

Longitudinalidade do cuidado e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde em pacientes com condições crônicas

Association between Continuity of Patient Care and resoluteness of Primary Health Care in patients with chronic diseases

Nathália Tomie Marques Arimizu, Camila Nascimento Monteiro, Ana Carolina Cintra Nunes Mafra

Autoria

Metadados

RESUMO

Introdução: Pode-se questionar se a longitudinalidade do cuidado está relacionada à resolutividade no controle das condições crônicas, visto que esse atributo está associado à relação do profissional de saúde com o paciente ao longo do tempo, assim como a necessidade de cuidado que as doenças crônicas demandam. **Objetivos:** Analisar a associação entre a longitudinalidade e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Estudo desenvolvido em 13 Unidades Básicas de Saúde. Os participantes foram usuários com mais de 17 anos de idade e com, pelo menos, uma doença crônica. O PCATool foi usado para mensurar a longitudinalidade. Também foi calculada a taxa de encaminhamento para serviço especializado, como apoio ao cálculo da resolutividade. Dados clínicos de hipertensos e diabéticos foram usados para avaliar a qualidade dos serviços. **Resultados:** A longitudinalidade do cuidado apresentou um escore elevado ($6,74 \pm 2,07$). Não houve associação estatística entre a longitudinalidade e o encaminhamento para serviço especializado, nem entre as medidas clínicas e o encaminhamento de pacientes. **Conclusão:** Não é possível afirmar que a longitudinalidade do cuidado está diretamente associada à resolutividade da APS.

PALAVRAS-CHAVE: Longitudinalidade. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde. Estudo observacional.

ABSTRACT

Introduction: It can be questioned whether the continuity of patient care interferes with the resoluteness of the control of chronic diseases, since this attribute is associated with the relationship between the health professional and the patient over time, as well as the need for care that chronic diseases demand. **Objectives:** Verification of association between the continuity of care and Primary Health Care (PHC) resoluteness. **Methods:** Study developed in 13 Basic Health Units. Participants were users over 17 years of age with, at least one, chronic disease. PCATool was used to measure the continuity of care and the rate of referrals to specialized service, which was used to measure resoluteness. Clinical data from hypertensive and diabetic patients were used to assess the quality of services. **Results:** Continuity of care presented a high score (6.74 ± 2.07). There was no statistical association between the continuity of care and referral to a specialized service nor between the clinical measures and the referral of patients. **Conclusion:** It is not possible to state that the continuity of care is directly associated with the resolution of PHC.

KEYWORDS: Continuity of Patient Care. Family Practice. Primary Health Care. Observational study.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é orientada por seus atributos, os quais são usados para avaliar sua qualidade.¹ Os atributos essenciais são: atenção ao primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade.² A longitudinalidade está atrelada a uma fonte regular de cuidado. Esse atributo implica no desenvolvimento de um conhecimento mais profundo do profissional de saúde sobre o paciente, acarretando no tratamento do indivíduo como uma pessoa completa.³

A resolutividade da APS, por sua vez, configura-se como sua capacidade de identificar problemas locais de saúde, ofertar medidas específicas para esses e saná-los.⁴

Dentre os problemas de saúde manejados pela APS, as doenças crônicas são enfermidades com curso prolongado e necessidade de cuidado médico contínuo.⁵⁻⁶ Essas apresentam alta mortalidade, correspondendo a 72,7% dos óbitos no Brasil em 2011.⁷ Além disso, acarretam prejuízos econômicos, estando as mortes causadas por doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e diabetes associadas à perda de 9.3 bilhões de dólares de renda no Brasil em 2015.⁸ Essas também estão associadas a limitações que prejudicam a qualidade de vida – correspondendo a 66% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY).⁹

Considerando a importância da APS para o funcionamento do SUS e o impacto das doenças crônicas, torna-se necessário avaliar o quão resolutivo esse modelo de atenção à saúde é ao manejar essas enfermidades.

Nesse âmbito, uma vez que a APS é guiada por seus atributos, pode-se questionar se a longitudinalidade do cuidado interfere na resolutividade das doenças crônicas, visto que está associada à relação do profissional de saúde com o paciente ao longo do tempo, assim como a necessidade de cuidado que as doenças crônicas demandam.

Portanto, esse estudo objetivou mensurar a longitudinalidade do cuidado de acordo com a percepção dos usuários com condições crônicas por meio do *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*¹⁰, analisar a resolutividade da APS em relação a esses pacientes, incluindo a análise de parâmetros clínicos de pacientes hipertensos e diabéticos, e verificar a existência de associação entre essas variáveis.

MÉTODOS

Desenho, local e período de estudo

Esta pesquisa – um estudo observacional, transversal e quantitativo – foi desenvolvida

em 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Zona Sul de São Paulo, as quais tiveram o programa de Estratégia Saúde da Família (ESF) implementado sob uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Essas UBS foram selecionadas para participação no Projeto Regulação em Saúde: fatores relacionados à resolutividade da Atenção Básica, do qual se originou esse estudo, sendo a coleta de dados realizada entre Janeiro de 2020 e Dezembro de 2021.

Amostra

A população do estudo foi derivada da amostra alcançada no Projeto Regulação em Saúde: fatores relacionados à resolutividade da Atenção Básica – no qual, partir das UBS participantes, obteve-se o total de 87 equipes de ESF, das quais, objetivou-se analisar o número fixo de 7 participantes adultos por equipe. Esse processo de seleção visou evitar que os resultados fossem enviesados por diferenças entre as equipes, procurando-se obter uma amostra com maior variabilidade e reduzir a probabilidade de um viés de amostragem.

A partir da amostra obtida no projeto de origem, foram incluídos, neste estudo, participantes com idade acima de 17 anos, alfabetizados, com condições de serem entrevistados e com, pelo menos, uma das seguintes doenças crônicas: hipertensão, insuficiência cardíaca, doença coronariana, diabetes mellitus, enfisema, asma, bronquite, artrose, osteoporose e dor.

Hipertensão, insuficiência cardíaca, doença coronariana, diabetes mellitus, asma, enfisema e bronquite foram selecionadas por serem condições consideradas sensíveis à atenção primária.¹¹

Artrose, osteoporose e dor crônica foram selecionadas devido ao fato de que algumas UBS realizam um manejo multidisciplinar dessas condições por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e têm sua avaliação necessária devido ao seu possível impacto sobre a resolutividade da APS.

Obtenção de dados

Os dados foram coletados em entrevistas em sala de espera e de sistemas de acompanhamento de pacientes crônicos das UBS participantes.

Um formulário de identificação do perfil sociodemográfico e de morbidade foi utilizado para detectar pacientes com as doenças selecionadas.

O PCATool adulto versão extensa foi utilizado para medir os atributos da APS sob a percepção dos usuários, com foco no item de avaliação da longitudinalidade. Através de

respostas dos usuários a perguntas específicas, essa ferramenta calcula uma pontuação para cada atributo, um escore geral – que avalia a presença de todos os atributos em conjunto – e um escore essencial, que avalia a presença dos atributos essenciais. O PCATool classifica escores maiores de 6,6 como altos, indicando elevada presença dos atributos da APS, e escore menores do que 6,6 como baixos, relacionados a uma baixa participação desses atributos nos serviços. Os itens específicos que compõem o atributo longitudinalidade estão descritos no material suplementar (Tabela 1).

Tabela 1 – Respostas aos itens do atributo longitudinalidade, do PCATool¹. São Paulo – Brasil. 2023
(Continua)

Perguntas	Com certeza não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Com certeza sim	Não sei / Não lembro
D1. Quando você vai ao “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?	48	25	33	122	5
D2. Você acha que o(a) “médico(a)/ enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?	5	8	31	184	3
D3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde às suas perguntas de maneira que você entenda?	5	5	16	204	2
D4. Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: Whatsapp, Telegram, Wechat, Skype, Hangout, <i>e-mail</i>) para falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece você?	125	11	12	32	49
D5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?	22	9	14	183	2
D6. Você se sente à vontade contando suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/ enfermeiro(a)”?	14	10	11	195	1
D7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	68	27	19	99	16
D8. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quem mora com você?	58	13	21	119	15

Perguntas	(Conclusão)				
	Com certeza não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Com certeza sim	Não sei / Não lembro
D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e sua família?	74	24	22	83	25
D10. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece sua história clínica (história médica) completa?	46	18	36	120	7
D11. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre seu trabalho ou emprego?	93	13	10	94	17
D12. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos de que você precisa?	63	23	31	95	8
D13. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	18	10	19	175	3
D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?	127	19	10	68	4

¹Primary Care Assessment Tool

Fonte: elaborada pelas autoras

Essa ferramenta também identificou a taxa de encaminhamento dos usuários para serviços especializados ao longo de 1 ano – especificando o tipo de serviço – a qual foi usada como parâmetro de resolatividade da APS, sendo a APS considerada resolutiva ao não encaminhar pacientes para serviços especializados, conseguindo atender às demandas desses nas próprias UBS. No entanto, é necessário reforçar que algumas das condições estudadas podem demandar maior cuidado especializado para o tratamento eficiente de pacientes, o que influencia diretamente na resolatividade dos serviços e que foi debatido em maiores detalhes na discussão.

Dados de condições clínicas do sistema de acompanhamento de pacientes crônicos das UBS foram utilizados para averiguar o controle da hemoglobina glicada (HbA1c) em diabéticos, o controle da pressão arterial (PA) de hipertensos e o risco cardiovascular (RCV) desses, sendo empregados para avaliação de parâmetros clínicos. Em relação aos pacientes hipertensos, considerou-se controlados pacientes com PA menor que 130x80 mmHg, uma vez que não foi possível obter dados sobre o estágio de hipertensão de cada participante e seu RCV de forma individual, utilizando-se, assim, a meta mais estrita de controle, segundo as Diretrizes Brasileiras

de HAS 2020.¹² Os pacientes diabéticos, por sua vez, foram considerados com doença controlada quando apresentavam HbA1c menor que 7,5%, meta orientada pela Diretriz Brasileira de Diabetes de 2022 para idosos saudáveis.¹³

Com o objetivo de evitar um possível viés de aferição, a equipe responsável pela coleta de dados recebeu um treinamento prático para abordagem de participantes e uso das ferramentas.

Análise estatística

A descrição de dados qualitativos foi realizada por meio de frequências absoluta e relativa, enquanto os dados quantitativos foram descritos por meio de média, desvio-padrão, mediana e demais quartis. Todos os dados coletados foram usados no estudo. Dessa forma, resultados quantitativos também são descritos em valores absolutos, de modo a considerar dados faltantes.

A associação entre as medidas de longitudinalidade e os indicadores de resolutividade foi analisada através de subgrupos de pacientes encaminhados ou não encaminhados para serviço especializado, sendo utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. O Teste de Fisher foi usado para avaliar os parâmetros clínicos de pacientes diabéticos e hipertensos nesses subgrupos, e o Teste Jonckheere-Terpstra foi usado para analisar a presença de tendências de medianas entre os atributos da APS e os estágios de RCV. Foi adotado o nível de significância de 5%. O *software* utilizado para análise estatística foi o R versão 3.4.1.

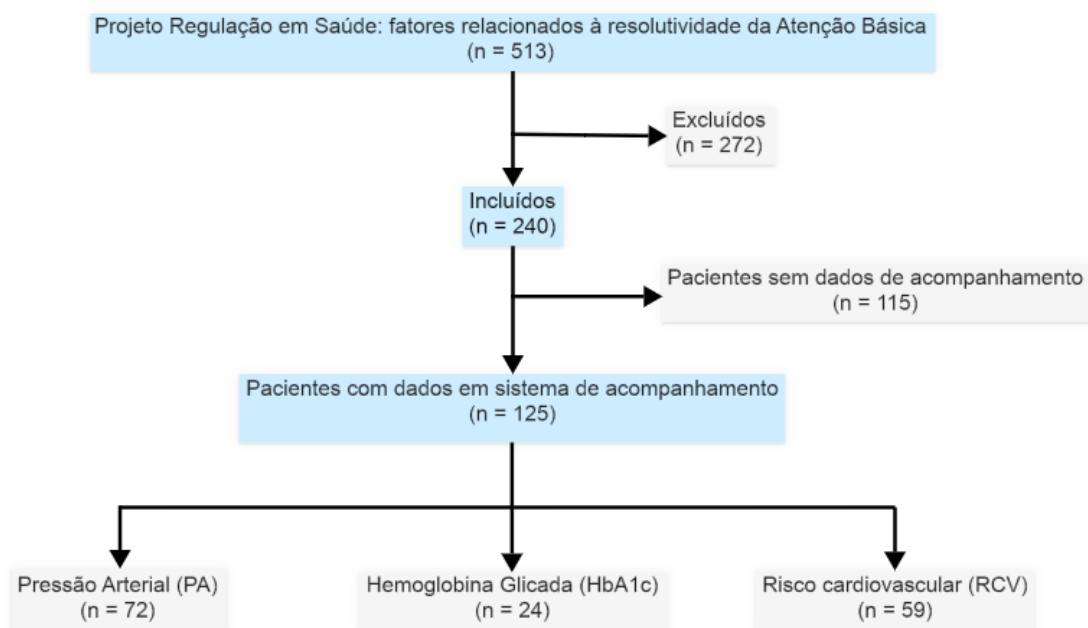
Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein-SP (parecer n.º 3.212.241; CAAE n.º 06807019.2.0000.0071). A pesquisa foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

RESULTADOS

Participantes

Foram coletados dados de 513 pacientes para o *Projeto Regulação em saúde: fatores relacionados à resolutividade da Atenção Básica*. Desses, 240 preencheram critérios de inclusão para a participação em nosso estudo. Dentre os participantes de nosso estudo, 125 apresentaram dados em sistema de acompanhamento de pacientes crônicos das UBS.

Figura 1 – Fluxograma: participantes, São Paulo – Brasil, 2023

Fonte: elaborada pelas autoras

Características sociodemográficas

A amostra estudada foi composta majoritariamente por mulheres (N=183, 77%), pardos (N=117, 49%) e pessoas com idade entre 41 e 70 anos (N=167, 69,8%). Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes completou o ensino médio (N=91, 38%) ou o ensino fundamental (N=92, 39%). Foi constatada uma prevalência de desemprego elevada (N=73, 31%) e dependência de aposentadoria (N=61, 26%) e outros benefícios sociais (N=67, 28%). Além disso, a maioria dos indivíduos se encontrava dependente exclusivamente do Sistema Único de Saúde para seu cuidado (N=211, 91%).

Perfil de doenças e encaminhamento para serviço especializado

As doenças crônicas mais prevalentes foram: hipertensão (N=156, 65%), diabetes mellitus (N=76, 32%), asma (N=30, 12,6%), bronquite (N=31, 13%), artrose (N=34, 14%) e dor crônica (N=29, 12%). Osteoporose, insuficiência cardíaca, doença coronariana e enfisema apresentaram prevalências abaixo de 10%. Dentre os pacientes entrevistados, 93 (35%) foram encaminhados para serviços especializados, resultando em 111 encaminhamentos. Os profissionais da APS que mais realizaram encaminhamentos foram os médicos (N=91, 81,9%).

As especialidades mais procuradas foram a cardiologia (N=21, 18,5%), a ortopedia (N=21, 18,5%) e a oftalmologia (N=18, 15,9%). Entre os hipertensos, 12% foi encaminhado à cardiologia,

2,56%, à oftalmologia e 0,64%, à cirurgia vascular. Por outro lado, 40% e 33,3% dos pacientes com insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana, respectivamente, passaram por consulta com serviços especializados em cardiologia. Em relação aos pacientes diabéticos, 10,5% foi encaminhado à cardiologia, 6,57%, à endocrinologia, 5,46%, à oftalmologia e 1,31%, à nefrologia. Uma taxa considerável de pacientes com artrose foi encaminhada à ortopedia (17,6%). O mesmo aconteceu com pacientes com osteoporose, uma vez que 18,75% deles também foi enviado para ortopedista. Por outro lado, somente 10,3% dos pacientes com dor crônica passou por essa especialidade. Os pacientes com asma apresentaram taxas de encaminhamento para pneumologia e alergologia/imunologia iguais a 3,33%. A taxa de encaminhamento de pacientes com enfisema para a pneumologia foi igual a 100% (Tabela 2).

Tabela 2 – Referenciamentos, por condição crônica, São Paulo – Brasil, 2023

Condições crônicas	Taxa de encaminhamento por especialidade
Hipertensão (N=156)	
Cardiologia	19 (12,1%)
Oftalmologia	4 (2,56%)
Cirurgia vascular	1 (0,64%)
Insuficiência cardíaca (N=10)	
Cardiologia	4 (40%)
Doença coronariana (N=9)	
Cardiologia	3 (33,3%)
Diabetes (N=76)	
Endocrinologia	5 (6,57%)
Cardiologia	8 (10,5%)
Nefrologia	1 (1,31%)
Oftalmologia	4 (5,46%)
Artrose (N=34)	
Ortopedia	6 (17,6%)
Osteoporose (N=16)	
Ortopedia	3 (18,7%)
Dor crônica (N=29)	
Ortopedia	3 (10,3%)
Asma (N=30)	
Pneumologia	1 (3,3%)
Alergologia/Imunologia	1 (3,3%)
Enfisema (N=1)	
Pneumologia	1 (100%)

Fonte: elaborada pelas autoras

Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde através do PCATool

O atributo mais bem avaliado pelos pacientes foi acessibilidade - utilização ($8,61 \pm 2,14$). A longitudinalidade também apresentou um escore considerado alto ($6,74 \pm 2,07$). O atributo mais mal avaliado foi acesso - acessibilidade ($3,73 \pm 1,76$). Os escores geral e essencial apresentaram uma pontuação considerada baixa ($6,21 \pm 1,52$ e $6,39 \pm 1,43$, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 – Escores PCATool¹, São Paulo, Brasil. 2023***

Atributos da APS ²	Média \pm DP	Mediana	1ºQ - 3ºQ	N
Grau de afiliação	7,01 \pm 3,54	6,67	3,33 - 10,00	237
Acesso - utilização	8,61 \pm 2,14	10,00	7,78 - 10,00	236
Acesso - acessibilidade	3,73 \pm 1,76	4,05	2,50 - 5,28	233
Longitudinalidade	6,74 \pm 2,07	6,90	5,48 - 8,46	230
Coordenação - integração de cuidados	6,86 \pm 2,64	7,08	5,00 - 9,17	117
Coordenação - sistema de informações	8,44 \pm 2,13	10,00	6,67 - 10,00	223
Integralidade - serviços disponíveis	6,00 \pm 1,41	5,98	5,19 - 6,82	175
Integralidade - serviços prestados	3,77 \pm 2,20	3,59	2,00 - 5,13	204
Orientação familiar	5,12 \pm 3,74	5,56	3,33 - 7,78	218
Orientação comunitária	5,83 \pm 2,36	6,06	4,44 - 7,78	217
Escore geral	6,21 \pm 1,52	6,39	5,11 - 7,47	225
Escore essencial	6,39 \pm 1,43	6,64	5,34 - 7,46	229

¹Primary Care Assessment Tool; ²Atenção Primária à Saúde; DP: desvio padrão. Q=quartil

Fonte: elaborada pelas autoras

Associação entre escores do PCATool e encaminhamento para serviço especializado

A diferença entre a distribuição dos escores entre pacientes encaminhados e não encaminhados foi estatisticamente significativa somente nos atributos grau de afiliação (p-valor = 0,011) e integralidade - serviços prestados (p-valor = 0,015) e nos escores geral (p-valor = 0,042) e essencial (p-valor = 0,007). (Tabela 4).

Tabela 4 – Mediana de escores do PCATool¹ e p-valor, São Paulo, Brasil. 2023

Atributos da APS ²	Encaminhado	Não encaminhado	p - valor	N
Grau de afiliação	10,00	6,67	0,001	224
Acesso - utilização	10,00	10,0	0,085	224
Acesso - acessibilidade	4,17	4,17	0,659	222
Longitudinalidade	7,14	6,91	0,292	223
Coordenação - integração de cuidados	7,08	5,00	0,391	116
Coordenação - sistema de informações	10,00	8,40	0,719	217
Integralidade - serviços disponíveis	6,14	5,91	0,331	170
Integralidade - serviços prestados	3,61	3,08	0,015	198
Orientação familiar	5,00	6,67	0,307	212
Orientação comunitária	6,11	5,56	0,291	211
Escore geral	6,68	5,87	0,042	220
Escore essencial	6,84	6,39	0,007	223

¹Primary Care Assessment Tool; ²Atenção Primária à Saúde; P-valores para testes de Wilcoxon

Fonte: elaborada pelas autoras

Associação entre controle de pressão arterial (PA) e hemoglobina glicada (HbA1c) e encaminhamento para serviço especializado

Dentre os pacientes hipertensos e diabéticos, 72 apresentavam medidas de pressão arterial e 24, medidas de hemoglobina glicada no sistema de acompanhamento.

Dentre os pacientes hipertensos, somente 16% apresentaram PA menor do que 130x80 mmHg e não houve diferença considerada estatisticamente significativa entre pacientes encaminhados e não encaminhados a um serviço especializado ao se realizar o Teste de Fisher (Tabela 5).

Dentre os diabéticos, 58,3% apresentaram HbA1c menor que 7,5%. Também, não houve diferença considerada estatisticamente significativa entre os grupos analisados (Tabela 5).

Associação entre risco cardiovascular (RCV) e encaminhamento para serviço especializado

Dentre os pacientes estudados, 59 apresentavam classificação RCV em sistema de acompanhamento de pacientes crônicos. Desses, 62% apresentavam RCV alto, 10%, RCV

moderado e 27%, RCV baixo. Sem diferença estatística entre grupos (Tabela 5).

Tabela 5 – Parâmetros clínicos, São Paulo, Brasil. 2023

Pressão arterial		
	Controlado	Não controlado
Não encaminhado	3 (12%)	22 (88%)
Encaminhado	9 (19%)	38 (81%)
p-valor	0,524	
Odds ratio	0,58 [0,09–2,66]	
HbA1c ¹		
	Controlado	Não controlado
Não encaminhado	6 (75%)	2 (25%)
Encaminhado	8 (50%)	8 (50%)
p-valor	0,388	
Odds ratio	2,87[0,36–37,56]	
RCV ²		
	Não encaminhado	Encaminhado
Alto	14 (37,8%)	23 (62,2%)
Médio	2 (33%)	4 (66%)
Baixo	5 (31,2%)	11 (68,7%)
p-valor	0,918	

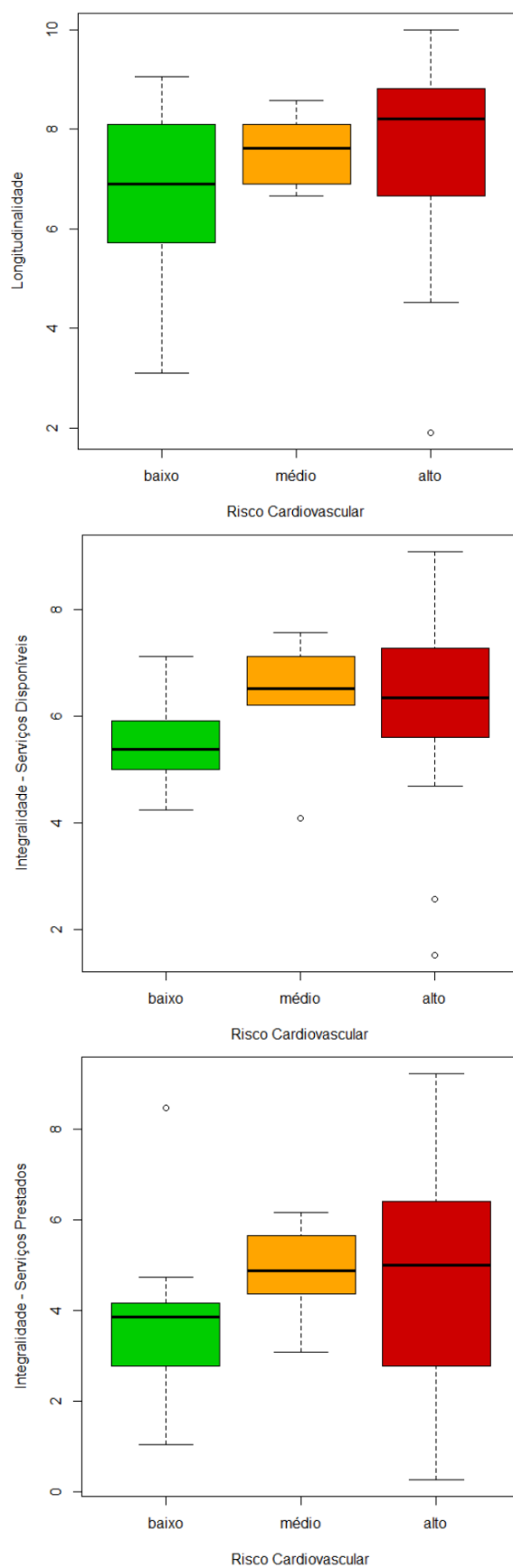
¹ Hemoglobina glicada; ² Risco cardiovascular; P-valores para testes exatos de Fisher

Fonte: elaborada pelas autoras

Associação entre escores do PCATool e RCV

No teste de tendência de medianas foi observada associação positiva significativa entre as medianas dos atributos longitudinalidade (p-valor = 0,011), integralidade - serviços disponíveis (p-valor = 0,011) e integralidade - serviços prestados (p-valor = 0,043) e a classificação de RCV. Não foi observado o mesmo com os outros atributos da APS (Figura 2).

Figura 2 – Gráficos de tendência de medianas dos atributos longitudinalidade, integralidade – serviços disponíveis e integralidade – serviços prestados, São Paulo, Brasil. 2023



Fonte: elaborada pelas autoras

DISCUSSÃO

Os achados sociodemográficos desse estudo são compatíveis com o perfil de usuários da APS elucidado pela pesquisa *Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil*.¹⁴ Nessa, sexo, cor de pele, escolaridade, recebimento de benefícios governamentais e acesso a plano de saúde privado apresentaram prevalências semelhantes às encontradas por nosso estudo. É possível, nesse contexto, inferir que o perfil de pacientes com doenças crônicas que acompanhados nas unidades de APS avaliadas, ao se considerar as características em questão, é condizente com o perfil do usuário médio desse serviço no país. Observou-se uma taxa de desemprego mais alta na amostra do que a aferida pela *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua* no período da coleta de dados (11,1%–12.4%), sugerindo uma maior vulnerabilidade econômica da população estudada em relação à população brasileira geral, possivelmente, relacionada a fatores socioeconômicos regionais do local de desenvolvimento desse estudo.¹⁵

Hipertensão arterial e diabetes mellitus foram as doenças mais frequentes, apresentando prevalências comparativamente elevadas às divulgadas pelo relatório de *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 20062–020*, o qual apontou prevalências de hipertensão e diabetes de, respectivamente, 25,2% e 8,2% em 2020.¹⁶ Esse achado pode estar associado à maior exposição dos usuários estudados a fatores de risco para o surgimento dessas condições, como: etnia, gênero, idade avançada, sedentarismo, obesidade/sobrepeso, consumo de sódio e álcool, tabagismo, apneia obstrutiva do sono, menor escolaridade e baixa renda familiar.^{12,17} Deve-se dar destaque à alta prevalência de pessoas idosas e socialmente vulneráveis no estudo como fatores de risco associados às maiores prevalências das doenças em questão, não sendo possível afastar a presença de outros fatores de risco.

Observou-se menor necessidade de cuidado especializado de pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma. A hipertensão e o diabetes, são condições associadas à alta morbimortalidade devido a suas complicações sistêmicas, as quais podem ser indicações de acompanhamento especializado¹⁷⁻¹⁹. A asma, por sua vez, é uma doença associada a exacerbações e pode estar relacionada a casos de difícil controle, os quais também podem necessitar de acompanhamento da pneumologia e da alergologia/imunologia.¹⁸ O resultado encontrado no estudo corrobora com a hipótese de que a APS vem sendo capaz de oferecer o cuidado necessário para controlar e evitar complicações dessas condições, com pouca necessidade de apoio de serviços especializados, mostrando-se resolutive. É necessário pontuar, entretanto, que a resolutividade da APS, em alguns casos, pode estar relacionada ao apoio de serviços especializados, visando ao cuidado integral. Esse é o caso dos pacientes

diabéticos, no qual foi notada uma defasagem de encaminhamento para serviços de oftalmologia, uma vez que é recomendado que todo diabético realize o exame de fundoscopia sob midríase anualmente para prevenção de danos oculares – evidenciando um ponto com necessidade de melhora por parte das equipes de ESF avaliadas.¹³ Pode-se discutir se o período de pandemia da Covid-19, no qual o estudo foi desenvolvido, influenciou o perfil de encaminhamento desses doentes, levando à uma taxa de referenciamento inferior à, possivelmente, observada em cenários de normalidade e alterou a avaliação da resolutividade. Todavia, no ano de 2019 – período anterior à pandemia – foi observada menor taxa de encaminhamento a serviço especializado em UBS incluídas nesse estudo, o que será discutido adiante no artigo.

Percebeu-se que a utilização de serviços de Ortopedia foi significativa entre pacientes com artrose e osteoporose. Nesse contexto, seria importante avaliar os critérios de referenciamento utilizados para determinar sua resolutividade, visto que o encaminhamento desses pacientes somente deve ser realizado em casos de falha no tratamento clínico inicial e quando há redução da qualidade de vida, sendo possível questionar se o cuidado ofertado pelas equipes a esses pacientes vem sendo resolutivo.¹⁸

Por outro lado, uma pequena parcela dos pacientes que referiram dor foi encaminhada para especialistas. Além do papel desempenhado por médicos, é possível supor que as ações realizadas pelo NASF, sobretudo por profissionais de educação física, podem ter sido componentes importantes nesses casos, uma vez que é sabido que a atividade física apresenta impacto na redução da dor crônica.⁽²⁰⁾ Além disso, a pesquisa *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil* demonstrou que práticas corporais e atividades físicas foram proporcionalmente mais realizadas em estados da região Sudeste do país – região de desenvolvimento do nosso estudo – o que corrobora com a hipótese de que o controle da dor crônica está possivelmente associado à atuação dos profissionais em questão.²¹

O encaminhamento de pacientes com insuficiência cardíaca, doença coronariana e enfisema para a cardiologia e a pneumologia, por sua vez, foi alto. Uma vez que tais condições estão associadas à significativa morbimortalidade e apresentam múltiplos critérios de referenciamento, é razoável que o acompanhamento de um especialista seja necessário para cuidado adequado, o que poderia estar associado a uma resolutividade condizente dos serviços de APS estudados, porém, faltam dados para confirmar essa hipótese.^{18, 22}

A longitudinalidade foi bem avaliada pelos participantes do estudo, apresentando uma mediana de escore alta, entretanto, próxima do ponto de corte do PCATool. Esse resultado converge com outra pesquisa que avaliou esse atributo por meio do PCATool no interior do estado de São Paulo, na qual obteve-se um escore de $7,90 \pm 1,55$. Foram realizados estudos em

outros estados brasileiros com a mesma ferramenta, nos quais observou-se uma pior avaliação do atributo.²³ Em Belo Horizonte, a média da Longitudinalidade no PCATool versão reduzida foi de 5,87 (IC 95%: 5,66–6,08).²⁴ No Rio Grande do Sul, por sua vez, observou-se uma média de escore baixa (6,4; IC95%: 6,3–6,5), mas também próxima do ponto de corte estabelecido.²⁵ Nesse contexto, percebe-se que a Longitudinalidade do cuidado se faz, de forma geral, presente nas UBS desse estudo. Pode-se questionar se há uma uniformidade na presença desse atributo em serviços da ESF no estado de São Paulo, vide os resultados obtidos em cidades do interior. Por outro lado, é difícil estimar a presença desse atributo em equipes de ESF de todo o país, uma vez que não foram realizados estudos com amostra nacional avaliando esse atributo isoladamente por meio do PCATool.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre pacientes encaminhados e não encaminhados para serviço especializado em relação à sua percepção da longitudinalidade. É possível que fatores funcionais das equipes de ESF e outros indicadores clínicos de resolutividade, que não foram avaliados neste estudo, estejam mais associados a esse atributo do que às taxas de encaminhamento a especialistas. Dessa forma, há a necessidade de novas pesquisas para melhor investigar essa possível associação.

Embora o foco desse estudo seja a longitudinalidade do cuidado, consideramos importante avaliar de forma conjunta os atributos da APS. Nesse contexto, observa-se a necessidade de buscar estratégias para melhorar a presença desses atributos como um todo nas UBS avaliadas, uma vez que os escores geral e essencial foram considerados baixos. Por outro lado, observou-se que pacientes encaminhados apresentaram melhor avaliação dos atributos grau de afiliação e integralidade – serviços prestados e melhores escores geral e essencial que pacientes não encaminhados. Uma hipótese plausível para esses achados é a de que pacientes que apresentam doenças crônicas mais graves precisam de mais tratamentos especializados e utilizam os serviços de saúde com maior frequência, tendo assim, maior possibilidade de estar em contato com os atributos da APS.

Os controles de PA e HbA1c não apresentaram diferença estatisticamente significativa por grupos. Entretanto, foi possível observar que a maioria dos pacientes hipertensos apresentou controle de PA inadequado, indicando uma carência em relação ao acompanhamento e otimização do tratamento desses usuários por parte das equipes de ESF avaliadas. Os pacientes diabéticos analisados, por sua vez, apresentaram valores de hemoglobina glicada dentro dos parâmetros estabelecidos pelo estudo, o que aponta um melhor cuidado por parte dessas equipes.

A maioria dos usuários com dados em sistema de acompanhamento de pacientes crônicos apresentava risco cardiovascular elevado. Isso era esperado, uma vez que a maioria desses participantes apresenta hipertensão e/ou diabetes, doenças associadas ao aumento do

RCV.²⁰ Não houve diferença estatisticamente significativa entre grupos. Houve associação positiva entre as medianas de longitudinalidade e de integralidade – serviços disponíveis e o RCV. Esse achado provavelmente se deve ao fato de que pacientes com RCV elevado precisam de acompanhamento frequente e de mais recursos, o que leva à maior contato com os profissionais de saúde e uso dos serviços, levando a uma melhor percepção desses atributos.

Deve ser ressaltado que o período de coleta de dados do estudo coincidiu com a pandemia da COVID-19, na qual a APS, como porta de entrada do SUS, precisou se reorganizar para conseguir atender às demandas oriundas dessa enfermidade, realizando triagem, diagnóstico, manejo e coordenação de casos, quando necessário, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.²⁶ Essa mudança no funcionamento da APS, bem como o medo da doença por parte dos pacientes, impactaram negativamente o acompanhamento de usuários, sendo observada uma redução significativa no número de consultas e visitas domiciliares realizadas no ano de 2020, em comparação com anos anteriores.²⁷ Tal cenário pode ter interferido nos resultados obtidos em nosso estudo por, possivelmente, alterar o perfil de pacientes que comumente frequentam o serviço de saúde e sua percepção longitudinalidade, influenciar no número e indicações de encaminhamentos para serviço especializado e prejudicar o acompanhamento de doentes crônicos, levando a alterações nos parâmetros clínicos analisados. De qualquer modo, dados históricos dos serviços de saúde estudados apontam que a taxa de encaminhamento a médicos especialistas esteve em 10,4% em 2019 (antes da pandemia) e em 12,3% em 2021, período da coleta dos dados deste estudo.

As principais limitações de execução do estudo foram a obtenção de uma amostra de uma região específica da cidade de São Paulo, reduzindo a generalização de resultados, e a coleta de dados ocorrendo no período de pandemia da Covid-19, influenciando o funcionamento habitual da APS e, conseqüentemente, os resultados obtidos. As principais limitações relacionadas à análise foram: a obtenção de dados sobre o perfil de morbidade baseada no diagnóstico autorreferido; a ausência de dados sobre critérios de encaminhamento para especialista, o que limitou a avaliação da resolutividade da APS; poucos dados em sistema de acompanhamento de pacientes crônicos, o que diminuiu o poder estatístico nos testes realizados; e a ausência de dados sobre estágios de hipertensão de pacientes, o que tornou a análise de controle de PA menos precisa.

CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou que a Longitudinalidade no cuidado é bem percebida por usuários de serviços de APS da cidade de São Paulo. O estudo permitiu, ainda, avaliar a resolutividade desses serviços, demonstrando quais enfermidades crônicas conseguem ser bem

manejadas nas UBS e quais precisam de suporte especializado. Não foi encontrada, entretanto, associação estatística entre as variáveis de longitudinalidade e de resolutividade. Além disso, constatou-se a necessidade de melhora do acompanhamento clínico de pacientes hipertensos nos serviços de APS, mesmo com a baixa necessidade de cuidado especializado desses, visto que parte significativa de dados clínicos de controle se encontrava fora dos níveis desejáveis.

As maiores limitações deste estudo foram a restrição da avaliação da resolutividade por meio da taxa de encaminhamentos, bem como a ausência de informações sobre critérios de referenciamento para especialistas e a disponibilidade de poucas medidas clínicas para análise. A condução do estudo durante a pandemia de Covid-19 também pode ter afetado os resultados obtidos.

São necessários novos trabalhos para aprofundar a análise da longitudinalidade do cuidado ao incluir outros parâmetros clínicos de acompanhamento no estudo, a fim de avaliar o impacto desse atributo de forma mais fidedigna sobre a resolutividade da APS, além do uso de encaminhamentos para serviço especializado como medida de resolutividade, visto suas limitações. Sugere-se o uso de amostras maiores, de preferência distribuídas ao longo do território nacional, objetivando melhor entender como é a aplicação da longitudinalidade e dos atributos da APS em todo o país, podendo direcionar locais com maior necessidade de melhorias e orientar políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz [Internet]. 2018 [acesso em 2023 set. 6]. 765 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
2. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras de Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2023 set. 6];66(spe):158–64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1o ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde [Internet]; 2002 [acesso em 2023 set. 6]. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
4. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Indicadores do PMAQ: resolutividade. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2020 [acesso em 2023 set. 6]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2464>
5. World Health Organization. Non communicable diseases. WHO [Internet] 2023 [acesso em 2023 set. 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
6. Centers for Disease Control and Prevention. About Chronic Diseases. CDC [Internet]. 2023 [acesso em 2023 set. 6] Disponível em: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
7. Malta DC, Moura LD, Prado RRD, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por

- doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 2023 set. 6];23(4):599–608. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>
8. Abegunde D, Stanciole A. An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable disease in selected countries [Internet]. World Health Organization [Internet]. 2006 [acesso em 2023 set. 6]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/253888397_An_estimation_of_the_economic_impact_of_chronic_noncommunicable_disease_in_selected_countries
 9. Schmidt MI, Duncan BB, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 2023 set. 6];4(spe):61–73. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
 10. Ministério da Saúde B, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. PCATool Brasil/2020 - Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2023 out. 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminar_Final.pdf
 11. Instituto Nacional. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021 - DOU. Imprensa Nacional [Internet]. 2021 [acesso em 2023 out. 15]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>
 12. Barroso, WKS, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 out. 15];116(3):516–658. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
 13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2023 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2023 [acesso em 2023 out. 15]. DOI:10.29327/5238993
 14. Guibu IA, Moraes JCD, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FDA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev saúde pública* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 out. 15];51(2):1–17. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. 2023 [acesso em 2023 out. 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>
 16. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006-2020: morbidade referida e autoavaliação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde [Internet]. 2022 [acesso em 2023 out. 15]. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2006_2020_morbidade_referida.pdf
 17. Goldman L, Schafer AI. *Goldman-Cecil Medicina*. 26ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2022. 2948 p.
 18. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 2356 p.
 19. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada - Cardiologia*. Vol. 2. Brasília, DF; 2016. 23 p.
 20. Oliveira MASD, Fernandes RDSC, Daher SS. Impacto do exercício na dor crônica. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2014 [acesso em 2024 jan. 17];20(3):200–3. DOI: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200301415>
 21. Seus TLC, Silveira DSD, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à

- Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan. 17];28(2):e2018308. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200009>
22. Nicolau JC, Feitosa GS, Petriz JL, Furtado RHDM, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arq Bras de Cardiol* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 17];117(1):181–264. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>
 23. Gomes MFP, Fracolli LA, Reticena KDO. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad saúde colet* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 23];29(2):179–89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>
 24. Carvalho FCD, Bernal RTI, Perillo RD, Malta DC. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2022 [acesso em 2024 jan. 23];25:e220023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023>
 25. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2024 jan. 23];32(2):186–93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
 26. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da Atenção Primária no Combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 jan. 23];15(42): 2455. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>
 27. Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, Ávila OP. Impacto da Pandemia Covid-19 no Pré-Natal, Diabetes e consultas médicas no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 23];24 E210013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>

Este trabalho foi realizado no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), de 2019 a 2022, quando todos os autores estavam filiados a essa instituição.

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Nathalia Tomie Marques Arimizu	Hospital Israelita Albert Einstein	https://orcid.org/0000-0002-1371-5617	http://lattes.cnpq.br/7427416206462344
Camila Nascimento Monteiro	Hospital Israelita Albert Einstein	https://orcid.org/0000-0002-0121-0398	http://lattes.cnpq.br/9216323487221457
Ana Carolina Cintra Nunes Mafra	Hospital Israelita Albert Einstein	https://orcid.org/0000-0001-9004-7176	http://lattes.cnpq.br/6359362513452529
Autora correspondente	Nathalia Tomie Marques Arimizu  nathaliatomie@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 3 de setembro de 2024		Aprovação: 5 de fevereiro de 2025
		Publicação: 4 de setembro de 2025
Como citar	Arimizu NTM, Monteiro CN, Mafra ACCN. Longitudinalidade do cuidado e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde em pacientes com doenças crônicas. Rev.APS [Internet]. 2025; 28 (único): e282545884.	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Trabalho com financiamento provido pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, processos 409134/2018-0 e 100239/2021-8.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: NTMA, CNM, ACCNM. Análise ou interpretação dos dados: NTMA, CNM, ACCNM. Elaboração do rascunho: NTMA. Revisão crítica do conteúdo: NTMA, CNM, ACCNM. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

[Início](#)