

A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes

Continuity of care from the perspective of users

Felismina Rosa P. Mendes ¹

Maria Laurência G. Parreirinha Gemito ²

Ermelinda do Carmo Caldeira ²

Isaura da Conceição Serra ²

Maria Vitória Casas-Novas ²

Abstract *Continuity of care, in addition to ensuring improvement of the quality of care, contributes to the reduction of health costs. The objective of this study was to analyse the continuity of care in health units in the municipality of Évora (south of Portugal), from the perspective of users. This is across-sectional, exploratory and descriptive study with a quantitative approach, with a sample consisting of 342 users of health units. The instrument was a questionnaire adapted from English and Spanish studies. The results show that elements of continuity were identified in the different dimensions of the continuity of care - relational, management, information and some items of flexible continuity. Longitudinal continuity has the lowest values in nursing care. In conclusion, what stands out positively, and in its different dimensions, is relational continuity, in which most users recommend their family doctor and nurse to family and friends, and flexible continuity, which translates into reduced waiting times to be attended by a doctor or nurse and access to care. What stands out negatively is the weak involvement of the user in care by health professionals, in the dimensions of relational continuity.*

Key words *Patient care continuity, Primary Health Care, Community health services, Health*

Resumo *O objetivo deste estudo foi analisar a continuidade de cuidados nas Unidades de Saúde no município de Évora (Portugal), na perspetiva dos utentes. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, com uma amostra constituída por 342 utentes das unidades de saúde. O instrumento utilizado foi um questionário adaptado de estudos ingleses e espanhóis. Os resultados revelam que foram identificados elementos de continuidade ao nível das diferentes dimensões da continuidade de cuidados - relacional, de gestão, informação e de alguns itens da continuidade flexível. A continuidade longitudinal apresenta os valores mais baixos no atendimento de enfermagem. Como conclusão, destaca-se positivamente, e nas suas diferentes dimensões, a continuidade relacional em que a maioria dos utentes recomendam o seu médico de família e enfermeira a familiares e amigos e a continuidade flexível, que se traduz por reduzidos tempos de espera no atendimento por um médico ou enfermeiro e acessibilidade aos cuidados. Negativamente sobressai o fraco envolvimento do utente nos cuidados, pelos profissionais de saúde, numa das dimensões da continuidade relacional.*

Palavras-chave *Continuidade da assistência ao paciente, Atenção Primária à Saúde, Serviços de saúde comunitária, Saúde*

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora; Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD-UEvora). Largo Senhor da Pobreza. 7000-811 Évora Portugal. fm@uevora.pt

² Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora. Évora Portugal.

Introdução

Num contexto de incerteza e de mudanças rápidas e, no caso particular da saúde, dada a atual pressão sobre os custos, a articulação entre as diferentes organizações prestadoras de cuidados ganha importância crescente.

No sistema de saúde português a continuidade de cuidados é concebida como a *sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social*¹.

A continuidade de cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde. Os utentes são vulneráveis a experiências de perda de continuidade quando há alterações de saúde ou quando se deslocam entre as organizações de cuidados de saúde.

Este estudo teve como objetivo analisar a continuidade de cuidados nas unidades de saúde comunitárias de 5 municípios do distrito de Évora (sul de Portugal), na perspetiva dos utentes.

O Serviço Nacional de Saúde português (SNS) integra o conjunto dos serviços e instituições oficiais, que dependem do Ministério da Saúde (MS) e tem como objetivo garantir a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde, dentro dos limites dos recursos financeiros, humanos e técnicos. O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e por todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades^{2,3}.

O sistema de saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), devendo estes situar-se junto das comunidades. São o primeiro nível de contato com o SNS para os indivíduos, família e comunidade. Em Portugal foi adotada a definição de CSP emanada pela Declaração de Alma-Ata (1978) considerando-se estes como *cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação*⁴.

Em 2008, em Portugal, reconheceram-se os CSP como pilar central do sistema de saúde,

considerando os centros de saúde (CS) como primeiro acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, tendo sido reforçado o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços na continuidade de cuidados, através da reforma dos CSP. Foram ainda objetivos centrais desta reforma garantir a acessibilidade de toda a população aos cuidados de saúde e a atribuição de um médico de família a todos os cidadãos.

Para a concretizar, em termos geodemográficos, criaram-se Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e definiram-se objetivos e competências para cada uma das unidades que passaram a integrar os centros de saúde⁵.

Em cada ACES existe ainda uma Unidade de Saúde Pública (USP), que funciona como um observatório de saúde da área geodemográfica dos vários CS e de uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que presta serviços assistenciais e de ajuda técnica à população das USF, UCSP e UCC, conforme se pode ver na Figura 1.

Face ao envelhecimento da população e ao consequente perfil tipo das pessoas idosas, maioritariamente utilizadoras dos CSP, salienta-se a importância da integração e continuidade de cuidados, cujo objetivo é garantir que os utentes, *dependendo da sua situação concreta*, possam aceder *ao tipo e intensidade de cuidados que de fato necessitem, no tempo e lugar adequados*⁶.

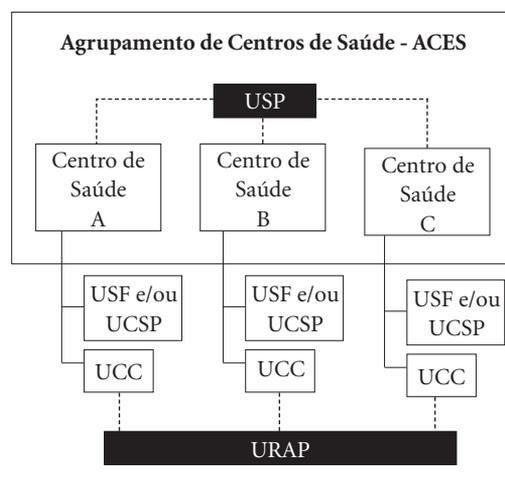


Figura 1. Organograma dos cuidados de saúde na comunidade.

Continuidade de Cuidados

A continuidade de cuidados é um direito dos cidadãos que assume ainda maior relevo quando estes requerem cuidados/intervenções multiprofissionais dirigidos para as situações crônicas ou complexas de que são portadores.

Considera-se que existe continuidade de cuidados quando estes são prestados de forma a complementarem-se num tempo adequado. Entenda-se a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna⁷.

A complexidade dos atuais problemas de saúde e a rentabilização dos recursos requerem uma abordagem multidisciplinar e interinstitucional, pelo que, a articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP é determinante, permitindo desta forma uma intervenção global aos três níveis de prevenção. Esta articulação carece de um trabalho em equipe multi e interdisciplinar. Para existir articulação entre os diferentes níveis de cuidados é indispensável uma comunicação adequada entre os profissionais⁸.

A continuidade dos cuidados inicia-se no serviço onde a pessoa é atendida, o que exige a necessidade de se efetivarem contatos e de operacionalizar a preparação precoce da alta. Neste contexto, a família é um elo fundamental pelo que é necessário refletir acerca da informação prestada e o modo de o fazer, dado o estado de vulnerabilidade da família⁹.

São vários os benefícios atribuídos à continuidade de cuidados, nomeadamente uma maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas; melhoria da relação entre utentes e prestadores de cuidados; redução do uso indevido dos serviços de saúde e uma eventual redução dos custos. Por outro lado, aumenta a satisfação dos utentes com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho¹⁰. A fragmentação de cuidados, por sua vez, pode resultar em orientações de tratamento confusas para o utente, com uma forte probabilidade de erros e duplicações, num seguimento desadequado, assim como numa falta de preparação/informação do utente e dos prestadores informais de cuidados. É fundamental diminuir a assimetria de informação entre o utente e o prestador de cuidados de saúde e a disponibilização de mais informação aos utilizadores dos serviços de saúde¹¹.

A partilha de informação clínica pode ser um importante meio de suporte à prestação e à continuidade de cuidados, pela possibilidade de troca de informação entre profissionais de diferen-

tes níveis de cuidados, nomeadamente dos CSP e hospitalares. Outro fator determinante será a participação do utente. Os utentes mais informados serão também aqueles com mais capacidade de participação¹².

A partilha de informação entre os serviços de saúde em Portugal, ou não existe ou é escassa. O desenvolvimento de um modelo de partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação de enfermagem entre hospital e CSP permite melhorar significativamente, através da continuidade de cuidados, o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados¹³.

Um estudo¹⁴ realizado com o objetivo de analisar os critérios utilizados para a admissão, o encaminhamento e a continuidade de cuidados aos utentes nos centros de atenção psicossocial, permitiu concluir que a continuidade de cuidados foi mencionada como problema, possivelmente devido à dificuldade de acompanhar os utentes na comunidade. A continuidade dos cuidados no domicílio é uma forma inovadora de prestar cuidados. Foi realizado um estudo⁹ com a finalidade de compreender como é assegurada no domicílio a continuidade de cuidados de saúde e qual o papel do enfermeiro na construção dessa continuidade.

Outro estudo⁸ pretendeu conhecer estratégias de parceria/colaboração entre um serviço de internamento e os CSP com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados a um menor custo, concluindo que a continuidade de cuidados à criança com doença oncológica é, praticamente, inexistente. Segundo a autora, a articulação entre os serviços é muito frágil, pouco coerente e nada sistemática.

Para desenvolver estratégias de continuidade de cuidados, as organizações de saúde devem estabelecer diferentes mecanismos organizacionais entre os quais incluem: formação, planeamento e tomada de decisão a nível interinstitucional através de sistemas de informação, de avaliação clínica interdisciplinar, de protocolos, de acompanhamento e *feedback* profissional¹⁵.

Um estudo realizado entre 2001-2004¹³, em que se pretendeu conhecer a *informação relevante para efeitos da continuidade nos cuidados de enfermagem entre diferentes contextos de cuidados (Hospital e Centro de Saúde)*, concluiu que este sistema de informação era determinante na articulação entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo para a comunicação e a continuidade de cuidados. Identificaram dimensões pertinentes para uma *arquitectura informacional específica para a gestão dos SIE*; nomeadamente:

1. A estrutura do modelo de partilha de informação de enfermagem;
2. Estratégias de partilha de informação;
3. Proteção e segurança no tratamento dos dados;
4. O acesso à informação de enfermagem;
5. Componentes de dados/informação a integrar o modelo de partilha de informação.

Um outro estudo¹⁶ refere que os utentes apontam para quatro dimensões de continuidade: continuidade longitudinal (refere-se ao acompanhamento regular do paciente e da sua doença ao longo do tempo); continuidade relacional (quando os utentes experimentam problemas com a sua diabetes, podem precisar de uma consulta urgente, ou podem querer falar com o seu médico habitual ou enfermeiro para obter aconselhamento); continuidade flexível (caracteriza o grau em que os clínicos conseguem responder perante a evolução das necessidades dos utentes ao longo do tempo) e continuidade da gestão entre níveis (preocupações com continuidade *cross-limite* em que é avaliado o grau de coerência e coordenação dos cuidados entre diferentes contextos de cuidados e entre diferentes clínicos).

Ainda outro estudo¹⁷ identifica como dimensões da continuidade de cuidados a continuidade relacional, continuidade longitudinal, pessoal e contínua que implica o conhecimento um do outro no contexto de relacionamento terapêutico, com compromisso e confiança em que médico e paciente contribuem para a sua criação e manutenção; e a continuidade da gestão envolvendo a coordenação e o trabalho em equipe entre cuidadores e através das fronteiras organizacionais.

O acesso e a relação são importantes para a continuidade de cuidados aos utentes e seus cuidadores em CSP. Os utentes reconheceram o valor da continuidade dos cuidados, mais importante para eles, em comparação com outros aspectos, como o acesso rápido ou uma vasta gama de serviços. Foi considerada a continuidade dos cuidados em três aspectos principais¹⁸:

Continuidade da Informação – quando a informação, a partir de anteriores eventos e circunstâncias pessoais, é usada para garantir a continuidade dos cuidados;

Continuidade da Gestão – quando há uma consistente abordagem para gerir os cuidados de saúde de um utente respondendo à sua mudança de necessidades;

Continuidade do Relacionamento (por vezes referido como interpessoal) – quando há uma contínua relação terapêutica entre um utente e um ou mais prestadores de cuidados.

Ao analisar a valorização da continuidade de cuidados dos utentes e identificar elementos de (des)continuidade a partir das experiências destes nos serviços de saúde da Catalunha, distinguiram-se três tipos de continuidade assistencial inter-relacionados entre si: de Relação, entendida como a Percepção do utente sobre a relação que estabelece ao longo do tempo com um ou mais cuidadores; de Informação, percebida como a Percepção do utente sobre a disponibilidade, utilização, interpretação da informação sobre acontecimentos anteriores para proporcionar cuidados adequados às suas circunstâncias atuais; de Gestão como sendo a Percepção do utente acerca da forma como recebe os cuidados dos diferentes serviços, de forma coordenada, complementar e sem duplicações¹⁹.

Cada dimensão de continuidade na prestação de cuidados refere-se a um importante corpo de conhecimentos sobre a organização e a prestação de cuidados de saúde, pelo que se torna interessante conhecer as percepções dos utentes acerca da continuidade de cuidados. Apresenta-se o Quadro 1 com as diferentes dimensões da continuidade de cuidados analisadas.

Nesta pesquisa optou-se por estudar a continuidade de cuidados na perspetiva dos utentes, primeiro porque tem sido pouco estudada, nomeadamente quando apresentam diferentes tipos de condições²⁰⁻²² e em segundo porque há diferenças entre a perspetiva deles e dos profissionais e políticos na Percepção da mesma²³. Para os utentes, a continuidade está habitualmente relacionada com a relação médico-paciente, com a satisfação, com a qualidade dos cuidados e com a acessibilidade aos mesmos²⁴. Várias dimensões da continuidade como a comunicação interpessoal e especificamente a confiança e escolha são fortemente valorizados pelos utentes. A importância de analisar e explicar as diferenças encontradas entre vários utentes com diferentes problemas (por exemplo os que têm e os que não têm doença crónica), e entender se perspetivam a continuidade no mesmo sentido, mediante a realização de estudos, tem sido apontada por vários autores²⁵.

Para os profissionais e políticos da saúde a continuidade é valorizada essencialmente a partir dos seus impactos na maior ou menor utilização de serviços de saúde (internamento e ambulatórios), na limitação do acesso/uso de cuidados especializados e na própria reorganização dos serviços de saúde. Também neste contexto, os autores sugerem a necessidade de realizarem mais estudos que sustentem a relação e as dinâmicas que se estabelecem entre a continuidade de

Quadro 1. Síntese das Dimensões da Continuidade de Cuidados analisadas.

Continuidade da Relação Dimensão: Vínculo médico/enfermeiro-utente Dimensão: Vínculo especialista-utente
Continuidade da Informação Dimensão: Transferência de informação clínica
Continuidade da Gestão Dimensão: Coerência/Consistência dos cuidados Dimensão: Acessibilidade entre os diferentes níveis
Continuidade Longitudinal
Continuidade Flexível

cuidados e os níveis de utilização dos serviços de saúde²³.

Metodologia

Estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa. O instrumento de pesquisa teve por base quer o quadro conceptual, quer o objetivo, assim como dois modelos de questionário sobre continuidade de cuidados consultados e cuja autorização de adaptação foi obtida^{16,19}. O questionário está dividido em seis partes distintas, a primeira recolhe os dados sociodemográficos e as outras cinco correspondem aos tipos de continuidade (Continuidade Relacional, da Informação, da Gestão e Longitudinal e Flexível).

Após a elaboração do questionário foi realizado o pré-teste numa amostra com características semelhantes às da população, tendo sido efetuados os necessários ajustes.

A amostra foi constituída por todos os utentes que se dirigiram às Unidades de Saúde Comunitárias de 5 municípios do distrito de Évora (Região Alentejo – sul de Portugal), durante o mês de maio de 2014, com 18 ou mais anos, que tinham as suas capacidades cognitivas mantidas e que aceitaram participar no estudo (critérios de inclusão), num total de 342 utentes. Esta amostra não é representativa da população.

Procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, mediante a utilização do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) 18.0. Verificou-se pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* que não segue uma distribuição normal, pois apresenta valores de $p \leq 0,05$, no entanto existe homogeneidade na amostra. Para testar a significância de variáveis independentes que podem influenciar a variável

dependente, utilizou-se o teste estatístico ANOVA *one-way*. Calculado o *Alpha de Cronbach*, das dimensões analisadas, o mesmo varia entre 0,768 e 0,979.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínqui de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e obtido o Parecer da Comissão de Ética da Saúde da ARSA.

Resultados

Responderam ao questionário 342 utentes de unidades de saúde do distrito de Évora, com idades compreendidas entre os 19 e os 101 anos. A média de idades é de 48,25 anos e o desvio padrão 17,348. De referir que 20,5% da população tem 65 ou mais anos. Quanto ao género, 29,8% são homens e 69,6% mulheres. A maioria dos utentes inquiridos tem mais de 9 anos de escolaridade (59%) e apenas 3,2% não têm qualquer escolaridade. Os agregados familiares são principalmente compostos por 2 pessoas (31%). As famílias unipessoais e as mais numerosas (5 ou mais pessoas) são as que apresentam menor percentagem, respetivamente 11,4% e 4,9%.

Relativamente aos dados de saúde, percebe-se pela análise que a quase totalidade dos utentes tem médico de família (97,1%).

Os dados indicam que 34,5% dos utentes são portadores de doenças crônicas. Destaca-se de entre estas, a diabetes (35,6%) e a HTA (33,9%), as outras doenças apresentam percentagens bastante inferiores. De salientar que 8,8% destes utentes referem ter mais de uma patologia crônica em simultâneo.

A análise realizada revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis biológicas e sociais, caracterizadoras dos utentes inquiridos e algumas dimensões dos diferentes tipos de continuidade analisada, como se verá na continuação da apresentação dos resultados.

Os resultados obtidos relativamente aos diferentes tipos de continuidade permitem verificar que em termos de continuidade relacional e no que se refere ao vínculo médico de família-utente, os utentes percecionam positivamente todas as variáveis constitutivas desta dimensão, com percentagens acima dos 80%, exceção feita ao seu envolvimento nas decisões sobre a situação de saúde/doença e ao fato de o médico de família tomar as melhores decisões sobre seu tratamento (Tabela 1).

Tabela 1. Percepção dos utentes relativamente à continuidade relacional.

Continuidade relacional	Sim %	Não %	NR %
Dimensão: Vínculo médico/enfermeiro - utente			
Vínculo médico - utente			
Confio na capacidade profissional do meu médico de família	89,2	5,3	5,5
Considero que o meu médico de família se interessa por mim	83,9	6,7	9,4
Sinto-me à vontade para questionar o meu médico de família sobre as minhas dúvidas e/ou problemas de saúde	89,2	5,0	5,8
O meu médico de família entende o que eu digo sobre a minha saúde	90,1	4,7	5,2
A informação que o meu médico de família me fornece entende-se facilmente	91,8	3,8	4,4
A informação que eu recebo do meu médico de família é suficiente	82,5	8,8	8,7
Recomendo o meu médico de família aos meus amigos e/ou familiares	81,0	11,4	7,6
O meu médico de família explica os procedimentos médicos e exames necessários para a minha situação de saúde/doença	84,8	7,6	7,6
O meu médico de família envolve-me nas decisões sobre a minha situação de saúde/doença	78,7	12,3	9,0
O meu médico de família ouve o que eu tenho a dizer sobre a minha situação de saúde/doença	91,5	3,2	5,3
O meu médico de família conhece a minha história clínica/saúde	90,4	4,4	5,2
O meu médico de família toma as melhores decisões sobre o meu tratamento	79,5	5,6	14,9
O meu médico de família habitualmente preocupa-se comigo	80,4	7,3	12,3
Vínculo enfermeiro - utente			
Confio na capacidade profissional do meu enfermeiro	69,3	2,3	28,4
Considero que o meu enfermeiro se interessa por mim	64,3	3,5	32,2
Sinto-me à vontade para questionar o meu enfermeiro sobre as minhas dúvidas e/ou problemas de saúde	67,3	4,1	28,6
O meu enfermeiro entende o que eu digo sobre a minha saúde	67,8	3,5	28,7
A informação que o meu enfermeiro me fornece entende-se facilmente	68,1	3,2	28,7
A informação que eu recebo do meu enfermeiro é suficiente	62,9	4,4	32,7
Recomendo o meu enfermeiro aos meus amigos e/ou familiares	64,9	4,1	31,0
O meu enfermeiro explica os procedimentos médicos e exames necessários para a minha situação de saúde/doença	58,8	5,8	35,4
O meu enfermeiro envolve-me nas decisões sobre a minha situação de saúde/doença	53,5	10,5	36,0
O meu enfermeiro ouve o que eu tenho a dizer sobre a minha situação de saúde/doença	60,5	4,7	34,8
O meu enfermeiro conhece a minha história clínica/saúde	54,7	9,4	35,9
O meu enfermeiro toma as melhores decisões sobre o meu tratamento	51,8	6,1	42,1
O meu enfermeiro habitualmente preocupa-se comigo	57,0	6,4	36,6
Dimensão: Vínculo especialista – utente			
Confio nas competências dos especialistas que me atendem	91,2	2,9	5,9
Acho que os especialistas estão interessados em mim	79,2	7,0	13,8
Sinto-me à vontade para colocar perguntas aos especialistas	88,0	5,3	6,7
Os especialistas entendem o que eu digo sobre a minha saúde	89,8	2,0	8,2
A informação que recebo dos especialistas entende-se facilmente	86,3	5,6	8,1
A informação que os especialistas me fornecem é suficiente	75,7	9,6	14,7
Recomendava os meus especialistas aos meus amigos e/ou familiares	80,4	4,4	15,2

Fonte: Dados do questionário, 2014.

Quanto ao vínculo enfermeiro-utente os valores de todas as variáveis desta dimensão são claramente mais baixos que os verificados relativamente ao vínculo médico-utente, embora se situem acima dos 50%, conforme se pode ver na Tabela 1. Nesta dimensão, tal como aconteceu no vínculo médico-utente, também em relação ao enfermeiro, os valores mais baixos reportam-se ao envolvimento dos utentes nas decisões sobre a sua situação de saúde/doença (53,5%) e na tomada de decisão sobre o melhor tratamento (51,8%).

Em relação ao vínculo médico especialista-utente, a análise dos dados indica que os valores obtidos se aproximam dos encontrados no vínculo médico-utente, com uma Percepção muito positiva deste mesmo vínculo. A variável que apresenta valores mais baixos, mas mesmo assim acima dos 75%, refere-se à informação que recebem dos especialistas.

Da análise dos dados salienta-se o fato de os valores mais elevados das diferentes variáveis do vínculo enfermeiro-utente não se aproximarem sequer dos valores mais baixos obtidos para os vínculos médico e especialista-utente.

O recurso ao teste ANOVA *One-Way* permitiu verificar, na *continuidade relacional*, que existem diferenças estatisticamente significativas entre o vínculo médico de família-utente ($p = 0,023$) e o enfermeiro-utente ($p = 0,002$) e a existência ou não de doenças crônicas, sendo os utentes sem doenças crônicas os que mais percebem positivamente a continuidade relacional. Verificou-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre o vínculo enfermeiro-utente e a idade ($p = 0,015$) e as habilitações literárias ($p = 0,001$), sendo os utentes mais novos e os detentores de maiores habilitações literárias os que mais concorrem para a continuidade relacional.

A análise dos dados relativamente à *continuidade da informação* revela, no que concerne à transferência de informação clínica, que a maioria dos utentes considera que os especialistas conhecem previamente a sua história clínica e não necessitam de lhes transmitir a informação que o médico de família lhes forneceu, conforme se pode ver na Tabela 2.

No sentido inverso, também se verifica que a maioria dos inquiridos refere que quando consulta o seu médico de família não necessita transmitir-lhe as informações que os especialistas lhes forneceram e que depois de serem atendidos pelos especialistas, o seu médico de família comenta com eles essa mesma consulta.

Pelo teste ANOVA *One-Way* verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a *continuidade da informação* e as habilitações literárias ($p = 0,040$), sendo os inquiridos com mais habilitações literárias os que mais percebem positivamente a continuidade da informação.

Em termos de *continuidade da gestão* verificaram-se alguns valores abaixo dos 50% nas duas dimensões analisadas. Na primeira dimensão – coerência/consistência dos cuidados – as variáveis com menores valores apontam para a comunicação entre o médico de família e os especialistas (sentido negativo) e para a não repetição de exames (sentido positivo em termos de gestão de recursos). Relativamente aos valores apresentados pelas restantes variáveis desta dimensão, a Percepção dos utentes é globalmente positiva sobre a coerência e consistência dos cuidados recebidos, conforme se pode ver na Tabela 3.

A acessibilidade entre os diferentes níveis apresenta os valores mais baixos das diferentes dimensões analisadas. Metade dos utentes indicam que quando os especialistas os encaminham

Tabela 2. Percepção dos utentes relativamente à continuidade da informação.

Continuidade da informação	Sim %	Não %	NR %
Dimensão: Transferência de informação clínica			
Os especialistas que me atendem conhecem a minha história clínica/saúde prévia	69,9	18,1	12,0
Depois de ir aos especialistas, o meu médico de família comenta comigo essa consulta	67,8	21,1	11,1
Quando consulto o meu médico de família não necessito transmitir-lhe as informações que os especialistas me deram	61,1	27,8	11,1
Quando consulto os especialistas não necessito transmitir-lhe as informações que o meu médico de família me deu	61,4	28,7	9,9

Fonte: Dados do questionário, 2014.

Tabela 3. Percepção dos utentes relativamente à continuidade da gestão.

Continuidade da gestão	Sim %	Não %	NR %
Dimensão: Coerência/consistência dos cuidados			
Os meu médico de família geralmente está de acordo com os especialistas	68,4	8,8	22,8
Os meu médico de família e os meus especialistas comunicam entre si sobre a minha situação clínica/saúde	33,3	39,2	27,5
Os especialistas geralmente estão de acordo com as instruções do meu médico de família	54,4	15,5	30,1
Os especialistas não repetem os exames que já fiz com o meu médico de família	43,0	38,9	18,1
Os especialistas enviam-me ao meu médico de família para consultas de acompanhamento	63,7	21,6	14,7
Os especialistas passam-me a primeira receita do tratamento que me prescrevem	71,6	12,0	16,4
Considero que a atenção que recebo do meu médico de família e dos especialistas é coordenada	61,4	18,1	20,5
Dimensão: Acessibilidade entre os diferentes níveis			
As idas aos especialistas são programadas a partir do Centro de Saúde	45,0	45,0	10,0
Desde que o meu médico de família me envia aos especialistas, espero menos tempo pela consulta de especialidade	38,6	36,5	24,9
Quando os especialistas me encaminham para o meu médico de família, tenho de tratar de todos os papéis para conseguir a consulta no Centro de Saúde	50,0	31,3	18,7
Desde que os especialistas me encaminham para o meu médico de família, espero menos tempo pela consulta	35,4	40,4	24,2

Fonte: Dados do questionário, 2014.

para o médico de família são eles próprios que têm de tratar de todos os papéis para conseguir a consulta no CS. Os valores obtidos nas diferentes variáveis desta dimensão (abaixo dos 50%) revelam que a acessibilidade entre os diferentes níveis de cuidados é percecionada negativamente pelos utentes.

Através do teste ANOVA *One-Way* verificou-se, relativamente à *continuidade da gestão*, na dimensão coerência/consistência dos cuidados, que existem diferenças estatisticamente significativas quanto à idade ($p = 0,005$) e ser portador ou não de doenças crónicas ($p = 0,044$). São os inquiridos mais idosos e os que não têm doenças crónicas os que se pronunciam favoravelmente sobre a coerência/consistência dos cuidados.

Já na dimensão acessibilidade entre os diferentes níveis observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas com a idade ($p = 0,005$), as habilitações literárias ($p = 0,007$) e ser ou não portador de doença crónica ($p = 0,014$). Da mesma forma, são os inquiridos mais idosos, com mais habilitações literárias e sem doenças crónicas os que mais impacto têm na apreciação favorável da acessibilidade entre os diferentes níveis.

A análise dos dados sobre a *continuidade longitudinal* revelou o acompanhamento do utente

ao longo do tempo e verificou-se que, nos últimos 12 meses, a maioria falou até 3 vezes com o médico de família sobre a sua situação clínica/saúde e fez exames complementares de diagnóstico até 2 vezes. A maioria dos utentes recorreu até 3 vezes ao seu médico de família para uma consulta, no mesmo período de tempo.

Em relação ao acompanhamento pelo enfermeiro, nos últimos 12 meses, salienta-se a elevada percentagem de não respostas que varia entre 41% e 47%. Apenas 18,1% mencionam que já tinham falado 4 ou mais vezes com o enfermeiro sobre a sua situação clínica/saúde. Por outro lado, 21,9% recorreu apenas 1 vez ao enfermeiro para ser consultado por este profissional.

Os dados relativos à *continuidade flexível* expressam a capacidade de resposta perante as necessidades do utente ao longo do tempo, pelos diferentes profissionais. Em termos de capacidade de resposta do médico, a maioria dos utentes refere que quando necessitam ser atendidos com urgência levam no máximo 3 dias para conseguir falar com o médico de família. Saliente-se no entanto que 44,2% conseguem-no em menos de 1 dia. A maioria dos utentes considera que é fácil conseguir falar com o médico de família sobre a sua situação de saúde/doença quando necessita.

Na análise da capacidade de resposta do enfermeiro, os resultados obtidos revelam que 44,7% dos utentes esperam menos de 1 dia para falar com este profissional, numa situação de urgência. Porém 8,8% pode demorar de 1 a 7 dias para conseguir falar com o enfermeiro, numa situação de urgência. Apesar da maioria dos utentes (59,4%) referiu que é fácil conseguir falar com o enfermeiro sobre a sua situação clínica/de saúde, percentagem claramente inferior à referida para a mesma situação com o médico.

Discussão

Para um melhor enquadramento dos resultados obtidos torna-se pertinente fazer uma referência à reforma dos CSP em Portugal, que teve início em 2005, pela relação que a mesma poderá ter com o grau de satisfação e com a acessibilidade, variáveis indissociáveis da avaliação da continuidade de cuidados na perspetiva dos utentes. Esta reforma teve como objetivos prioritários: criar condições para a prestação de mais e melhores cuidados de saúde e o aumento da acessibilidade e proximidade aos cidadãos²⁶. Os resultados da análise realizada, pelo Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP (GCRCSP), apresenta os da reforma como positivos, referindo um aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes^{27,28}, sendo as USF referidas como a sua face mais visível devido à possibilidade de alargamento da cobertura populacional.

A continuidade dos cuidados está relacionada com o aumento da satisfação dos utentes e existe evidência da sua associação com os aspectos da utilização de cuidados de saúde. Vários estudos têm mostrado que a acessibilidade aos cuidados de saúde em Portugal melhorou significativamente nos últimos anos, tal como a satisfação dos utentes em relação aos cuidados recebidos^{29,30}.

Já relativamente às relações com a qualidade do atendimento técnico e com os resultados de saúde, os estudos sobre a continuidade não são consensuais³¹.

Em termos de *continuidade relacional*, os utentes valorizaram positivamente o vínculo com os profissionais que os atendem – médico, enfermeiro e especialista. Consideram que os profissionais de saúde se interessam e preocupam com eles e sentem à-vontade para colocar as suas dúvidas e consideram que são ouvidos.

Verificam-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre o vínculo médico-utente e enfermeiro-utente e a existência ou não de doen-

ças crônicas. São os utentes que não têm doenças crônicas os que mantêm um vínculo maior com estes profissionais, o que não está em concordância com outros estudos³² que referem que para utentes com doenças crônicas, a continuidade relacional é o mais importante.

Os inquiridos manifestam uma evidente confiança nos profissionais de saúde que os atendem. Os valores mais baixos, mas ainda assim elevados, dizem respeito ao envolvimento do utente nas decisões sobre a sua situação de saúde/doença e relativamente à tomada de decisão sobre o melhor tratamento. Vê-se assim respeitado o princípio da autonomia, sendo este, na relação médico-utente, extremamente relevante, na medida em que os procedimentos médicos são discutidos e apenas desencadeados se o utente, de fato, estiver apto e ciente de aceitar tais procedimentos e atitudes.

Destacam-se ainda, no âmbito da continuidade relacional, os valores baixos obtidos na relação enfermeiro-utente. Se a organização dos CS por médico de família obriga à continuidade na relação médico/utente, o que reflete o reconhecimento imediato pelo utente, o mesmo não acontece com o enfermeiro. O fato de não existir um profissional de enfermagem de referência, que assegure aos indivíduos e famílias os cuidados através de uma relação mantida no tempo, parece dificultar a conquista da confiança e simultaneamente justificar os valores obtidos. Ainda assim, os utentes reconhecem que os enfermeiros se preocupam com eles e que conhecem a sua história clínica e de saúde, estabelecendo uma relação de confiança para questionar e esclarecer dúvidas sobre os seus problemas.

Este fato remete para a reflexão sobre a importância da implementação da figura do Enfermeiro de Família no atual contexto dos CSP. À semelhança do médico de família, pretende-se que este seja *o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família no exercício das funções familiares*³³. De fato, o enfermeiro, particularmente nos CSP, tem um lugar de destaque, *à medida que a tónica e a prestação de serviços se deslocam cada vez mais rapidamente do hospital para casa, do curativo para o preventivo, das instituições para as comunidades, os enfermeiros estarão cada vez mais no centro do vórtice de cuidados de saúde – a cola que traz a continuidade aos cuidados*³⁴.

A continuidade de cuidados implica, inevitavelmente, um trabalho em parceria assumindo

a responsabilização de cada um pela sua saúde e a responsabilização de todos pela saúde de cada um, sendo a *comunicação da informação* entre todos os elementos o fio condutor nessa relação.

No presente estudo esta relação é bem visível. Os canais de comunicação entre os diversos profissionais manifestam-se abertos ao ser referido pelos utentes que os especialistas conhecem previamente a sua história clínica, assim como o resultado das consultas com os especialistas se torna do conhecimento do médico de família, sem necessidade de ser o utente a transmitir essa informação. Este fato vai ao encontro de outros estudos³⁵ ao mencionarem que a continuidade de cuidados deverá ter como condição essencial uma comunicação aberta e eficaz entre as duas áreas de atuação. O valor de continuidade para os utentes parece estar associada a um sentido de ser cuidado, de ser compreendido e à confiança que têm nos profissionais²⁴. Este aspecto torna-se mais relevante quando relacionado com a transição do utente do meio hospitalar para o domicílio. A forma como todo o processo se desenvolve influencia a continuidade ou não dos cuidados prestados. O planejamento da alta é determinante na transição do doente, do hospital para o domicílio e garante a continuidade dos cuidados³⁶. Tornou-se cada vez mais claro que, embora a continuidade seja uma prioridade (alta) para muitos utentes, a sua importância varia para diferentes grupos, com diferentes tipos de problemas de saúde²⁴.

Por sua vez, o CS, devido à proximidade que tem com as populações, deve ser o promotor, o avaliador, o gestor e o coordenador deste sistema de rede de articulação de cuidados³⁷, o que de fato se revê nos resultados do nosso estudo ao evidenciar a comunicação aberta entre os especialistas e o médico de família no cuidado ao utente e a Percepção dos utentes acerca da coordenação entre estes, ao considerarem que a atenção que recebem do médico de família e dos especialistas é coordenada.

As diferenças estatisticamente significativas entre a *continuidade da informação* e as habilitações literárias dos inquiridos, revelam que são os que possuem mais habilitações literárias que têm uma maior Percepção quanto à comunicação da informação. Níveis de literacia mais elevados estão associados a maiores níveis de literacia em saúde³⁸.

Em relação à *continuidade de gestão* entre o médico de família e o especialista verifica-se que a maioria dos utentes refere repetir os exames que já fizeram com o seu médico de família. Este

aspecto pode revelar um possível elemento de descontinuidade, eventualmente problemático para os utentes com patologias complexas e com comorbidades em que é necessária uma intervenção multidisciplinar³⁹ conduzindo a uma duplicação de exames desnecessários, erros médicos e a tratamentos inconsistentes.

Ainda na continuidade de gestão, na dimensão acessibilidade entre os diferentes níveis de cuidados, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas com a idade e as habilitações literárias. São os mais idosos e os com mais habilitações literárias os que mais percebem positivamente esta dimensão da continuidade.

No contexto do *relacionamento terapêutico ao longo do tempo*, o acompanhamento feito ao utente quer pelo médico, quer pelo enfermeiro, denota que não ocorre apenas em momentos de consulta programada, existe capacidade de resposta dos profissionais a solicitações ocasionais. Esta acessibilidade aos serviços, como elemento integrante da continuidade flexível, é também uma dimensão da qualidade dos cuidados, visível nos resultados apresentados que denotam um reduzido tempo de espera para a consulta médica ou de enfermagem.

Conclusão

A continuidade de cuidados compreende um conjunto de dimensões conducentes à melhoria dos cuidados de saúde prestados à população e consequente satisfação destes com os cuidados recebidos.

Neste estudo identificámos elementos de continuidade ao nível das diferentes dimensões da continuidade de cuidados – continuidade relacional; da informação; da gestão; longitudinal e flexível.

Conclui-se, a partir da Percepção dos utentes, que existem lacunas ao nível da continuidade relacional, nomeadamente em termos do envolvimento deles nas decisões que dizem respeito à sua saúde, requisito emanado da Declaração de Alma Ata (1978) que preconiza que os cuidados sejam colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação.

Ainda em termos de continuidade relacional destaca-se o fato de os utentes expressarem satisfação com os cuidados recebidos, revelada quando recomendam o seu médico de família e enfermeiro a familiares e amigos.

A continuidade da gestão, apesar dos elementos de descontinuidade encontrados, no que diz respeito à coerência/consistência dos cuidados, os resultados revelam que são mais as vezes em que o médico de família está de acordo com os especialistas do que o inverso. De salientar também as lacunas apontadas ao nível da transmissão da informação entre o médico de família e os especialistas sobre a situação clínica/saúde do utente e a repetição de exames apontada quando vão à consulta do especialista. Também a acessibilidade entre os diferentes níveis não está facilitada, nomeadamente no que diz respeito ao tempo de espera pela consulta de especialidade, ou do médico de família.

A melhoria da acessibilidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade dos cuidados e, conseqüentemente, a satisfação tanto dos profissionais, como dos utentes, foi uma das finalidades da reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Os centros de saúde constituem-se como o primeiro acesso dos utentes aos cuidados de saúde, assu-

mindando a responsabilidade de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e promoção da continuidade dos cuidados.

Outra reflexão que se impõe é sobre a importância de implementar a figura do Enfermeiro de Família, enquanto recurso fundamental para a promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar. Este será um facilitador da ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, promovendo uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde, a continuidade de cuidados e uma maior proximidade com o cidadão.

Apesar das desconfianças que existem sobre as percepções dos utentes na avaliação da continuidade dos cuidados, considera-se que ouvir as percepções deles é dar voz (promover) à cidadania em saúde e social.

Colaboradores

FRP Mendes, MLGP Gemitto, EC Caldeira, IC Serra e MV Casas-Novas participaram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Portugal. Decreto-Lei n.º 101 de 6 de junho de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República* 2006; 6 jun.
- Portugal. Lei n.º 48 de 24 de agosto de 1990. Lei da Bases da Saúde. *Diário da República* 1990; 24 ago.
- Portugal. Lei n.º 27 de 8 de novembro de 2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República* 2002; 8 nov.
- Declaração de Alma-Ata. In: *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*; 1978; Alma Ata, Cazaquistão [acessado 2015 nov 29]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaracao%20A7%20Alma-Ata.pdf>
- Portugal. Decreto-Lei n.º 28 de 22 de fevereiro de 2008. Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES). *Diário da República* 2008; 22 fev.
- Neves ICD. *Integração e continuidade de cuidados* [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2011.
- Duarte S. O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem* 2007; 16:11-23.
- Ferreira O. *Continuidade de cuidados: uma prática em parceria, estratégias de parceria entre o centro de referência em oncologia pediátrica do Norte - IPO Porto - e os cuidados de saúde primários - ARS Norte* [dissertação]. Porto: ICBAS; 2007.
- Duarte SFC. *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro* [tese]. Lisboa: ESEL; 2010.
- Cunha EM, Giovannella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien. Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1029-1042.
- Dias A, Queirós A. *Integração e Continuidade de Cuidados. Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2010.
- World Health Organization Europe (WHO). *European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, health and wealth*. Tallin: WHO; 2008.
- Sousa PAF, Frade MHLBC, Mendonça DMMV. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(4):368-381.
- Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saude Pública* 2009; 43(Supl. 1):23-28.
- Mota LN, Pereira FS, Sousa PF. Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos, Coimbra. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2014 Mar [acessado 2016 jan 12]; serIV(1):85-91. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000100010-8&lng-pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12152>.
- Guilliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. *Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)* [serial on the Internet] 2006 April [cited 2013 jan 27]; 1(1):[about 183 p.]. Available from: http://www.nets.nhr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0003/81264/ES-08-1209-014.pdf
- Hill AP, Freeman GK. Promoting continuity of care in general practice. *RCGP Policy Paper* [serial on the Internet] 2011 marc [cited 2013 Jan 17]; 1(1):[about 42 p.]. Available from: <http://www.drsharmaspractice.nhs.uk/files/2012/03/RCGP-Full-Report-Report-Continuity-of-Care.pdf>
- Baker R, Freeman G, Low J, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Turner D, Hutton E, Bryan S. The access/relationship trade off: how important is continuity of primary care to patients and their carers? *Continuity of care - Briefing Paper* [serial on the internet] 2006 sept [cited 2013 Jan 07]; 1(1):[about 6 p.]. Available from: <http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/13b-13-briefing-paper.pdf>
- Hernández MBA, Lorenzo IV, Pérez IS, Martínez DH, Lassaleta JC, López JRL, Mercadé MF, Figuera LC, Navarrete MLV. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84(4):371-387.
- Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research Policy* 2006; 11(4):248-250.
- Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. Measuring continuity of care in diabetes mellitus: an experience-based measure. *Annals of Family Medicine* [serial on the Internet] 2006 Nov [cited 2013 jan 07]; 4(6):548-555. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1687166/>
- King M, Jones L, Richardson A, Murad S, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Coelho H, Andreou P, Tookman A, Mason C, Nazareth I. The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed methods study. *Br J Cancer* [serial on the Internet] 2008 Feb [cited 2013 Jan 07]; 98(3):529-536. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2243159/>
- Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist health-care use a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2013; 63(612):482-489.
- Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract* [serial on the Internet] 2009 Apr [cited 2014 jan 14]; e134- e141. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662124/>
- Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract* 2010; 27(2):171-178.
- Pisco L. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de economia* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2013 Jul 10]; 80:60-66. http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf

27. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCR CSP). *Reforma dos cuidados de Saúde Primários – Um acontecimento extraordinário*. 2009. Disponível em: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED-2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf
28. Miguel L, Sá A. *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. 2010: [cerca de 30 p.]. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSP1.pdf>
29. Mendes FM, Mantovani MF, Gemito ML, Lopes MJ. A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista Enfermagem Referência* [periódico na Internet] 2013 mar [acessado 2014 Jul 21]; III(9):17 - 25. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100002&lng=pt
30. Simões J, coordenador. *Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Lisboa: Edição Gulbenkian/APES; 2010.
31. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* [serial on the Internet] 2005 Mar-Apr [cited 2014 Jan 14]; 3(2):159-166. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466859/>
32. Lin IP, Wu SC, Huang ST. Continuity of Care and Avoidable Hospitalizations for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); *J Am Board Fam Med* 2015; 28(2):222-230.
33. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários - Papel do enfermeiro de saúde familiar nos CSP pressupostos para a sua implementação. (Documento de trabalho - versão de 2012.09.30). [Internet] 2012 [cited 2015 Feb 22]; 1(1):[about 5 p.] Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>
34. Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Dia Internacional do Enfermeiro*. Genebra: ICN; 2008.
35. Faustino AM, Moreira AM, Martinho C. Hospitalização do idoso: uma abordagem focalizada nos aspectos preventivos. *Servir* 2002; 50(5):236-240.
36. Almeida AC. Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais* 2005; 62:26-31.
37. Bilro MES. Articulação de cuidados. In Bilro MES, Cruz AG, organizadores. *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Formassau; 2004. p. 195-200.
38. Sorensen K et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [serial on the Internet] 2012 March [cited 2014 Jun 02]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
39. Agarwal G, Crooks VA. The nature of informational continuity of care in general practice. *Br J Gen. Pract.* 2008; 58(556):e17-e24.

Artigo apresentado em 03/09/2015

Aprovado em 26/04/2016

Versão final apresentada em 28/04/2016

