desfavorecem a longitudinalidade da atenção aos usuários. O tempo na sala de espera causa insatisfação dos usuários assim como referem à importância do conforto desta sala⁽¹⁶⁾. Esse tempo de espera para consultar um médico indica a importância da gestão da longitudinalidade⁽²⁵⁾, pois quando o usuário não se sente satisfeito com o serviço que utiliza, isto prejudica o vínculo e a utilização regular deste serviço.

A **falta de conhecimento dos médicos sobre doenças** é relatada pelos usuários como um impasse para a longitudinalidade. O conhecimento do usuário, de doenças e tratamentos, assim como o diagnóstico correto interferem na confiança que o usuário tem no profissional⁽¹⁶⁾.

As **más experiências** se apresentam como outra desvantagem que intervém na longitudinalidade. A perda da objetividade em decorrência de uma forte relação com os usuários preocupa os profissionais, eles temem os possíveis efeitos negativos, como a falha de diagnóstico que essa relação possa ocasionar na assistência à saúde

das pessoas⁽²²⁾. Soma-se a isso, o juízo médico sobre os usuários ocasionando tratamento de forma humilhante de maneira a comprometer o cuidado prestado^(18,22-23).

CONCLUSÕES

As evidências disponíveis nos artigos científicos acerca dos fatores que interferem no atributo longitudinalidade da APS evidenciaram que estes podem tanto favorecer quanto desfavorecer. Aqueles favoráveis à longitudinalidade estiveram relacionados ao tempo para o desenvolvimento das relações interpessoais, a organização do serviço, a acessibilidade, as características dos usuários e ter doença crônica. Esta evidência sustenta a valorização dessas relações, de modo a assegurar uma interação efetiva visando à qualidade da atenção à saúde. Os que desfavorecem estiveram associados às lacunas na organização e gestão dos serviços de saúde, como o volume de trabalho, a falta de profissionais, as más experiências e a falta de conhecimento dos usuários, os quais podem desencadear experiências desagradáveis, influenciando negativamente os cuidados na APS.

Para maximizar os fatores que favorecem é necessário investimento na educação permanente, visando à composição de uma equipe integrada e colaborativa, que zele pela qualidade da atenção aos usuários e pelo vínculo destes ao serviço. Ao lado de estratégias que minimizem os que desfavorecem, por meio da reorganização da APS com a superação do modelo curativista, a efetivação dos profissionais por meio de concurso público, a educação permanente, a promoção do trabalho em equipe, o investimento em recursos materiais e humanos, que possibilitem o acesso,

REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [acesso em: 31 dez 2015];83(3):457-502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x>.
2. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década

a oferta e a comunicação entre os serviços e os usuários de modo resolutivo.

As evidências oferecem subsídios para a composição de um panorama mundial dos fatores que interferem na prática do atributo longitudinalidade na APS. A prevalência de estudos descritivos sugere a necessidade de fortalecer a construção do conhecimento com estudos de maior nível de evidência. Além disso, houve limitação do recorte estabelecido pela própria estratégia de busca utilizada.

Desse modo, se faz necessário que sejam repensadas as ações de cuidado desenvolvidas na APS e que este atributo seja reconhecido como característica central. Torna-se oportuno e almejado a implementação de práticas avaliativas e de monitoramento deste e dos demais atributos. Nesse sentido, o profissional enfermeiro, assim como o médico, que atua na APS, deve se corresponsabilizar pela identificação da população eletiva e se colocar como mediador das relações interpessoais. Assim, será possível que, cada vez mais, os vínculos e a cooperação mútua sejam reforçados envolvendo usuários, profissionais e serviço.

APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO

Este estudo está vinculado ao projeto matricial intitulado “Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS” o qual foi contemplado nos editais Programa de Pesquisa para o SUS e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (PPSUS/FAPERGS) 2013; e Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Universal/CNPq) 2013; e por editais internos da instituição.

de 1990. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 [acesso em: 31 dez 2015];22(5):951-63. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500008>.

3. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(Supl.1):S15-S27.

4. Furtado MCC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 out/dez [acesso em: 2014 jun 15];12(4):640-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>.
5. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da estratégia de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):341-7.
6. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59.
7. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl.1):1029-42.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
9. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev latinoam enferm*. 2006;14(1):124-31.
10. Galvão CM. Níveis de Evidência. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):V.
11. Freitas OS, Romanzini AE, Ribeiro JC, Bellusse GC, Galvão CM. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):541-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.23898>.
12. Lester H, Khan N, Jones P, Marshall M, Fowler D, Amos T, et al. Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2012 Mar;62(596):e183-90.
13. Baratieri T, Mandu EN, Marcon SS. Longitudinality in nurses' work: a report of professional experiences. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Oct;46(5):1260-7.
14. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health*. 2009 Jan-Mar;9(1):1142.
15. Kristjansson E(1), Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *BMC Fam Pract*. 2013 May 31;14:72.
16. Berkelmans PG, Berendsen AJ, Verhaak PF, Van der Meer K. Characteristics of general practice care: what do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2010 Nov 2;10:80.
17. McDonald J, Jayasuriya R, Harris MF. The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Serv Res*. 2012 Mar 13;12:63.
18. Delva D, Kerr J, Schultz K. Continuity of care: differing conceptions and values. *Can Fam Physician*. 2011 Aug;57(8):915-21.
19. Riggs E, Davis E, Gibbs L, Block K, Szwarc J, Casey S, et al. Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: reflections from refugee families and service providers. *BMC Health Serv Res*. 2012 May 15;12:117.
20. Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth I, Lester H. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS One*. 2012;7(5):e36468.
21. Hudson SV, Miller SM, Hemler J, Ferrante JM, Lyle J, Oeffinger KC, Dipaola RS. Adult cancer survivors discuss follow-up in primary care: 'not what i want, but maybe what i need'. *Ann Fam Med*. 2012 Sep-Oct;10(5):418-27.
22. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician*. 2012 Feb;58(2):178-85.
23. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009 Jun 26;10:47.
24. Bonney A, Phillipson L, Jones SC, Iverson D. Older patients' attitudes to general practice registrars-a qualitative study. *Aust Fam Physician*. 2009 Nov;38(11):927-31.
25. Hernández MBA, Lorenzo IV, Pérez IS, Martínez DH, De Lassaletta JC, López JRL, Mercadé MF, Figuera LC, Navarrete MLV. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev esp salud pública*. 2010;84(4):371-87.
26. Aboulghate A, Abel G, Elliott MN, Parker RA, Campbell J, Lyratzopoulos G, et al. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *Br J Gen Pract*. 2012;62(601):e567-75.
27. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010 Apr;65(4):421-8.

Recebido: 14/07/2014.

Aceito: 06/05/2015.

Publicado: 31/12/2015.