

Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional

Factors associated with interpersonal continuity of care: a population-based study

Luiz Artur Rosa Filho ¹
 Anaclaudia Gastal Fassa ¹
 Vera Maria Vieira Paniz ¹

Abstract

This study focused on the prevalence of interpersonal continuity of care and its determinants. A cross-sectional population-based study was conducted with 3,133 individuals 20 years or older in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. Multivariate analysis used Poisson regression, with the first level representing socioeconomic and demographic variables and the proximal level including health care and health needs variables. Prevalence of interpersonal continuity of care was 43.7% (95%CI: 42.0-45.5). Female gender, higher age, higher income, consultation during the previous year, report of chronic disease, and consultation outside the public health system showed higher interpersonal continuity of care. Among individuals that consulted in public primary health care services, female gender, age, and the Family Health Program were associated with interpersonal continuity of care. Some vulnerable groups (low-income and users of the public health system) showed low prevalence of the outcome.

Continuity of Patient Care; Primary Health Care; Physician-Patient Relation

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

L. A. Rosa Filho
 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.
 Av. Duque de Caxias 250, 3º andar, Pelotas, RS 96030-002, Brasil.
 lzartur@yahoo.com.br

Introdução

A continuidade interpessoal na atenção à saúde é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais médicos e seus pacientes, baseada em confiança mútua e responsabilização ¹. Essa depende da existência de doença e desencadeia uma série de eventos coerentes com as necessidades do indivíduo ^{1,2}. Estudos têm mostrado que esse tipo de relação esteve associada com melhores cuidados preventivos, menos hospitalização ^{3,4,5}, menos consulta a serviços de urgência ^{6,7} e melhor acesso ao sistema de saúde, sendo considerada um indicador da qualidade da atenção ⁸. A continuidade interpessoal na atenção à saúde esteve associada à melhor controle das cifras tensionais em hipertensos ⁹ e melhores níveis glicêmicos em pacientes diabéticos ¹⁰.

A avaliação da continuidade interpessoal na atenção à saúde ganha especial importância com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) iniciado em 1994 e, sua ampliação especialmente em cidades com mais de 100 mil habitantes por meio do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciado em 2003. O PSF propõe a territorialização da atenção básica, o cadastramento das famílias adstritas, o diagnóstico familiar e o foco nas necessidades em saúde da comunidade. Todas essas iniciativas incentivam a vinculação dos pacientes com sua unidade básica de saúde

e a responsabilização das equipes de saúde com suas populações.

Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu a política nacional da atenção básica, reafirmando a opção substitutiva do PSF como a estratégia de reorganização deste nível de atenção ¹¹. Essa política é orientada pelos princípios do vínculo e continuidade, bem como integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações em todos os níveis de complexidade. Entretanto, muitos estudos identificaram dificuldades de implantação do PSF em cidades de médio/grande porte ¹².

Historicamente, a continuidade é um conceito de difícil definição e medida. A diversidade de indicadores, aparentemente não conectados, reflete fenômenos complementares da continuidade. Em 2003, os estudos de Saultz ¹ e Haggerty ¹³ propõem que a continuidade seja classificada em três categorias: (a) continuidade de informação, cuja característica principal é a disponibilidade das informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado; (b) continuidade longitudinal/gerencial, é aquela em que o paciente tem um local e uma equipe específica a fim, que realiza os cuidados em saúde; (c) continuidade interpessoal, refere-se a situações em que o paciente conhece seu médico pelo nome e confia neste. Ao mesmo tempo o profissional assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente ¹.

O único estudo de base populacional brasileiro ¹⁴ mostrou que, no Sul do Brasil, em 1.260 indivíduos maiores e 15 anos, a prevalência de médico de referência foi de 37,4%. Nesse estudo, a continuidade interpessoal na atenção à saúde esteve associada ao sexo feminino, aumento da idade, maiores rendas familiares *per capita*, plano de saúde privado, relato de doença crônica e autopercepção ruim quanto à saúde. Em 2004, um estudo transversal americano realizado com 60.446 pessoas, encontrou que a continuidade, definida pela confirmação de que consultam com o mesmo médico em seu lugar de referência, esteve associada ao sexo feminino, idades avançadas, cor branca, melhores níveis educacionais e não fumantes ¹⁵.

Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde e seus determinantes sócio-econômicos, demográficos, assistenciais e relacionados às necessidades de saúde dos indivíduos. Essas informações poderão apoiar políticas de ampliação da continuidade interpessoal na atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com os indivíduos de 20 anos ou mais, da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. A cidade está localizada no extremo sul do Brasil, tem 320 mil habitantes e possui boa infraestrutura de saúde, contando com 54 unidades básicas de saúde.

O trabalho de campo foi conduzido de outubro a dezembro de 2005 e foi realizado em conjunto por 11 mestrandos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Foram realizados cálculos de tamanho de amostra para contemplar o maior número de indivíduos necessários para estudar a prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde e suas associações com as variáveis independentes estudadas. Para o estudo descritivo, se estimou uma prevalência de 37%, com erro aceitável de 3%, chegando-se a um tamanho de amostra de 992 indivíduos, que acrescidos de 10% para perdas e recusas, totalizou 1.091 pessoas. Para o estudo das associações, com nível de significância de 95% e poder estatístico de 80%, calculou-se um tamanho de amostra para frequência de 34% em não expostos, com RR (risco relativo) de 1,5 e razão de exposição de 1:4 para nível sócio-econômico, totalizando 458 indivíduos, que acrescidos de 10% para perdas, 20% para fatores de confusão e 20% para efeitos de delineamento exigem uma amostra mínima de 725 indivíduos. Em função do tamanho de amostra requerido pelos outros mestrandos, a amostra total foi de 3.353, ampliando o poder estatístico do estudo.

O processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios, baseado no *Censo Demográfico de 2000* realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com base nessa informação, foram sorteados, de forma sistemática, 120 dos 404 setores censitários com probabilidade proporcional ao seu tamanho. Nesses setores, todos os domicílios foram identificados, sendo sorteados 1.597 domicílios elegíveis. Em seguida, sorteou-se um número aleatório variável, de acordo com o número de domicílios e outro número correspondente ao pulo para garantir a equiprobabilidade de ser sorteado o primeiro domicílio.

Os domicílios selecionados foram visitados pelos supervisores de campo para definir a população em estudo. Foram selecionadas 33 entrevistadoras do sexo feminino e com ensino médio completo, que trabalharam em regime de dedicação integral e foram treinadas por 40 horas. Foi utilizado um questionário padronizado, caracterizando aspectos sócio-demográficos e

temas específicos de cada pesquisador. Foram consideradas inelegíveis para o estudo pessoas com doença física ou mental, que estivessem incapacitadas para responder ao questionário. Aqueles que, após três visitas da entrevistadora em horários e dias diferentes e uma visita do supervisor de campo não puderam ser contatados, foram classificados como perdas. O controle de qualidade foi realizado pelos supervisores, predominantemente por telefone, em 10% da amostra total e, o menor Kappa encontrado foi de 0,72 para variável escolaridade.

Para a entrada dos dados utilizou-se o programa EpiInfo 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) com dupla entrada. A análise dos dados foi realizada no Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), utilizando-se para descrição o teste do qui-quadrado de Pearson e teste de tendência linear. Considerou-se que tinha continuidade interpessoal na atenção à saúde quem relatava ter um médico pessoal há mais de um ano e sabia seu nome.

Na análise ajustada utilizou-se regressão “para trás” de Poisson com variância robusta, por tratar-se de um desfecho binário, porém frequente. O efeito de delineamento amostral foi considerado através do comando *svy* para amostras por conglomerados. Para controle de fatores de confusão, o efeito de cada variável foi controlado para todas as variáveis de mesmo nível ou superior que tivessem valor $p \leq 0,2$.

A análise foi hierarquizada conforme modelo com dois níveis. No primeiro, foram incluídas as variáveis sócio-econômicas: renda familiar no último mês, em Reais, categorizada em salários mínimos (um salário mínimo = R\$ 300,00 em outubro/2005); escolaridade em anos completos de estudo, categorizada em Ensino Fundamental, Médio e Superior; e nível sócio-econômico segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A, B, C, D e E)¹⁶. Ainda no primeiro nível, foram incluídas as variáveis demográficas: idade, em anos completos; sexo; e cor da pele auto-referida, categorizada em brancos e não-brancos.

No segundo nível, foram incluídas variáveis relacionadas às necessidades em saúde: auto-percepção em saúde (excelente, muito boa, boa, regular ruim) e existência de doença crônica referida. Incluiu-se também uma variável sobre a utilização dos serviços de saúde (ter consultado no último ano), bem como, uma variável sobre o modelo assistencial (forma de remuneração das consultas).

Realizou-se também uma análise multivariada sobre os determinantes da continuidade interpessoal na atenção à saúde, restringindo a

população em estudo aos usuários de unidades básicas de saúde. Para isso, o modelo de análise incluiu no nível proximal a variável sobre a exposição ao PSF e excluiu a variável forma de financiamento da consulta, sendo no restante igual ao anteriormente apresentado.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa, Universidade Federal de Pelotas. Para participar da pesquisa, os entrevistados assinaram um termo de consentimento, lido pelo entrevistador, no qual constavam seus direitos de não participar ou suspender sua participação a qualquer momento e ao sigilo de informações.

Resultados

Foram entrevistados 3.136 indivíduos em 1.507 domicílios. As perdas e recusas corresponderam a 6,5% durante o trabalho de campo. A prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde foi de 43,7% (IC95%: 42,0-45,5) com um efeito de delineamento amostral de 2,49 e correlação intraclasse de 0,05.

A Tabela 1 mostra que as mulheres constituíram 56,1% da amostra. A média de idade foi de 44 anos (IC95%: 43,5-44,7), 54,4% dos entrevistados estudaram oito anos ou menos e 81,6% relataram cor da pele branca. Aproximadamente a metade da população tem renda familiar mensal de até três salários, havendo predomínio dos níveis sócio-econômicos B, C e D com 26,5%, 41,5% e 24,5%, respectivamente.

A maior parte (73,2%) das pessoas consultou no último ano e 30% relataram a existência de doença crônica, mas 72% consideraram sua condição de saúde boa ou ótima. A forma de financiamento das consultas para 47,8% dos entrevistados foi o sistema público, 45,2% tinham plano de saúde e 7% referiram pagar por suas consultas médicas diretamente ao profissional (Tabela 1).

Quanto ao local de consulta, 33,6% costumam consultar em unidades básicas de saúde, 25,9% em consultórios médicos, 15 em Pronto-atendimento de convênio, 9% em ambulatórios públicos, 5,5% em pronto-socorro, 5,4% em ambulatórios de convênio e 3,8% relataram não consultar em lugar algum (Tabela 2). Entre as 1.052 pessoas que consultaram em unidades básicas de saúde, 39,5% utilizaram unidades básicas de saúde com PSF.

Na análise bruta, sexo feminino, aumento da idade, escolaridade, classe social, renda familiar, consultar no último ano, relato de doença crônica, financiamento privado e auto percepção ruim sobre a própria saúde estiveram associados com continuidade interpessoal na atenção à saúde. Cor da pele não esteve associada. As variáveis

Tabela 1

Características da população estudada conforme variáveis demográficas, sócio-econômicas, assistenciais e de necessidades em saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2006.

Variável	População total (N = 3.133)		Usuários de unidades básicas de saúde (N = 1.052)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	1.376	43,9	401	38,1
Feminino	1.757	56,1	651	61,9
Idade (anos)				
20-29	746	23,8	268	25,5
30-39	610	19,5	242	23,0
40-49	661	21,1	242	23,0
50-59	520	16,6	149	14,2
60 ou +	596	19,0	151	14,3
Escolaridade (anos)				
0-4	603	20,4	293	30,4
5-8	1.003	34,0	431	44,7
9-11	824	27,9	210	21,8
12 ou +	521	17,7	30	3,1
Renda familiar (salários mínimos)				
< 1	360	11,6	173	16,5
1-3	1.127	36,2	580	55,5
3-6	842	27,1	215	20,5
6 ou +	783	25,1	78	7,5
Classe social (ABEP)				
A	161	5,2	4	0,4
B	824	26,5	110	10,5
C	1.293	41,5	474	45,3
D	761	24,5	411	39,3
E	73	2,3	47	4,5
Cor da pele				
Branca	2.556	81,6	765	73,3
Não-branca	577	18,4	279	26,7
Consulta no último ano				
Não	839	26,8	325	30,9
Sim	2.294	73,2	727	69,1
Doença crônica				
Não	2.195	70,0	783	74,4
Sim	938	30,0	269	25,6
Autopercepção de saúde				
Excelente	412	13,2	95	9,0
Muito boa	418	13,3	94	8,9
Boa	1.427	45,5	493	46,9
Regular	722	23,0	306	29,1
Ruim	154	5,0	64	6,1
Plano de saúde				
Público	1.499	47,8		
Convênio	1.416	45,2		
Particular	218	7,0		

ABEP: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (<http://www.abep.org/>).

Nota: número máximo de perdas para a variável escolaridade (5,8%).

Tabela 2

Características da população estudada conforme local de consulta. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2006 (N = 3.133).

Local de consulta	População total n	Distribuição %
Unidade básica de saúde	1.052	33,6
Consultório médico	812	25,9
Pronto-atendimento/Convênio	471	15,0
Ambulatórios públicos	283	9,0
Pronto-socorro	173	5,5
Ambulatórios conveniados	170	5,4
Não consultou	119	3,8
Outros	56	1,8

escolaridade e classe social não foram incluídas no modelo por apresentarem co-linearidade com renda familiar, que foi a variável sócio-econômica com menor valor p.

Na análise multivariável, após ajuste para fatores de confusão, o sexo feminino apresentou razão de prevalência (RP) de 1,66; IC95%: 1,52-1,80. A idade apresentou associação linear direta com a continuidade interpessoal na atenção à saúde (valor $p < 0,001$), sendo que os adultos com mais de 60 anos tiveram 76% mais continuidade interpessoal na atenção à saúde do que aqueles entre 20 a 29 anos. A renda familiar apresentou associação direta com continuidade interpessoal na atenção à saúde, sendo que indivíduos com renda de seis ou mais salários tiveram 61%; IC95%: 1,39-1,87 mais continuidade interpessoal na atenção à saúde que aqueles que receberam até um salário (Tabela 3).

Ter consultado no último ano permaneceu associado significativamente à continuidade interpessoal na atenção à saúde com RP = 1,47; IC95%: 1,29-1,67. A continuidade interpessoal na atenção à saúde foi significativamente mais prevalente naqueles que relataram doenças crônicas com RP = 1,10; IC95%: 1,01-1,19. Ao analisarmos a forma de financiamento das consultas, os entrevistados que relataram ter plano de saúde ou pagar suas consultas por seus próprios meios tiveram mais continuidade interpessoal na atenção à saúde, com RP = 1,37; IC95%: 1,24-1,52 e 1,64; 1,42-1,90, respectivamente.

Avaliou-se também os fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde entre as pessoas que consultaram no último ano, obtendo-se efeitos similares, com as mesmas variáveis compondo o modelo de regressão. Além disso, também repetiu-se a análise para aqueles que consultaram em unidades básicas de saúde.

A prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde em unidades de PSF foi de 38,6%, enquanto nas unidades básicas tradicionais foi de 31,8% (valor $p = 0,03$) (Tabela 4).

Entre aqueles que consultaram numa unidade básica de saúde, as mulheres tiveram duas vezes mais continuidade interpessoal na atenção à saúde do que os homens ($p < 0,001$). Quando se estudou o efeito da idade sobre a continuidade interpessoal na atenção à saúde, houve tendência linear positiva, observou-se que indivíduos com mais de 60 anos tiveram RP = 1,97; IC95%: 1,52-2,57, quando comparados com aqueles de 20 a 29 anos. Nessa população a renda não esteve associada à continuidade interpessoal na atenção à saúde, possivelmente pela sua homogeneidade, uma vez que nesta população há uma concentração de indivíduos com renda de até três salários mínimos (72%). Ao analisarmos aqueles que consultaram em unidades básicas de saúde, consultar no último ano ($p = 0,01$) foi a única das variáveis proximais associada à continuidade interpessoal na atenção à saúde, já que a autopercepção de saúde e o relato de doença crônica não estiveram associados.

Discussão

A prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde encontrada na população foi consistente com o outro estudo brasileiro que utilizou o mesmo critério¹⁴. Entretanto, considerando-se os indicadores de superutilização de serviços de saúde pela população, demonstrada em estudos anteriores^{17,18}, seria esperado uma maior prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde. Essa superutilização pode estar relacionada ao fenômeno da “porta giratória”

Tabela 3

Fatores associados à Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde (CIAS) na população de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005 (N = 3.133).

Variáveis	Prevalência de CIAS (%)	Análise bruta	IC95%	Valor p	Análise ajustada	IC95%	Valor p
Sexo				< 0,001			< 0,001 *
Masculino	31,6	1,00			1,00		
Feminino	53,2	1,68	1,54-1,84		1,66	1,52-1,80	
Idade (anos)				< 0,001			< 0,001 **
20-29	31,9	1,00			1,00		
30-39	38,2	1,20	1,04-1,38		1,19	1,03-1,37	
40-49	43,3	1,36	1,18-1,55		1,30	1,14-1,48	
50-59	49,4	1,55	1,35-1,78		1,47	1,29-1,67	
60 ou +	59,7	1,87	1,65-2,12		1,76	1,56-1,99	
Renda familiar (salários mínimos)				< 0,001			< 0,001 **
< 1	35,5	1,00			1,00		
1-3	35,3	0,99	0,85-1,17		1,02	0,87-1,20	
3-6	47,4	1,33	1,14-1,56		1,35	1,16-1,58	
6 ou +	56,2	1,58	1,36-1,84		1,61	1,39-1,87	
Consulta no último ano				< 0,001			< 0,001 *
Não	26,1	1,00			1,00		
Sim	50,2	1,92	1,70-2,17		1,47	1,29-1,67	
Doença crônica				< 0,001			0,02 *
Não	39,2	1,00			1,00		
Sim	54,3	1,38	1,28-1,50		1,10	1,01-1,19	
Autopercepção de saúde				0,01			0,8 **
Excelente	39,8	1,00			1,00		
Muito boa	44,3	1,11	0,95-1,31		0,97	0,84-1,13	
Boa	42,8	1,08	0,94-1,23		1,00	0,89-1,14	
Regular	45,3	1,14	0,99-1,31		0,99	0,86-1,15	
Ruim	53,9	1,35	1,12-1,63		1,10	0,90-1,34	
Forma do financiamento da consulta				< 0,001			< 0,001 *
Pública	31,6	1,00			1,00		
Convênio	54,2	1,72	1,57-1,88		1,37	1,24-1,52	
Particular	59,2	1,88	1,64-2,14		1,64	1,42-1,90	

* Teste de Wald de heterogeneidade;

** Teste de Wald para tendência linear.

em que os indivíduos realizam muitas consultas em vários locais. Esse fenômeno, bastante estudado em reinternações psiquiátricas,^{19,20} mostra-se associado a diferenças sócio-econômicas, fatores culturais e baixa resolubilidade do cuidado médico. A “porta giratória” pode aumentar o número de consultas sem que os “superutilizadores” vinculem-se a algum serviço de saúde.

O sistema público local, organizado em múltiplas portas de entrada descentralizadas, repercute na facilidade de acesso, mas estas parecem não estar relacionadas a maiores prevalências de continuidade interpessoal na atenção à saúde; estes evidentes esforços de democratização do

acesso à saúde foram acompanhados apenas recentemente de tentativas de vinculação da população às equipes de saúde, com o advento do PSF e da adscrição da população. Mas a adscrição pode ter efeito paradoxal, pois a vinculação também pode prejudicar a continuidade interpessoal na atenção à saúde ao retirar a autonomia dos indivíduos em consultar em outros locais com profissionais que gostariam de vincular-se.

O estudo brasileiro prévio encontrou 37,4% de continuidade interpessoal na atenção à saúde, uma prevalência mais baixa que neste estudo. Porém, o estudo anterior incluiu populações mais jovens, que apresentam menores prevalências de

Tabela 4

Fatores associados à Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde (CIAS) em 1.052 indivíduos que consultam unidades básicas de saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Variáveis	Prevalência de CIAS (%)	Análise bruta	IC95%	Valor p	Análise ajustada	IC95%	Valor p
Sexo				< 0,001			< 0,001 *
Masculino	21,4	1,00			1,00		
Feminino	43,0	2,00	1,63-2,46		1,97	1,61-2,42	
Idade (anos)				< 0,001			< 0,001 **
20-29	24,0	1,00			1,00		
30-39	37,2	1,55	1,19-2,03		1,52	1,19-2,01	
40-49	32,7	1,36	1,03-1,80		1,31	1,00-1,74	
50-59	38,9	1,62	1,21-2,18		1,56	1,17-2,08	
60 ou +	49,0	2,04	1,56-2,67		1,97	1,52-2,57	
Consulta no último ano				< 0,001			0,01 *
Não	24,9	1,00			1,00		
Sim	39,1	1,57	1,28-1,94		1,31	1,06-1,62	
Programa Saúde da Família				0,03			0,04 *
Não	31,8	1,00			1,00		
Sim	38,6	1,21	1,02-1,43		1,19	1,01-1,40	

* Teste de Wald de heterogeneidade;

** Teste de Wald para tendência linear.

continuidade interpessoal na atenção à saúde¹⁴. A literatura internacional relata prevalências superiores, mas pela diversidade de indicadores há limitações quanto à comparabilidade.

Os fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde na população foram: sexo feminino, aumento da idade, maior renda familiar, ter consultado no último ano, financiamento não-público da consulta e relato de doença crônica. Entre aqueles que consultam em unidades básicas de saúde, os fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde foram o sexo feminino, aumento da idade, ter consultado no último ano e consultar em PSE.

Nesta pesquisa, os cuidados com a amostragem e a baixa taxa de perdas e recusas permitiram que este estudo fosse representativo da população de 20 anos ou mais, residente na zona urbana da cidade. O desfecho foi operacionalizado à semelhança de outro estudo brasileiro, a fim de tornar-se comparável¹⁴. Entretanto, essa definição pode ter sido afetada por um viés de memória, pois a lembrança do nome do médico poderia ser maior entre os jovens quando comparados com os mais velhos. Esse viés teria efeito em direção à unidade.

O tema também se situa no centro de uma discussão acerca da conceituação de continui-

dade e longitudinalidade, em que múltiplos fenômenos usam uma mesma terminologia. Neste estudo optou-se por um indicador que mede a continuidade interpessoal na atenção à saúde. Para isso, procurou-se captar um indicador de confiança em um determinado profissional, caracterizado pela lembrança do nome do médico^{1,14} e pelo longo vínculo com este profissional, mensurado pela exigência de consultar com este médico há mais de um ano. A limitação desse indicador é que esse não inclui nenhuma medida de utilização entre seus componentes. O indivíduo pode identificar seu médico pelo nome mesmo que não tenha consultado há muito tempo, no entanto, ao incluirmos na análise somente aqueles que consultaram no último ano, os efeitos sobre a continuidade interpessoal na atenção à saúde foram semelhantes.

Como era esperado, a continuidade interpessoal na atenção à saúde esteve associada ao sexo feminino, resultado consistente com o estudo brasileiro¹⁴. Estudos prévios justificam esse achado em função das mulheres consultarem mais, cuidarem mais de sua saúde, relatarem mais problemas de saúde²¹ e possuírem maiores necessidades de consultas preventivas, como pré-natal e prevenção de câncer ginecológico. Esses padrões de cuidados em saúde femininos

permitem uma maior proximidade das mulheres com o profissional médico, estabelecendo-se melhores níveis de confiança e maiores possibilidades de continuidade interpessoal na atenção à saúde.

O aumento da idade esteve associado linearmente com a continuidade interpessoal na atenção à saúde, fato já identificado por estudos anteriores^{14,15}. Esse achado deve-se não apenas ao aparecimento de morbidades e maiores preocupações com a saúde²², mas também ao avançar da idade que impõe intervenções preventivas, curativas e de reabilitação. Já os jovens usualmente procuram serviços de saúde para tratamento de doenças, privilegiando atendimentos de fácil acesso.

A renda familiar também se mostrou diretamente associada à continuidade interpessoal na atenção à saúde, pois aqueles que possuem maiores rendas se vinculam a serviços que oferecem maiores facilidades de acesso e possibilidades de continuidade interpessoal na atenção à saúde²³. Indivíduos com menores rendas são mais suscetíveis à perda da continuidade interpessoal na atenção à saúde com variantes do sistema, como a mudança do local de atendimento ou mesmo o descredenciamento de convênios. Maiores rendas permitem que o indivíduo “opte” por modelos assistenciais que permitam consultar com quem desejam ou ainda pagar diretamente para ter continuidade interpessoal na atenção à saúde. Esse resultado é consistente com outros estudos, inclusive levando-se em conta outros indicadores de condição sócio-econômica como classe social¹⁴ e escolaridade.

A prevalência de consultas no último ano foi alta (73,2%), mas coincidente com estudos prévios que mostram uma superutilização de consultas médicas em Pelotas¹⁷. No Brasil, em 2003, 62,8% de todos os brasileiros consultaram um médico²¹. A associação entre continuidade interpessoal na atenção à saúde e consultar no último ano provavelmente indica que quem mais utiliza serviços de saúde tem mais chances de vincular-se a um determinado profissional, e também relata maior preocupação com a saúde. Contudo, essa associação pode estar afetada por causalidade reversa, uma vez que continuidade interpessoal na atenção à saúde pode ser preditor de utilização de serviços de saúde.

A forma de financiamento das consultas mostra um predomínio das consultas pelo SUS e por planos de saúde, em detrimento das consultas privadas. Em 2003, a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD 2003) mostrou que 24,6% da população estavam cobertas por planos de saúde. Esses percentuais mostram, ao mesmo tempo, uma migração da população para planos

de saúde e uma diminuição importante da remuneração privada²¹. A associação entre continuidade interpessoal na atenção à saúde e formas de pagamentos privadas e conveniadas, quando controlada para renda, mostra que os planos de saúde, em geral, oferecem maiores possibilidades de vínculo entre o médico e seus pacientes do que o sistema público.

Em geral, tanto os convênios como os atendimentos particulares oferecem a possibilidade de consultar e, quando necessário, internar com o mesmo médico, enquanto no sistema público esta possibilidade é remota. O sistema público inglês vincula seus pacientes com um determinado médico, mediante contratualização pessoal entre o médico e seu paciente^{24,25}. O sistema brasileiro estimula vínculos com os serviços de saúde, entretanto estudos prévios mostram a clara superioridade do vínculo com o médico quando comparado ao vínculo com um local, para consultas preventivas^{8,14}, acesso às consultas²⁶ e menor ocorrência da hospitalização³. A contratualização inglesa poderia justificar as altas prevalências de continuidade interpessoal na atenção à saúde em estudo de base populacional na Inglaterra¹⁵.

A prevalência de doença crônica de 30% foi semelhante à encontrada pela PNAD 2003 (29,9%) e também esteve associada à continuidade interpessoal na atenção à saúde, em função de uma maior valorização do vínculo com um médico cuidador por populações vulneráveis²⁷, já evidenciada em uma revisão prévia²⁸. A maior necessidade de cuidados com a doença, como por exemplo, fornecimento de receitas, mudanças no tratamento e realização de exames de rotina também justificariam tais achados. Essa associação pode também estar afetada pela causalidade reversa, pois aqueles que se vinculam a seus médicos têm maiores possibilidades diagnósticas.

Este estudo não encontrou associação significativa entre autopercepção ruim sobre a saúde e continuidade interpessoal na atenção à saúde. Esse achado não é consistente com Mendoza-Sassi & Beria¹⁴, em 2003, porém nesse estudo o recordatório de percepção de saúde incluiu apenas no último ano. Esse achado poderia indicar que a insatisfação com a saúde está relacionada à troca freqüente de médico.

A análise realizada apenas com aqueles que consultam em unidades básicas de saúde mostrou que as mulheres, o aumento da idade e consultar no último ano, assim como na avaliação de base populacional, tiveram mais continuidade interpessoal na atenção à saúde. A renda não esteve associada, provavelmente porque a população que consulta em unidades básicas de saúde

seja muito semelhante em relação às condições sócio-econômicas.

Aqueles que consultam em PSF tiveram mais chances de ter continuidade interpessoal na atenção à saúde quando comparados com aqueles que consultam em unidades tradicionais. Este estudo não caracterizou se o médico de referência é o profissional do programa de saúde da família, porém, é provável que isto ocorra na maioria das vezes. Nesse caso, a capacidade de estabelecer vínculos entre o médico e seus pacientes pode ser um importante marcador de qualidade na atenção à saúde associado ao PSF. Os efeitos dessa associação podem estar afetados pela transferência de oito médicos do PSF de local, ocorrida em setembro de 2005, dois meses antes da coleta dos dados. Essa iniciativa, símbolo da rotatividade dos médicos nas equipes, pode ter provocado um viés em direção à unidade e mostra a desvalorização da continuidade interpessoal na atenção à saúde por parte do gestor público.

Os resultados deste estudo mostram que a prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde é baixa quando comparada ao sistema privado de saúde, embora o sistema público tenha uma proposta de integralidade que inclua ações contínuas de saúde. Com a implantação do PSF, surgem novos conceitos, como a responsabilização e adscrição da equipe de saúde sobre uma parcela da população. Esses instrumentos parecem estar promovendo continuidade interpessoal na atenção à saúde, embora com resultados ainda inferiores à prática privada. Alguns estudos sobre o PSF em cidades médias e grandes têm mostrado dificuldades em sua implantação¹², enquanto outros, apontam que o PSF tem sido bem sucedido na promoção da equidade²⁹. Os achados de nosso estudo concordam com este último, e mostram que a responsabilização e vinculação dos pacientes estão ocorrendo.

A continuidade interpessoal na atenção à saúde é mais prevalente em alguns grupos populacionais que necessitam maior vínculo com seus médicos, como os idosos e aqueles com

doenças crônicas. No entanto, outros grupos vulneráveis, como aqueles de baixa renda e usuários do sistema público de saúde, tiveram menores prevalências, o que mostra importante iniquidade em saúde. Este estudo mostrou que o PSF está cumprindo um importante papel na responsabilização e vinculação dos pacientes a seus médicos, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido, mediante políticas que reduzam a rotatividade de profissionais e melhorem o acolhimento nas unidades básicas de saúde.

O sistema público brasileiro precisa estimular a continuidade interpessoal na atenção à saúde, mediante políticas públicas capazes de reduzir a desigualdade no acesso à saúde de qualidade, estimulando os pacientes a acessar o sistema por uma atenção primária e pelo serviço responsável pelo cuidado, a fim de garantir o vínculo e a responsabilização, principalmente em grupos populacionais menos privilegiados economicamente.

Embora a continuidade tenha sido objeto de pesquisas nas últimas décadas, nos últimos anos houve um esforço para redefinir e precisar sua conceituação e operacionalização. Futuros estudos que utilizem uma definição padronizada permitirão avaliar melhor a consistência dos achados acerca da continuidade interpessoal na atenção à saúde. É necessário também que futuros estudos ampliem a concepção de continuidade interpessoal na atenção à saúde, comparando os diferentes tipos de continuidade, de forma a avaliar se o modelo brasileiro que tem ênfase em uma equipe ampla tem desempenho adequado quando comparado ao vínculo apenas com o médico.

É necessário aprofundar o conhecimento sobre os determinantes da continuidade interpessoal na atenção à saúde, detalhando as características pessoais e profissionais dos médicos que são fundamentais no estabelecimento de responsabilização e vínculo com seus pacientes. No Brasil, há ainda a necessidade de estudos posteriores sobre o impacto da continuidade interpessoal na atenção à saúde sobre o processo saúde/doença, os hábitos de vida e o uso dos serviços de saúde.

Resumo

Estudar a prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde e seus determinantes. Foi realizado um estudo transversal de base populacional com 3.133 indivíduos com 20 anos ou mais da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. A análise multivariável foi realizada através de regressão de Poisson, tendo no primeiro nível variáveis sócio-econômicas e demográficas e no nível proximal, variáveis assistenciais e de necessidades em saúde. A prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde foi de 43,7% (IC95%: 42,0-45,5). Sexo feminino, idades avançadas, maior renda, consulta no último ano, relato de doença crônica e não consultarem no sistema público de saúde apresentaram maior continuidade interpessoal na atenção à saúde. Entre os que consultam em unidades básicas de saúde, sexo feminino, aumento da idade e o Programa Saúde da Família estiveram associadas com continuidade interpessoal na atenção à saúde. Alguns grupos vulneráveis, como aqueles de baixa renda e usuários do sistema público de saúde, apresentaram menores prevalências do desfecho.

Continuidade da Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Relações Médico-Paciente

Colaboradores

A. G. Fassa e V. M. V. Paniz orientaram a pesquisa, a análise dos dados e a redação do artigo. L. A. Rosa Filho fez a análise dos dados, revisou a literatura e redigiu o artigo.

Referências

1. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; 1:134-43.
2. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Fam Med* 1990; 22:361-4.
3. Mainous 3rd AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health* 1998; 88:1539-41.
4. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA* 1984; 252:2413-7.
5. Gill JM, Mainous 3rd AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7:352-7.
6. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001; 107:524-9.
7. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005; 3:159-66.
8. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference? *Med Care* 1999; 37:547-55.
9. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:595-600.

10. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Larme AC. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2002; 40:137-44.
11. Brasil. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
12. Escorel S, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327:1219-21.
14. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1257-66.
15. Doescher MP, Saver BG, Fiscella K, Franks P. Preventive care. *J Gen Intern Med* 2004; 19:632-7.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Nacional Brasileira de Pesquisa; 2002.
17. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:360-9.
18. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:436-43.
19. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:280-5.
20. Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38:1112-4.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
22. Menec VH, Roos NP, Black C, Bogdanovic B. Characteristics of patients with a regular source of care. *Can J Public Health* 2001; 92:299-303.
23. Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does continuity of care matter in a universally insured population? *Health Serv Res* 2005; 40:389-400.
27. Guthrie B. Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract* 2002; 19:496-9.
28. Mainous 3rd 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 the United Kingdom. *Fam Med* 2001; 33:22-7.
29. Lambrew JM, DeFrieze GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996; 34:138-51.
30. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1:149-55.
31. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006; 19:390-7.
32. Facchini LP, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.

Recebido em 04/Dez/2006

Versão final reapresentada em 31/Jul/2007

Aprovado em 05/Set/2007