

## *A longitudinalidade do paciente e a formação do médico de família: como conciliar?*

*Continuity of care and Family Physician training: How to reconcile?*

*La longitud del paciente y la formación del médico de familia. ¿Cómo conciliar?*

Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli  
Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)

Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Julia Valle Pezzini  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Bruno Marach Bizinelli  
Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)

Lucas Monteiro Pellá  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Sabrina Stefanello  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Autor correspondente: Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli – E-mail: tayciele@hotmail.com

Recebido em: 18 de outubro de 2023 – Aprovado em: 18 de dezembro de 2023 – Publicado em: 30 de dezembro de 2023

### RESUMO

Introdução: A longitudinalidade é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde e deve ser treinada durante a formação do médico de família e comunidade. Durante a residência médica, a troca de residentes ao longo dos atendimentos pode ser um obstáculo para o seu desenvolvimento. Objetivo: Compreender como a longitudinalidade do cuidado é percebida por residentes e preceptores de um programa de residência de medicina de família e comunidade de uma capital brasileira. Métodos: Foi realizada uma pesquisa qualitativa com dois grupos focais com preceptores e com residentes do programa. Após a realização dos grupos, as falas foram transcritas e categorizadas. Foi realizada uma leitura flutuante do material, examinado e discutido por meio de análise de conteúdo. Resultados: Entre os principais achados, foram levantados o papel da postura do preceptor e o seu lugar de orquestrador do cuidado do paciente e o uso do prontuário como forma de descrever o cuidado e o planejamento na manutenção da longitudinalidade. A importância da discussão de casos entre novos e antigos residentes

### Palavras-Chave

Medicina de Família e Comunidade; Continuidade da Assistência ao Paciente; Internato e Residência; Atenção Primária à Saúde.

também foi incluída como forma de manutenção do atributo. Conclusões: Observou-se que os participantes percebem que a continuidade do cuidado do paciente pode ser mantida, mesmo com o desafio acarretado pela troca dos residentes. Este texto é fruto do programa de pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

#### ABSTRACT

**Introduction:** Longitudinality is an essential attribute of Primary Health Care and must be trained during the training of family and community doctors. During medical residency, changing residents during care can be an obstacle to your development. **Objective:** To understand how longitudinality of care is perceived by residents and preceptors of a family and community medicine residency program in a Brazilian capital. **Methods:** Qualitative research was carried out with two focus groups with preceptors and program residents. After the groups were held, the statements were transcribed and categorized. The material was skimmed, examined and discussed through content analysis. **Results:** Among the main findings, the following were raised: the role of the preceptor's posture and his role as orchestrator of patient care, the use of medical records, as a way of describing care and planning, in maintaining longitudinality. The importance of discussing cases between new and old residents was also included as a way of maintaining the attribute. **Conclusions:** It was observed that participants perceive that continuity of patient care can be maintained, even with the challenge posed by changing residents. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

#### RESUMEN

**Introducción:** La longitudinalidad es un atributo esencial de la Atención Primaria de Salud y debe ser entrenado durante la formación del médico de familia y comunitario. Durante la residencia médica, el cambio de residentes durante la atención puede ser un obstáculo para su desarrollo. **Objetivo:** comprender cómo la longitudinalidad de la atención es percibida por residentes y preceptores de una residencia de medicina familiar y comunitaria en una capital brasileña. **Métodos:** Se realizó una investigación cualitativa con dos grupos focales con preceptores y residentes del programa. Luego de la realización de los grupos, las declaraciones fueron transcritas y categorizadas. El material fue hojeado, examinado y discutido mediante análisis de contenido. **Resultados:** Entre los principales hallazgos se plantearon: el papel de la postura del preceptor y su papel como orquestador del cuidado del paciente, el uso de la historia clínica, como forma de describir el cuidado y la planificación, en el mantenimiento de la longitudinalidad. También se incluyó la importancia de discutir los casos entre nuevos y antiguos residentes como una forma de mantener el atributo. **Conclusiones:** Se observó que los participantes perciben que se puede mantener la continuidad de la atención al paciente, incluso con el desafío que supone el cambio de residentes. Este texto es resultado del programa de posgrado stricto sensu, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

#### Keywords

*Family Practice;  
Continuity of Patient  
Care;  
Internship and  
Residency;  
Primary Health Care.*

#### Palabras Clave

*Medicina Familiar  
y Comunitaria;  
Continuidad de la  
Atención al  
Paciente;  
Internado y  
Residencia;  
Atención Primaria  
de Salud.*

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde é um conjunto de estratégias para a organização do sistema de saúde, com ações voltadas para melhorar a eficiência, equidade e gestão da saúde do usuário (1,2). É mundialmente reconhecido que uma Atenção Primária à Saúde bem estruturada é crucial para o fortalecimento de um sistema de saúde e, quando bem aplicada, resulta em uma percepção de maior bem-estar pessoal pelos pacientes (3,4). No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo alvo de investimentos de políticas públicas em saúde.

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar sua cobertura e a organização do processo de trabalho. Assim, ele buscou otimizar para a população os atributos de acessibilidade ao sistema, longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação do atendimento (1,5). A formulação do PSF permitiu o aumento do acesso por parte da população com maior vulnerabilidade social e elevou significativamente os indicadores de saúde do país (6). Isso acarretou um aumento da demanda de profissionais nas equipes de atenção primária por parte dos municípios, o que possibilitou a expansão de programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (5,7).

O modelo de assistência à saúde da Estratégia Saúde da Família exige conhecimentos específicos para a realização de múltiplas tarefas, portanto se deve priorizar a qualificação dos profissionais na área (8,9). A qualificação específica torna o profissional mais próximo da realidade do serviço e, conseqüentemente, equipes com trabalhadores qualificados na área apresentam melhores indicadores (8,10).

A residência médica é considerada e consagrada como a melhor estratégia para a formação de médicos especialistas e ocorre pelo treinamento supervisionado por profissionais qualificados e com experiência na especialidade. (11) A residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC), no Brasil, teve expansão nos anos 2000, com a formulação da Estratégia Saúde da Família e o aumento da demanda dos municípios. Associado a essa demanda, em 2013, o Programa Mais Médicos, através da Lei 12.871/2013, impulsionou e incentivou a abertura de novos programas de residência em MFC e ampliou a cobertura de profissionais na atenção primária (5,7,11,12).

Para que existam bons programas de residência, também se necessita da estruturação dos serviços e do investimento na formação de preceptores. A residência em Medicina da Família e Comunidade visa formar profissionais capazes de proporcionar um cuidado longitudinal, integrado e contextualizado (7,8,13-

15). O médico de família e comunidade deve desenvolver competências específicas para prestar assistência adequada e resolutiva aos problemas de saúde mais prevalentes de uma população (8,16).

O *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) entende que a continuidade do cuidado é um atributo importante e que os programas de MFC devem propiciar um currículo que favoreça um relacionamento contínuo e por um longo intervalo de tempo entre os residentes e um grupo de pacientes. Esse vínculo contínuo e duradouro tende a promover satisfação ao paciente e ao próprio residente, sendo um motivador para sua prática profissional (17).

A longitudinalidade do cuidado é descrita pela Política Nacional da Atenção Básica como uma diretriz que pressupõe “a continuidade na relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo de modo permanente e consistente” (18). Na literatura, alguns estudos refletem sobre a diversidade de entendimento sobre o atributo citado, entendendo que a longitudinalidade apresenta algumas dimensões: a dimensão informacional – sendo a coleção e conexão de informações entre diferentes fontes que permitem a produção do cuidado; e a dimensão relacional – sobre um relacionamento que se estende por mais de um episódio de doença e garante uma fonte segura de cuidado ao paciente (19). A equipe que conhece o usuário e seu contexto tem a seu favor um importante dispositivo de cuidado, pois isso contribui para o acompanhamento das intervenções em saúde e para o cuidado integral (13,17-20). Essa relação entre equipe e paciente gera afetividade e confiança, e esse ponto, por si só, possui caráter terapêutico (10).

Se a longitudinalidade pressupõe que haja continuidade da relação de cuidado e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo (14,15), a troca dos profissionais de saúde seria um desafio ou fator limitante ao atributo? Garantir meios de afirmar esse atributo na residência de MFC se faz essencial nessa conjuntura. Assim, este artigo teve como objetivo explorar a percepção de residentes e preceptores em relação à continuidade do cuidado dos pacientes em um ambiente de residência de MFC, bem como quais estratégias e/ou atitudes são utilizadas por eles, para sua manutenção.

Este manuscrito é fruto de um trabalho de conclusão do mestrado profissional em saúde da família, com a primeira autora atuando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como preceptora e professora de alunos do curso de medicina e da residência de MFC.

## Métodos

Esta pesquisa foi realizada com metodologia qualitativa com o objetivo de analisar o entendimento da longitudinalidade. De forma geral, os métodos qualitativos proporcionam um relacionamento mais longo e flexível entre o pesquisador e os entrevistados e lidam com informações mais subjetivas, amplas e com maior riqueza de detalhes do que os métodos quantitativos (21,22).

Optou-se por utilizar a técnica de grupo focal, pois ela possibilita um entendimento a partir da perspectiva do público-alvo, estimulando o debate (23-25). O objetivo central do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito do assunto discutido. Assim, o esforço combinado do grupo produz mais informações e maior riqueza de detalhes do que o somatório das respostas individuais.

O programa estudado é um programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade Integrado de uma capital brasileira, que, no ano da pesquisa, contava com um total de 54 preceptores, 32 residentes do primeiro ano e 28 residentes do segundo ano. A escolha dos participantes foi realizada de modo intencional e conforme disponibilidade, com os convites sendo realizados em reuniões do próprio programa de residência a todos os residentes e preceptores. O estudo teve como critérios de inclusão: participar regularmente do programa e ser residente ou preceptor. Assim, foram realizados dois grupos focais separadamente, com a participação de preceptores e residentes, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O grupo dos residentes contou com 11 participantes e teve duração de 1 hora e 10 minutos; já o grupo dos preceptores incluiu nove participantes e teve duração de 1 hora e 33 minutos. Cada grupo focal foi conduzido por um moderador e um observador com conhecimento sobre os temas a serem discutidos e os objetivos específicos da pesquisa, podendo, se necessário, redirecionar a discussão, caso houvesse dispersão ou desvio do tema pesquisado. Partiu-se da pergunta “O que vocês entendem por longitudinalidade?”, sendo, posteriormente, realizados questionamentos complementares para aprofundar a discussão.

Os participantes do grupo focal de preceptores foram nomeados pela letra (G) e numerados; já os do grupo de residentes foram nomeados pela letra (E), numerados de acordo com a ordem de participação no grupo mais o número (1) ou (2), de acordo com o ano que estão cursando no programa.

As sessões dos grupos focais foram gravadas e filmadas. Os áudios foram transcritos integralmente. Se o áudio, em alguns momentos, não supriu o entendimento, foi utilizado o vídeo para se chegar à

compreensão da fala, bem como para esclarecer expressões e entonação. Em seguida, as transcrições foram examinadas a fim de identificar os núcleos argumentais que serviram como base para a criação de uma grade de análise (22,23). Os trechos foram categorizados seguindo um procedimento de exploração, que permite encontrar ligações entre as diversas variáveis, podendo as categorias serem montadas com base indutiva, partindo-se de categorias que vão surgindo e sendo reorganizadas na fase de análise de conteúdo.

O método utilizado para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, que serve de base para as interpretações e permite torná-las replicáveis e com validade na inferência dos dados sobre um contexto pré-determinado (21,26). Essas inferências procuram esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que ela pode provocar. A análise de conteúdo partiu da leitura das falas, atingindo um nível mais profundo de reflexão e ultrapassando os sentidos manifestos da mensagem para, junto do contexto e dos sentimentos de cada participante, se chegar à lapidação da ideia e da conclusão (26,27). Trata-se de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação, utilizando aspectos simbólicos e polissêmicos por trás do discurso. Por fim, os trechos categorizados foram comparados em busca de padrões e discutidos com o que se tem na literatura nacional e internacional.

Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Setor de Ciências da Saúde (parecer n.º 2.401.879; CAAE: n.º 78769517.5.0000.0102).

## Resultados e Discussão

O primeiro grupo focal contou com a participação de 11 residentes, sendo oito residentes do segundo ano e três do primeiro ano, com a maioria dos participantes do sexo feminino (10 residentes). Em relação às características do grupo dos residentes, todos os participantes não tinham outra residência realizada previamente e tinham entre 24 e 32 anos de idade, e nenhum participante permaneceu mais que um ano em uma unidade de saúde. O segundo grupo foi realizado com os preceptores do mesmo programa, conforme as características apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1** – Características dos preceptores segundo informações fornecidas aos pesquisadores

Legenda	Sexo	Idade	Tempo de especialização (anos)	Maior tempo (anos) de atuação em uma Unidade de Saúde
G1	Masculino	28	1	1
G2	Feminino	31	1	1
G3	Masculino	67	15	7
G4	Masculino	64	15	5
G5	Feminino	37	11	9
G6	Feminino	31	3	3
G7	Masculino	61	14	37
G8	Masculino	30	1	1
G9	Masculino	32	4	4

Fonte: elaborada pelos autores

No programa de residência estudado, os residentes permanecem na mesma unidade de saúde durante um ano e, no segundo ano, trocam de unidade, para conhecer outras realidades. Além disso, realizam estágios em outros ambientes da rede de saúde durante sua prática nas unidades, em um a dois turnos na semana. Assim, diferentemente de alguns programas, em que os estágios ocorrem juntos em um semestre da residência, nesse o residente fica na unidade de saúde por todo o programa, conseguindo conciliar a experiência vista em outros serviços no seu dia a dia. Nesse programa de residência médica, todos os preceptores envolvidos trabalham nas unidades de saúde independentemente dos residentes, não estando somente vinculados ao programa de residência, o que não necessariamente acontece em outros programas, cabe destacar.

A partir da leitura dos materiais obtidos, foram definidos os seguintes eixos temáticos: “longitudinalidade e a residência médica” e “estratégias para manutenção da longitudinalidade”.

### A longitudinalidade e a residência médica

Ao debater a relação entre a longitudinalidade e a residência, os participantes concordaram que, em equipes que não seguem a Estratégia Saúde da Família, a longitudinalidade tende a ser garantida por um único profissional. Já em ambientes que contam com residência de Medicina da Família e Comunidade,

devido às discussões dos casos no escopo da residência, a longitudinalidade acaba sendo compartilhada pela equipe, e, assim, a informação é otimizada, mantendo-se a ética e o respeito ao paciente. Foi ressaltada, também, a importância da permanência da figura do preceptor nos ambientes de formação como ponte do cuidado ao longo do tempo, tanto por residentes quanto por preceptores.

*Se o preceptor tá empenhado, os pacientes são do preceptor, então a gente tá contribuindo e a longitudinalidade continua com o preceptor. Os próximos residentes vão discutir, mas o preceptor já conhece aquele paciente. E3.2*

*A gente como preceptor acaba tendo um papel central assim, de deixar claro para a equipe, para a comunidade, que vai trocar o residente, mas tem a figura daquele que está orientando que vai conhecer o todo ali, né? O paciente vai ser visto por médicos diferentes mas tem aquele que tá orientando. G6<sup>1</sup>*

Nas discussões, foi possível identificar uma preocupação com a influência da figura do preceptor e como sua postura interfere no jeito de agir do residente, em relação tanto à longitudinalidade quanto ao trabalho com a equipe. No tempo de aprendizado, o residente deve agregar uma série de atributos que não estão nos livros, e boa parte desse currículo oculto será desenvolvido espelhando-se nos profissionais à sua volta e, principalmente, nos preceptores que ele acompanha.

O preceptor é protagonista no processo ensino-aprendizagem (28,29). Nessa relação, ele atua como exemplo, não só para a dinâmica de aprendizagem da especialidade, mas de postura profissional e pessoal como um todo (5,29). Os preceptores são especialistas em Medicina da Família e Comunidade e, para um bom desempenho, devem ter uma compreensão clara do seu papel na comunidade e respeito pela especialidade. Quanto maior o contato do residente com preceptores experientes e comprometidos, melhor será o desenvolvimento de habilidades (30). O preceptor acaba assumindo um papel de modelo a ser seguido – *role model* –, uma pessoa que inspira e estimula o desenvolvimento dos demais (29). Um estudo holandês apontou o quanto é importante a postura do preceptor, mostrando que os residentes seguem as prescrições e comportamentos de seus preceptores, além de imitarem suas referências e preferências (31).

A *European Academy of Teachers in General Practice (EURACT)*, uma associação para padronização e formação de preceptores, discute, em suas oficinas, que um bom formador é aquele que possui não apenas competência clínica, conhecimento pedagógico e prático, mas também aptidões para a docência e atributos pessoais (7). Além de toda a parte técnica, precisa saber ouvir e, principalmente, ter vontade de compartilhar seu conhecimento (5,7).

Além disso, todos os participantes da pesquisa notaram a relevância de trabalhar o atributo da longitudinalidade dentro da residência, momento em que o futuro médico de família e comunidade

<sup>1</sup> Procurou-se preservar a sintaxe e o vocabulário originais das falas dos participantes.

desenvolve hábitos de prática e treina os princípios fundamentais da especialidade (19). Para alguns autores, a continuidade do cuidado é o coração da Medicina da Família e Comunidade, pois é ela que faz melhorar a satisfação dos médicos e pacientes, além de promover desfechos em saúde e o entendimento individual e da comunidade (13,15,20). Ensinar residentes sobre os benefícios da longitudinalidade é também lhes ensinar sobre as possíveis dificuldades das relações terapêuticas a longo prazo e, assim, discutir estratégias de enfrentamento para lidar com elas (15).

Um estudo da academia de médicos de família e comunidade canadense relatou que avaliações de residentes sobre currículos que preconizam o cuidado longitudinal na pós-graduação fazem aumentar o humanismo, a medicina centrada na pessoa e o profissionalismo. Ainda existe, porém, pouca literatura mostrando como aumentar a longitudinalidade e as oportunidades de desenvolvê-la dentro de um currículo (30).

Nos relatos dos residentes, foi possível identificar inclusive que a associação da longitudinalidade com a figura do preceptor gerou dúvidas quanto à autonomia do residente diante do cuidado do paciente. Alguns relataram que, como o preceptor conhece o paciente, às vezes induz a algumas condutas, o que não permite autonomia ao residente. Outros já descreveram um sentimento de autonomia plena, que puderam realmente escolher o caminho do cuidado do paciente e alegaram que, com a troca de ambiente, mesmo com a manutenção do preceptor naquela unidade de saúde, sentiram como se estivessem abandonando a assistência que vinham dando ao paciente. Esse sentimento seria um possível indicativo do envolvimento e da responsabilização experimentados pelos residentes durante seu aprendizado em serviço.

*Achei interessante um ponto [...] que é a nossa autonomia, eu não sei, se essa pergunta tem uma resposta, é uma reflexão que faço [...] mas até que ponto vai nossa autonomia enquanto residente? Até que ponto o paciente é nosso e a gente pode tomar nossas condutas e até que ponto o paciente é do nosso preceptor? Isso é uma coisa que às vezes eu fico pensando porque tem horas que, às vezes, as condutas não correspondem. E9.2*

Para preservar essa autonomia, os casos devem ser discutidos na diáde preceptor-residente. Assim, as condutas devem ser tomadas mutuamente, respeitando pontos de vista e decisões individuais. Diante desse impasse, a estratégia adotada por uma preceptora foi relatada da seguinte forma:

*O paciente é do residente, eu tô de apoio aqui, para criar o vínculo já pelo residente. G5*

A frase está de acordo com a concepção de que, dentro de um programa de residência, espera-se que o residente seja o principal integrador do cuidado (32). Nesse sentido, durante a discussão, alguns preceptores confessaram que, quando se está acostumado com um paciente, faz-se um atendimento

centrado exclusivamente na queixa, e a participação de um residente acaba por ser benéfica, pois, com ela, abordam-se outros pontos da história clínica que não seriam eventualmente discutidos.

Alguns preceptores defenderam que a longitudinalidade não depende necessariamente de um tempo pré-determinado ou da quantidade de encontros, sendo mais importante a intensidade desses, como o vínculo foi estabelecido entre a díade médico-paciente, em que momentos os atendimentos ocorreram e também como ocorreram. Sendo assim, entendem que o período de um ano no acompanhamento no mesmo serviço pode ser suficiente para o desenvolvimento desse atributo.

Em uma recomendação canadense sobre estruturação de currículos de ensino em Medicina de Família e Comunidade, essa ideia é contrariada, sendo defendido que ensinar a continuidade do cuidado em uma residência de dois anos é um verdadeiro desafio. Para eles, a compreensão da longitudinalidade requer múltiplos encontros e necessita de tempo prolongado para desenvolver relacionamentos e promover oportunidades de reflexão e aprendizagem (14).

Na visão de alguns coordenadores de programas de residência, a longitudinalidade não pode ser reduzida a algo a ser mensurado, visto que é antes um componente cultural da Medicina de Família e Comunidade, cujos impactos na experiência dos residentes e pacientes são mais valiosos que o índice quantitativo da continuidade (32). Sendo assim, os autores sugerem que a experiência de continuidade pode tornar-se palpável por meio de perguntas como “Tenho um médico de família que me conhece bem?” e vice-versa, para o residente: “Tenho pacientes que eu conheço bem?” (32).

### **Estratégias para a manutenção da longitudinalidade**

Os participantes do grupo elencaram diversas ferramentas para manter a longitudinalidade do cuidado do paciente, mesmo que nunca tenham pensado diretamente na problemática. Uma delas é destacada no recorte abaixo:

*Eu percebo que talvez falte, é nós explicarmos que [...] saiu gente, mas nós estamos entrando, tem alguém que tá cuidando o tempo inteiro, pra ele (paciente) saber que tem uma referência. Porque assim, pra quem não entende fica “poxa, pra quem que tá sendo meu cuidado?”, existe a longitudinalidade, mesmo na residência, por mais que ela seja curta. E3.2*

Entre os preceptores, uma estratégia usada para manter a longitudinalidade é garantir uma área dentro do território da unidade de saúde para o residente. Um dos preceptores afirmou que ter uma equipe fixa, atuante e também com comprometimento, é benéfico para manter a longitudinalidade, já que, em diversos momentos dos grupos, foi destacado que, para se manter a longitudinalidade, ela não deve estar focada apenas no médico, mas sim em toda a equipe. Esse ponto converge com a literatura que discute que

quanto mais a longitudinalidade do cuidado se dissolve pela mesma equipe de saúde, melhores desfechos são encontrados (33). Entende-se que é dever dos preceptores também proporcionar e organizar uma agenda para que o residente consiga atender a mesma pessoa várias vezes:

*Agendar o retorno e ver a diferença que deu daquele tratamento ou [...] não deu certo, e conseguir conversar de novo, manter essa possibilidade de retornar. G5*

Um estudo que avaliou a manutenção da continuidade do cuidado dentro de um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade apontou que, quando se tem dificuldade em manter um agendamento programado com as demandas necessárias para o treinamento do residente, pode-se corroer a experiência de continuidade e, assim, prejudicar a manutenção e o aprendizado da longitudinalidade pelo residente. Esse prejuízo é palpável pelos estudantes: currículos que apresentam encontros longitudinais padronizados do mesmo paciente são melhor avaliados tanto por alunos na graduação quanto por residentes (32).

No grupo dos preceptores, foi discutido que a longitudinalidade não deve ser centrada no médico, mas sim exercida por toda a equipe. Segundo eles, quando a equipe entende o princípio da residência e atua em conjunto, fica mais fácil o processo de aprendizado e a garantia da longitudinalidade na troca dos residentes. A equipe é necessária para a continuidade e deve conhecer o usuário em seu contexto, além das características da comunidade (33). O paciente deve conhecer e confiar em sua equipe, além de a ter como referência para seu tratamento. E para que isso de fato aconteça, do outro lado, é necessário que essa equipe seja presente ao ponto de estabelecer uma relação de confiança.

Nesse contexto, considerando o impacto positivo de experiências de cuidado centrado na pessoa e baseado em equipes, uma revisão de escopo argumenta que o vínculo a uma equipe multidisciplinar é parte crescente da definição de longitudinalidade (17). Isso ocorre porque alguns pacientes podem sentir-se mais conectados a um profissional não médico da equipe, e não necessariamente ao preceptor, nem sequer ao residente, que ficará menos tempo prestando assistência àquele paciente (17).

Dentre as estratégias utilizadas para a manutenção da longitudinalidade, a mais comentada por preceptores e residentes foi a utilização do prontuário e do registro médico. Tal plano é utilizado tanto para entender o que já aconteceu em termos de raciocínio diagnóstico e tratamento quanto para deixar sinalizada para os novos residentes uma orientação sobre os próximos passos.

*Eu tenho, assim, esse negócio de “ai como que eu vou continuar a conduta depois? ”, eu acho que [...] dá pra você tentar [...] escrever o que você pensou [...] o teu raciocínio clínico, [...] ah, estou fazendo isso por causa disso e disso. Acho que daí o próximo que pegar talvez entenda porque você pensou naquilo e daí isso te dá um pouco mais de autonomia. [...] mais autonomia tua e do outro residente, ou mesmo o preceptor. E7.2*

O uso do prontuário como fonte de manutenção da longitudinalidade entra no princípio informativo da continuidade do cuidado (13,15). Para se conseguir uma longitudinalidade de qualidade, ela precisa ter alguns domínios não hierárquicos, sendo o informativo essencial para que se saiba o que está acontecendo com o paciente, como foi falado pelos participantes (13-15). Esse domínio, também chamado de informacional por outros autores, é o que permite manter a conexão de informação, sendo considerado por eles como a base da longitudinalidade (33,35). Em uma pesquisa realizada na Inglaterra com pacientes para a avaliação da longitudinalidade, pode-se perceber que o registro é fundamental para a coordenação dos serviços e o trabalho em redes de saúde (19,34). O saber sobre o paciente melhora a eficiência dos encontros e aumenta a satisfação entre usuários (13,19,35).

Outro método utilizado nesse programa de residência, comentado pelos dois grupos, é a semana de acolhimento, na qual os residentes antigos acolhem e transferem seus casos para os novos e demonstram como funciona o trabalho no serviço de saúde. Um artigo canadense sobre estratégias para ensinar a continuidade do cuidado recomenda que, para manter a longitudinalidade, sempre que for possível e apropriado, no início da residência, deve-se fazer um encontro com informações gerais para aumentar rapidamente o conhecimento sobre os pacientes, particularmente os mais complexos. Com essas medidas, os residentes que saem do serviço têm informações e podem transmiti-las aos novos, para que eles estejam informados sobre os pacientes (15). Esta última recomendação é vivenciada em todo início de ciclo no programa de residência pesquisado.

Uma pesquisa estadunidense sobre o atendimento e a continuidade do cuidado em algumas clínicas de excelência de atenção primária de seu território aponta algumas estratégias utilizadas com bons indicadores de longitudinalidade: construir uma cultura forte de continuidade na equipe e nos pacientes; utilizar algoritmos de agendamento de consultas que priorizem a continuidade; apontar uma âncora na equipe que priorize e organize esses algoritmos; e organizar a agenda de residentes e preceptores (36). Esses pontos mostrados nesse artigo vão ao encontro dos pontos aqui levantados pelos residentes e preceptores.

Mas o principal resultado levantado pelos grupos nesta pesquisa, sem dúvida, foi que, para os participantes, a longitudinalidade no cuidado do paciente não é quebrada ou desrespeitada dentro de um ambiente de residência. E ainda, os que consideram que há uma quebra relatam que ela acaba tendo peso menor diante dos outros benefícios da formação. A troca é inevitável, afinal os médicos residentes precisam ir para outros lugares e concluem suas formações. Contudo, se as estratégias mencionadas são mantidas e o preceptor permanece no mesmo local, a longitudinalidade do cuidado é percebida como preservada.

Alguns preceptores levantaram a hipótese de que a longitudinalidade talvez até seja aumentada em um ambiente de residência, principalmente em unidades de saúde com alta demanda. Isso, porque, sozinhos, sem os residentes, os preceptores não dão conta de atender a todos os pacientes de seu território; mas, quando contam com a participação de médicos residentes no serviço, os atendimentos, na maioria das vezes, são discutidos. Assim, o preceptor também acaba sabendo dos casos dos residentes, além dos seus próprios. Dessa forma, seu conhecimento sobre os pacientes atendidos acaba tendo um maior alcance.

*É um dos aspectos que eu acho que não quebra quando o residente sai [...] ele tá ali e todo mundo sabe, a comunidade sabe que ele tá num período curto de aprendizado e que ele tá aprendendo, e eles veem, assim, rotineiramente o residente com você, você conversando, falando, ele te chamando, você vendo o paciente junto, você supervisionando. Isso eu acho então que quebra não, [...] eles não ficam chateados, não ficam tristes por isso.*  
G4

Essas falas indicam que, por mais que exista alguma quebra ou transformação do que se entende por longitudinalidade, a continuidade do cuidado dentro da residência é vista com outras interfaces, e com ganhos que, em um ambiente com um único médico assistente, não seriam possíveis.

Em uma revisão sobre a manutenção do atributo da longitudinalidade, foram mostrados os desafios que devem ser superados para se manter uma continuidade de cuidados na residência. Entre eles, o treinamento sobre como funciona o sistema de saúde, tendo-se em vista o residente, o paciente e a equipe de saúde. Entre as soluções apontadas no documento, temos: a designação de pacientes individuais para equipes da atenção primária à saúde, de modo que se garanta um cuidado com sensibilidade pelo paciente e sua família; agendamentos regulares para os casos de maior complexidade; capacidade de análise de cada ano de residência e do cenário dinâmico da equipe (32).

### Limitações do estudo

O público alvo mostrou-se bastante difícil de se reunir, especialmente por terem poucos horários disponíveis e muitos trabalharem em mais de um local. Mesmo com o convite feito em reunião já habitual da residência, oferecendo-se, inclusive, outras datas para o grupo focal, a adesão foi menor que a esperada. Mesmo assim, obteve-se uma quantidade de participantes que permitiu o debate nos grupos focais.

É importante destacar que as experiências relatadas estão em um contexto de um programa de residência de um grande centro urbano. A depender da conformação, organização e local onde outros programas acontecem, as percepções e experiências poderão ser bastante distintas. Ainda, apesar de ter sido escolhido o desenho de grupo focal, isso não garante que as experiências e percepções relatadas sejam a melhor forma de garantir a longitudinalidade do cuidado em outros contextos. Assim, as ideias levantadas

neste artigo podem ser levadas em consideração como sugestões para outros programas, atentando-se, porém, às particularidades de cada lugar e seu contexto.

## **Conclusão**

Na discussão da longitudinalidade em um ambiente de residência de Medicina de Família e Comunidade, foi ressaltada a importância da permanência do preceptor nos ambientes de formação, pois ele é a ponte do cuidado do paciente ao longo do tempo, independentemente da troca de residentes. Na visão dos participantes, a longitudinalidade é mantida e, em alguns momentos, até ampliada na residência. Esse aumento do atributo foi apontado na forma de discussões de caso, o que faz com que o preceptor conheça os casos que ele não atendeu através do relato do residente.

Como estratégias para a manutenção do cuidado, também foi citada a postura do preceptor, que serve de exemplo para a construção da postura do residente em formação. Um ponto bem interessante que também apareceu nos relatos foi a percepção do residente em relação à dúvida sobre de quem é o paciente, se é seu, ou do preceptor, pois, muitas vezes, o preceptor já mantém uma longitudinalidade sobre determinado paciente, mas o residente também está iniciando a sua longitudinalidade, e isso se confunde dentro da hierarquia.

Entre as estratégias utilizadas para a manutenção da longitudinalidade, o trabalho multidisciplinar da equipe foi um ponto exaltado pelos participantes, que destacaram que a longitudinalidade não deve ser centrada só no médico, mas, sim, ser exercida por todos os profissionais de uma equipe. Outro ponto também destacado relaciona-se ao processo de aprendizado e à troca de profissionais, que, segundo eles, acontecem com mais facilidade quando a equipe entende o princípio da residência. Nesse sentido, a estratégia mais comentada como a principal, utilizada tanto por preceptores quanto pelos residentes na troca de unidades, foi o prontuário e o registro médico.

Um dos principais motivos para a realização deste trabalho foi discutir a questão de como se manter a longitudinalidade do cuidado na residência médica. A hipótese era que, devido ao pressuposto da formação médica, existiria uma quebra na continuidade do cuidado com a troca de profissionais. Porém, nas discussões realizadas nos dois grupos focais, ficou claro que os participantes não consideraram que a longitudinalidade fosse limitada por isso. E mesmo para aqueles que entenderam que poderia haver uma quebra, ela teria peso menor entre os outros benefícios da formação. É inevitável a troca, afinal os médicos residentes precisam ir para outros lugares e concluir suas formações. Contudo, se as estratégias

mencionadas são mantidas e o preceptor permanece no mesmo local, percebeu-se a longitudinalidade do cuidado também como preservada.

Apesar de não ter sido o escopo deste estudo, seria importante investigar como as pessoas atendidas por equipes de saúde da família que contam com médicos residentes em formação no seu cotidiano percebem a questão da longitudinalidade. Além disso, neste estudo, obtivemos uma perspectiva por parte dos médicos; não sabemos, porém, como isso é percebido pelos demais profissionais que fazem parte dessas equipes. A investigação de tais percepções fica como sugestão para futuros estudos, de modo que se compreenda e, cada vez mais, se aprimore a integração ensino-serviço e cuidado da população.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

## Referências

- (1) Morosini M, Fonseca A, Lima L. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(116): 11-24.
- (2) Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- (3) Kidd MR, Anderson MIP, Obazee EM, Prasad PN, Pettigrew LM. The need for global primary care development indicators. *Lancet*. 2015;386(9995):737.
- (4) Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002 Jun;37(3):529-50. doi: 10.1111/1475-6773.t01-1-00036. PMID: 12132594; PMCID: PMC1434650.
- (5) Pires T. *Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Um compromisso com a consolidação do SUS*. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2006.
- (6) Macinko J, Harris MB. Brazil's Family Health Strategy: delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
- (7) Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária em construção. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):737-46.
- (8) Rodríguez CA, Cassias AL, Kolling MG. Proposta de um programa para a formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. *Rev. bras. educ. med*. 2008; 32(1):40-8.
- (9) Lima E, Sousa A, Leite F, Lima R, Nascimento M, Primo C. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. 2016; *Esc Anna Nery*. 20(2):275-80.
- (10) Alves C, Andrade M, Santos C. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. *Saúde Debate*. 2016; 40(111): 268-78.
- (11) Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev. Saúde Pública*. 2023, 57:65
- (12) Storti MMT, Oliveira FP de, Xavier AL. A expansão de vagas de Residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface*. 2017, 21: 1301-14.
- (13) Kerr JR, Schultz K, Delva D. Two New aspects of continuity of care. *Canadian Family Physician*. 2012; 58(out):442-49.
- (14) Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek AJ, Parsons E, et al. Continuity: middle C – a very good place to start. *Canadian Family Physician*. 2011; 57(nov):1355-56.
- (15) Schultz K. Strategies to enhance teaching about continuity of care. *Canadian Family Physician*. 2009; 55(jun):666-69.
- (16) Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011; 6(18):19-20.
- (17) Walker J, Payne B, Clemans-Taylor BL, Snyder ED. Continuity of Care in Resident Outpatient Clinics: A Scoping Review of the Literature. *J Grad Med Educ*. 2018;10(1):16-25. doi:10.4300/JGME-D-17-00256.1

- (18) BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.
- (19) Rhodes P, Sanders C, Campbell S. Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer? *British Journal of General Practice*. 2014; 64(629): 758-64.
- (20) Vest BM, Lynch A, McGuigan D, Servoss T, Zinnerstrom K, Symons AB. Using standardized patient encounters to teach longitudinal continuity of care in a family medicine clerkship. *BMC Medical Education*. 2016; 16(208):1-9.
- (21) Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507- 14.
- (22) Reneker, M.H. A Qualitative Study of Information Seeking Among Members of an Academic Community: Methodological Issues and Problems. *Library Quarterly*, V. 63, N. 4, P. 487-507, Oct. 1993.
- (23) Gondim SMG. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*. 2003; 12(24):149-61.
- (24) Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3):777-96.
- (25) Aschidamini IMI, Saube R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Rev. Cogitare Enfermagem*. 2004; 9(1):9-10.
- (26) Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo. Hucitec 2014, 14ª ed. 303-8.
- (27) Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2006; 15(4); 679-84.
- (28) Finkler RU, Bonamigo AW, Silva HTH. Preceptoria: acolhimento do estudante na atenção básica em saúde. *Res., Soc. Dev*. 2019; 8(1):1-17.
- (29) Giroto LC. Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016.
- (30) Shaw E, Walsh A, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E, et al. The last C: centred in family medicine. *Canadian Family Physician*. 2012; 58(march):346-48.
- (31) Schers H, Van de Ven C, den Hoogen H, Grol R. Family Medicine Trainees Still Value Continuity of Care. *FamilyMedicin*. 2004; 36(151): 51-4.
- (32) Carney PA, Conry CM, Mitchell KB, Ericson A, Dickinson WP, Martin JC et al. The Importance of and the Complexities Associated With Measuring Continuity of Care During Resident Training: Possible Solutions Do Exist. *Family Medicine*. 2016; 48(4): 286-93.
- (33) Camelo o SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saude*. 2008; 7(1):45-50.
- (34) 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(1):1029-42.
- (35) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendr R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(22):1219-21.
- (36) Dubé K, Gupta R, Kong M, Knox M, Bodenheimer T. Continuity of Care in Residency Teaching Practices: Lessons from "Bright Spots". *Perm J*. 2018;22: 18-028. doi:10.7812/TPP/18-028

**Como citar**

Bizinelli TSQ, Santos DVD, Pezzini JV, Pezzini BM, Pellá LM, Stefanello S. A longitudinalidade do paciente e a formação do médico de família: como conciliar? *Revista Portal Saúde e Sociedade*, 8 (único): e02308007esp. DOI: 10.28998/rpss.e02308007esp



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

*Conflito de interesses*

Sem conflito de interesse

*Financiamento*

Sem apoio financeiro

*Contribuições dos autores*

Concepção e/ou delineamento do estudo: TSQB, DVDS, SS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: TSQB, DVDS, BMB, SS. Redação preliminar: TSQB, SS, BMB, LMP, JVP. Revisão crítica da versão preliminar: TSQB, SS, JVP.