www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/5zegd948

Repercussões da rotatividade médica sobre a longitudinalidade e a continuidade do cuidado na atenção primária à saúde: relato de experiência.

Impact of physician turnover on longitudinality and continuity of care in primary health care: an experience report.

Ana Carolina de Holanda Machado
Hermon Santos Branquinho
Izabella Gomes de Souza

RESUMO

A rotatividade médica constitui um desafio relevante para a Atenção Primária à Saúde, especialmente por suas possíveis repercussões sobre o vínculo, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. Este trabalho tem como objetivo relatar e analisar criticamente as repercussões percebidas da rotatividade médica sobre esses atributos, a partir da experiência vivenciada ao longo de dois anos de formação em Medicina de Família e Comunidade na Unidade Básica de Saúde Benjamim Martins Xavier – Leblon, em Anápolis, Goiás. Trata-se de estudo descritivo e reflexivo, do tipo relato de experiência, construído retrospectivamente a partir da vivência assistencial da residente, sem realização de entrevistas, aplicação de questionários ou coleta sistemática de dados em prontuários. A análise foi organizada a partir de eixos relacionados à recuperação das informações e preservação do seguimento assistencial, reconstrução do vínculo e continuidade relacional, diferenças entre expectativas dos usuários e condutas de profissionais sucessivos, adaptação do novo profissional à população adscrita e participação da equipe multiprofissional na preservação da continuidade. A experiência evidenciou situações de desconforto diante da necessidade de recontar informações previamente compartilhadas, diferenças entre expectativas construídas no acompanhamento anterior e novas propostas de cuidado, além de maior complexidade de alguns atendimentos durante o período inicial de adaptação. A atuação multiprofissional, o uso dos registros clínicos e o acompanhamento longitudinal mostraram-se relevantes para

sustentar a continuidade durante a transição. Conclui-se que a rotatividade médica pode produzir repercussões percebidas que ultrapassam a simples substituição de profissionais, exigindo reconstrução de vínculos, recuperação de informações e reorganização do cuidado. A experiência também reforçou a importância da longitudinalidade e da responsabilização compartilhada pela população adscrita na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Estratégia Saúde da Família; Relações Médico-Paciente; Rotatividade de Pessoal.

ABSTRACT

Physician turnover represents a relevant challenge for Primary Health Care, particularly because of its potential repercussions on patient-professional relationships, longitudinal care, and continuity of care. This study aims to report and critically analyze the perceived repercussions of physician turnover on these attributes, based on a two-year experience during Family and Community Medicine residency training at the Benjamim Martins Xavier – Leblon Primary Health Care Unit, in Anápolis, Goiás, Brazil. This is a descriptive and reflective experience report, retrospectively constructed from the resident physician's clinical practice, without interviews, questionnaires, or systematic collection of medical record data. The analysis was organized according to themes related to the recovery of information and preservation of follow-up, rebuilding of patient-professional relationships and relational continuity, differences between users' expectations and the clinical approaches of successive physicians, adaptation of the new physician to the assigned population, and the role of the multiprofessional team in preserving continuity of care. The experience revealed situations involving discomfort when users had to repeat information previously shared, differences between expectations developed during previous follow-up and new care proposals, and greater complexity of some consultations during the initial adaptation period. Multiprofessional teamwork, clinical records, and longitudinal follow-up were relevant in supporting continuity during the transition. It is concluded that physician turnover may have perceived repercussions that go beyond the simple replacement of professionals, requiring the rebuilding of relationships, recovery of information, and reorganization of care. The experience also reinforced the importance of longitudinality and shared responsibility for the assigned population in Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Family Health Strategy; Physician-Patient Relations; Personnel Turnover.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos elementos centrais dos sistemas de saúde, sendo a porta de entrada preferencial para grande parte das necessidades de saúde da população e cumprindo uma função estratégica na organização e coordenação do cuidado. A principal maneira de organizar a APS no Brasil, é por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se baseia no trabalho de equipes multiprofissionais que acompanham os indivíduos, famílias e comunidades em territórios específicos. São atributos essenciais da APS o acesso de primeiro contato, a integralidade, a coordenação do cuidado e, sobretudo, a longitudinalidade,

compreendida como a capacidade de acompanhar o usuário ao longo do tempo e construir uma fonte contínua de atenção (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA et al., 2024).
A longitudinalidade implica uma relação duradoura entre usuários e profissionais ou equipes de saúde, de modo que o cuidado ultrapasse episódios isolados de adoecimento. A permanência dessa relação ao longo do tempo permite o conhecimento aprofundado da história clínica, familiar e social dos pacientes, favorecendo o reconhecimento de suas necessidades, a detecção precoce de problemas, a realização de ações preventivas e maior precisão nas decisões clínicas. Além disso, a longitudinalidade tem sido associada à maior satisfação e confiança dos usuários, assim como à redução de hospitalizações e dos custos relacionados (MACIEL et al., 2024).

Embora os conceitos de longitudinalidade e continuidade do cuidado apresentem semelhanças, a continuidade constitui um fenômeno multidimensional, englobando dimensões informacional, gerencial e relacional. A informacional diz respeito ao uso adequado das informações acumuladas sobre a história e condições de saúde do usuário; a gerencial relaciona-se à coerência e ao alinhamento entre diferentes profissionais e serviços; por fim, a relacional refere-se à construção e manutenção de vínculos estáveis entre usuários e profissionais ou equipes. Essa última dimensão relaciona-se especialmente com a longitudinalidade, uma vez que envolve relações sustentadas no tempo, com confiança, responsabilização e conhecimento sobre as necessidades individuais dos pacientes (ALMEIDA et al., 2025).

A estabilidade das equipes constitui uma condição relevante para que essas relações se desenvolvam e permaneçam. O contato constante e duradouro permite não apenas o conhecimento clínico sobre o paciente, mas também a compreensão de aspectos familiares, sociais, emocionais e ambientais que impactam no processo saúde-doença. À medida que o vínculo se consolida, fortalecem-se a confiança, a comunicação e o compartilhamento das decisões relacionadas ao cuidado (ALMEIDA et al., 2025).

Nesse contexto, a rotatividade dos médicos constitui importante desafio para a consolidação da APS, especialmente para a longitudinalidade. A dificuldade de fixação profissional, especialmente entre médicos, configura-se como problemática relevante para a gestão dos serviços e para a organização da assistência (PIERANTONI et al., 2015). A perspectiva dos usuários evidencia as possíveis repercussões desse fenômeno: a rotatividade pode construir uma barreira para a continuidade e, em determinadas situações, contribuir para o afastamento do serviço. Por outro lado, relações duradouras geram confiança e a sensação de acolhimento (ALMEIDA et al., 2025).

Portanto, refletir sobre a rotatividade médica sob a perspectiva de quem vivencia esse processo possibilita aproximar teoria e prática. A experiência durante a formação em Medicina de Família e Comunidade proporciona uma oportunidade para observar como a chegada, a permanência e a saída de profissionais repercutem sobre os pacientes e a própria dinâmica da equipe. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar criticamente as repercussões da rotatividade médica sobre o vínculo, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde,

a partir da experiência vivenciada ao longo de dois anos de formação em Medicina de Família e Comunidade na Unidade Básica de Saúde Benjamim Martins Xavier – Leblon.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Relatar e analisar criticamente as repercussões percebidas da rotatividade médica sobre o vínculo, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, a partir da experiência vivenciada na Unidade Básica de Saúde durante a residência de Medicina de Família e Comunidade vivenciada ao longo dos anos de formação em Medicina de Família e Comunidade na Unidade Básica de Saúde Benjamim Martins Xavier – Leblon.

Objetivos específicos:

1. Descrever o processo de transição e reorganização do cuidado após as mudanças na composição da equipe médica;
2. Identificar dificuldades percebidas para manutenção da continuidade informacional e relacional durante a transição;
3. Descrever estratégias adotadas pela equipe para reconstruir vínculos e reorganizar o acompanhamento longitudinal
4. Discutir os aprendizados da experiência sobre longitudinalidade, continuidade do cuidado e rotatividade profissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo, do tipo relato de experiência, construído durante a residência em Medicina de Família e Comunidade, em uma equipe da Atenção Primária à Saúde. O relato de experiência foi escolhido por permitir a sistematização crítica de fenômenos observados no cotidiano do trabalho e a articulação entre vivência, reflexão profissional e conhecimento científico (DALTRO; FARIA, 2019).

A experiência ocorreu na Unidade Básica de Saúde Benjamim Martins Xavier - Leblon, vinculada ao Sistema Único de Saúde e localizada no município de Anápolis, Goiás. A experiência compreendeu o período entre 13 de fevereiro de 2025 e 15 de outubro de 2026. Durante esse período atuei como médica residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, participando diretamente das atividades assistenciais e do acompanhamento longitudinal da população adscrita à equipe. O cenário assistencial compreende o acompanhamento de uma população adscrita e ofertas da APS, incluindo demandas espontâneas e programadas, acompanhamento de condições crônicas, saúde da mulher e criança, saúde mental, ações preventivas e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

O fenômeno que motivou a reflexão foi a mudança na composição médica da equipe e a necessidade de reorganizar o acompanhamento de usuários previamente vinculados à

unidade. Ao longo do período analisado, verificou-se a substituição de médicos contratados com vínculo trabalhista formal, assim como a saída de residentes que concluíram seu programa de formação, fazendo com que usuários anteriormente acompanhados por outros profissionais passassem a ser atendidos pela nova composição médica. O trabalho não pretende comparar o desempenho individual de profissionais nem atribuir causalidade direta entre a substituição dos médicos e desfechos clínicos. O interesse analítico concentra-se nos processos de transição: recuperação de informações, reconhecimento das trajetórias assistenciais, reconstrução de vínculos, reorganização do seguimento e estratégias utilizadas para preservar a continuidade do cuidado.

O embasamento teórico foi estruturado a partir de referenciais consolidados e produções científicas contemporâneas sobre Atenção Primária à Saúde, longitudinalidade, continuidade do cuidado e rotatividade profissional. Para a compreensão dos atributos essenciais da APS e, particularmente, da longitudinalidade, adotou-se como referência a formulação de Starfield (2002), que caracteriza a longitudinalidade pela existência de uma fonte regular de atenção e pela relação continuada entre usuários e profissionais ao longo do tempo. Para a análise da continuidade do cuidado, utilizou-se o modelo conceitual proposto por Haggerty et al. (2003), que a organiza nas dimensões informacional, gerencial e relacional. Também foram consideradas as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), especialmente no que se refere à territorialização, vinculação da população, coordenação e continuidade do cuidado.

Esses referenciais foram articulados a estudos nacionais e internacionais mais recentes que abordam a rotatividade de profissionais na APS, a permanência dos médicos nas equipes, as repercussões da substituição de profissionais sobre o vínculo e a percepção dos usuários, bem como os efeitos da continuidade assistencial sobre o acompanhamento de condições crônicas, utilização dos serviços e organização do cuidado. O levantamento bibliográfico teve caráter direcionado à fundamentação e interpretação crítica da experiência relatada, não se configurando como revisão sistemática da literatura.

As situações apresentadas no relato foram recuperadas retrospectivamente a partir da rememoração da experiência assistencial vivenciada pela residente ao longo do período de formação, sem realização de coleta sistemática em prontuários ou bases de dados. Após essa recuperação, as experiências foram organizadas segundo eixos temáticos construídos a partir dos fenômenos identificados na reflexão sobre a prática: recuperação das informações e preservação do seguimento assistencial; reconstrução do vínculo e continuidade relacional; diferenças entre expectativas dos usuários e condutas adotadas por profissionais sucessivos; adaptação do novo profissional à população adscrita; e participação da equipe multiprofissional na preservação da continuidade.

Quanto aos aspectos éticos, o presente trabalho caracteriza-se como relato de experiência de natureza descritivo-reflexiva, elaborado a partir de situações que emergiram espontaneamente no decorrer da prática profissional durante a residência médica. Não foram realizadas entrevistas, aplicação de questionários, coleta sistemática de dados em prontuários ou

utilização de informações individualizadas capazes de identificar usuários ou profissionais. As situações relatadas foram apresentadas de forma sintética e descaracterizada, com preservação do anonimato dos envolvidos. Dessa forma, o trabalho enquadra-se no disposto no art. 1º, parágrafo único, inciso VII, da Resolução CNS nº 510/2016, que estabelece que pesquisas destinadas ao aprofundamento teórico de situações emergentes da prática profissional, desde que não revelem dados capazes de identificar os sujeitos, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

A experiência de transição dos médicos da equipe demonstrou que a substituição do profissional não se limita à ocupação de uma vaga de trabalho, a chegada de um novo membro implica assumir a população, histórias clínicas iniciadas, tratamentos em curso, expectativas previamente criadas e diferentes graus de vínculos com a unidade. Nesse cenário, os primeiros meses de atuação foram marcados simultaneamente pelo atendimento das demandas correntes e pelo processo de reconhecimento da população e de suas trajetórias de cuidado. Um primeiro eixo identificado foi a necessidade de recuperação das informações e preservação do seguimento assistencial. O prontuário constituiu uma ferramenta fundamental para compreender diagnósticos prévios, medicações em uso, exames já realizados e condutas tomadas anteriormente. Entretanto, a experiência mostrou que parte importante do conhecimento necessário à tomada de decisão na APS é construída progressivamente e não se reduz ao registro de diagnósticos ou prescrições. Informações sobre respostas terapêuticas posteriores, preferências, contexto familiar, vulnerabilidades sociais e formas particulares de utilização do serviço exigiam tempo e encontros sucessivos para serem melhor entendidas e incorporadas ao cuidado.

Esse processo aumentava a complexidade dos atendimentos iniciais. Em uma mesma consulta, frequentemente era necessário responder ao motivo atual de procura e, ao mesmo tempo, compreender o que já havia sido investigado, quais condutas haviam sido propostas e quais necessidades ainda permaneciam sem seguimento definido. A transição tornou visível a função do registro clínico como instrumento de comunicação longitudinal entre profissionais, sobretudo quando o cuidado precisa continuar apesar da mudança de quem o presta. A continuidade relacional constituiu o segundo eixo observado. A substituição do médico de referência demanda a reconstrução do vínculo de confiança. Como o novo profissional ainda não dispõe do acúmulo de informações proveniente de atendimentos prévios e recorrentes, faz-se necessário que ele também se valide perante o usuário enquanto referência para a assistência. Durante essa vivência, constatou-se que essa aproximação não ocorre de maneira automática apenas com a inclusão do médico na escala da unidade, seu estabelecimento requer escuta atenta, disponibilidade, coerência nas condutas tomadas e constância no acompanhamento ao longo do tempo. Esse processo pode também ser compreendido, em aproximação com os conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência, como uma relação na qual usuário e profissional chegam ao encontro clínico carregando experiências, expectativas, afetos e referências construídas anteriormente. A transferência pode fazer com que sentimentos, expectativas e modos de relação previamente estabelecidos sejam atualizados no contato com o novo profissional, enquanto a contratransferência diz respeito às respostas

afetivas e relacionais mobilizadas no próprio profissional diante daquele encontro. Nessa perspectiva, a consulta não constitui uma interação unilateral: médico e usuário afetam e são afetados mutuamente, de modo que a construção de um novo vínculo envolve também reconhecer e elaborar as expectativas produzidas pelas experiências assistenciais anteriores (LOFFREDO, 2013).

O seguimento de condições crônicas tornou particularmente evidente a importância da longitudinalidade. Usuários com hipertensão, diabetes, multimorbidade e outras condições de tratamento prolongado demandam avaliação periódica, interpretação seriada de exames, revisão de medicamentos e negociação contínua de metas possíveis. Na ausência de conhecimento acumulado, cada encontro tende a exigir maior esforço para reconstrução da trajetória terapêutica. A experiência reforçou que o cuidado crônico ganha qualidade quando o profissional consegue relacionar o estado atual do usuário às respostas observadas anteriormente e às condições concretas de sua vida.

A saúde mental também se destacou como campo em que a continuidade relacional tem especial relevância. Questões relacionadas a sofrimento psíquico, uso de psicofármacos, relações familiares e vulnerabilidades sociais nem sempre aparecem de maneira completa em uma primeira consulta. No período analisado, a unidade também desenvolveu atividades coletivas em saúde mental, ampliando os espaços de escuta, educação em saúde e vínculo para além do atendimento individual. Essa experiência reforçou a percepção de que a continuidade pode ser sustentada por diferentes dispositivos e profissionais, e não apenas pela consulta médica.

Outro resultado relevante foi o reconhecimento do papel dos demais membros da equipe, como elementos de continuidade durante a transição. Agentes comunitários de saúde, enfermagem e outros trabalhadores mantêm conhecimentos sobre o território, famílias e formas de acesso dos usuários ao serviço que podem auxiliar o novo profissional a compreender contextos não inteiramente visíveis no prontuário. A articulação multiprofissional funcionou, portanto, como mecanismo de preservação de uma memória assistencial compartilhada.

Entre as estratégias efetivamente utilizadas durante a experiência destacaram-se a revisão dos prontuários durante os atendimentos iniciais, a troca de informações com profissionais da equipe que já conheciam o território, especialmente agentes comunitários de saúde e enfermagem, e a utilização das atividades coletivas em saúde mental como espaço complementar de acompanhamento e vínculo. Essas ações contribuíram para recuperar informações e contextualizar o cuidado durante o período de adaptação. Outras medidas potencialmente úteis para transições futuras são abordadas posteriormente na discussão como possibilidades de aprimoramento, e não como intervenções efetivamente realizadas durante a experiência.

Desse modo, três situações concretas ilustraram as repercussões do período transicional de forma clara. Na primeira delas, o usuário manifestou nervosismo ao precisar retomar pontos de sua história clínica que já havia relatado anteriormente, evidenciando que a mudança do

médico pode ser percebida como perda de memória assistencial e exigir do usuário um novo esforço para reconstruir a trajetória. Durante a segunda ocorrência, o paciente demonstrou descontentamento após reavaliação de exames previamente solicitados. Na avaliação realizada naquele momento, considerando sua idade, suas comorbidades e o contexto clínico, não foi identificada indicação para repetir determinados exames na mesma periodicidade. Ao receber a explicação, a paciente relatou que o profissional anterior costumava solicitá-los daquela forma e expressou o desejo de manutenção da conduta. A situação evidenciou principalmente uma diferença entre expectativas construídas no acompanhamento prévio e a proposta do novo profissional, demandando explicação, negociação e tomada de decisão compartilhada, sem implicar julgamento acerca da conduta médica anterior.

Por fim, na terceira situação, o usuário expressou insatisfação com o tempo de espera e com a duração da consulta. Na percepção de residente, durante os primeiros meses de atuação, a necessidade de revisar registros anteriores, conhecer antecedentes e reconstruir parte das trajetórias clínicas contribuiu para prolongar alguns atendimentos. Entretanto, esse elemento não permite atribuir toda a demora observada no serviço à mudança de profissionais, uma vez que o tempo de espera é influenciado por múltiplos aspectos relacionados à organização do processo de trabalho.

As três situações foram selecionadas por sua capacidade de ilustrar diferentes dimensões da experiência vivenciada. Não representam um levantamento de frequência e não permitem estimar a ocorrência desses fenômenos entre os demais usuários da unidade.

DISCUSSÃO

A experiência referida permite compreender a rotatividade dos médicos como um fenômeno que ultrapassa a dimensão administrativa de gestão de funcionários. Na APS, a entrada e saída de profissionais ocorrem dentro de uma relação assistencial que se pretende contínua, longitudinal e territorializada. Por isso, mesmo quando há reposição da vaga, a transição pode produzir fragilidades na continuidade do cuidado e exigir que o novo profissional reconstrua conhecimentos sobre os usuários, suas trajetórias assistenciais e seus contextos de vida que haviam sido acumulados durante o acompanhamento anterior.

A análise crítica da experiência retoma os eixos identificados nos resultados: recuperação das informações e preservação do seguimento assistencial; reconstrução do vínculo e continuidade relacional; diferenças entre expectativas dos usuários e condutas de profissionais sucessivos; adaptação do novo profissional à população adscrita; e participação da equipe multiprofissional na preservação da continuidade. Esses elementos mostraram-se interdependentes na prática e permitem compreender as repercussões percebidas da rotatividade sobre a longitudinalidade e a continuidade do cuidado.

Rotatividade médica e a longitudinalidade

A longitudinalidade é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e está relacionada à continuidade do cuidado, à criação de vínculos e à responsabilidade dos

profissionais pelo acompanhamento dos usuários ao longo do tempo. Essa continuidade permite conhecer melhor a história de cada pessoa, acompanhar os resultados dos tratamentos e reduzir os riscos relacionados à falta de informações sobre o paciente (BRASIL, 2017). Dessa forma, a permanência dos profissionais na equipe também contribui para a qualidade do atendimento.

Essa questão aparece na revisão de Oliveira et al. (2024), que identificou consequências da rotatividade nas equipes da Estratégia Saúde da Família, como dificuldades no acompanhamento dos usuários, interrupção da continuidade do cuidado, perda de confiança e insatisfação com o serviço. Os autores também apontaram fatores que podem levar os profissionais a deixar seus empregos, como condições de trabalho inadequadas, excesso de carga horária, encerramento de contratos e oportunidades em outros serviços.
No Brasil, Barros, Melo e Soares (2026) observaram que os contratos temporários são frequentes entre os profissionais da APS e que os trabalhadores com vínculos menos estáveis tendem a permanecer menos tempo nas equipes. Entre os médicos, o tempo médio de permanência foi maior entre aqueles com vínculo estatutário do que entre os contratados temporariamente ou por intermédio de outras organizações. Esses resultados mostram que a forma de contratação pode influenciar a permanência dos profissionais e dificultar a construção de vínculos duradouros com a população.

Outro aspecto importante foi apresentado por Cubas, Scalco e Duarte (2024), que estudaram médicos de família e comunidade em Florianópolis e identificaram uma intenção elevada de deixar o serviço nos anos seguintes. Entre os fatores relacionados a essa intenção estavam a carga horária e a menor satisfação geral com o trabalho. Isso demonstra que a permanência do médico não depende apenas de sua vontade individual, mas também das condições oferecidas pelo serviço, da remuneração, do reconhecimento profissional e das oportunidades de crescimento na carreira.

Continuidade informacional e reconstrução da trajetória assistencial

Ao assumir pacientes que já eram acompanhados por outro médico, torna-se mais evidente a importância de ter acesso às informações registradas anteriormente. Haggerty et al. (2003) explicam que a continuidade do cuidado possui diferentes dimensões, entre elas a informacional, a gerencial e a relacional. A continuidade informacional está relacionada à disponibilidade e ao uso adequado das informações sobre o histórico e as circunstâncias de vida do paciente durante os atendimentos atuais.

Nesse contexto, um prontuário bem preenchido facilita o trabalho do profissional que assume o acompanhamento, pois permite consultar diagnósticos, tratamentos realizados, exames anteriores e decisões tomadas. No entanto, nem todas as informações construídas durante o acompanhamento estão presentes nos registros. Alguns aspectos, como as preferências do paciente, suas dificuldades pessoais e a maneira como se relaciona com os profissionais, são percebidos gradualmente durante as consultas e precisam ser conhecidos novamente após a troca do médico.

Essa diferença também pode ser observada no estudo de Reddy et al. (2015), realizado no sistema de saúde dos veteranos dos Estados Unidos. Os autores identificaram que a troca do profissional de atenção primária esteve associada a uma pior experiência dos pacientes, embora a maioria dos indicadores técnicos de qualidade do atendimento ambulatorial tenha apresentado poucas alterações. Uma possível explicação para essa diferença é a existência, naquele cenário, de prontuários integrados e de uma estrutura organizada de cuidado capazes de preservar parte da continuidade informacional e gerencial. Entretanto, o estudo não demonstra que esses mecanismos tenham sido responsáveis pela manutenção dos indicadores técnicos, devendo essa interpretação ser considerada apenas como hipótese explicativa.

Diante disso, percebe-se que o registro adequado das informações não é importante apenas para documentar o atendimento realizado, mas também para facilitar a continuidade do cuidado. Registrar os tratamentos, a resposta do paciente, as pendências e os próximos passos do acompanhamento permite que outro profissional compreenda melhor a situação e dê seguimento ao atendimento, mesmo quando ocorre uma mudança na equipe.

Continuidade relacional, vínculo e experiência do usuário

Durante a experiência relatada, a importância do vínculo entre médico e paciente ficou evidente, principalmente porque conhecer o usuário permite compreender necessidades que nem sempre são identificadas em uma única consulta. Almeida et al. (2025), ao estudarem usuários com hipertensão e pessoas vivendo com HIV, observaram que a estabilidade da relação com os profissionais de referência favorecia a confiança e o compartilhamento de informações pessoais. Entre os usuários com hipertensão acompanhados na APS, a rotatividade médica esteve relacionada à quebra de vínculos e, em alguns casos, à desistência de procurar o serviço.

A situação vivenciada pelo usuário que demonstrou nervosismo ao precisar recontar partes de sua história exemplifica essa dimensão. Ainda que informações objetivas pudessem estar registradas no prontuário, a necessidade de reconstruir narrativas previamente compartilhadas evidenciou que a continuidade relacional envolve também o reconhecimento de uma história construída entre usuário e profissional.

Nesse processo, os conceitos de transferência e contratransferência oferecem uma possibilidade adicional de interpretação da relação clínica. Experiências e expectativas desenvolvidas em relações assistenciais anteriores podem ser atualizadas na interação com o novo médico, ao mesmo tempo em que o profissional também é afetado pelas respostas e expectativas apresentadas pelo usuário. Dessa forma, a construção de um novo vínculo não ocorre em um espaço neutro, mas em uma relação na qual ambos afetam e são afetados pelo encontro (LOFFREDO, 2013).

A situação da paciente que esperava a repetição de exames solicitados regularmente pelo profissional anterior também pode ser compreendida nesse contexto. Mais do que uma divergência técnica isolada, o episódio evidenciou expectativas construídas ao longo do cuidado precedente. A chegada de um novo profissional pode introduzir diferenças na interpretação clínica e nas propostas de acompanhamento, exigindo explicação, negociação e tomada de decisão compartilhada para que a mudança de conduta não seja percebida simplesmente como ruptura do cuidado.

A importância dessa relação também é apontada por Pereira Gray et al. (2018). Em uma revisão sistemática de 22 estudos, os autores encontraram associação entre a continuidade do acompanhamento médico e menores taxas de mortalidade em grande parte das pesquisas analisadas. Embora esses resultados não permitam afirmar que a continuidade, isoladamente, seja responsável pela redução da mortalidade, eles indicam que a manutenção de uma relação estável com o médico pode trazer benefícios que vão além da satisfação do paciente. De maneira semelhante, Kao et al. (2019) analisaram estudos sobre a continuidade do atendimento ambulatorial e as hospitalizações evitáveis. Os resultados apontaram uma associação entre maior continuidade do cuidado e menor utilização dos serviços hospitalares por condições que poderiam ser acompanhadas na atenção ambulatorial. Esses achados reforçam a importância da APS no acompanhamento regular dos usuários, especialmente daqueles que apresentam doenças crônicas e precisam de avaliações frequentes.

Na experiência da residência, essa questão se mostrou importante em situações nas quais o atendimento exigia compreender aspectos que iam além dos sintomas físicos. Questões relacionadas à saúde mental, ao uso correto dos medicamentos, às dificuldades familiares e às condições sociais podem demandar vários encontros até que o paciente se sinta confortável para compartilhar suas experiências. Quando há mudanças frequentes de médicos, esse processo de construção da confiança pode precisar ser retomado, dificultando o acompanhamento.

Trabalho em equipe e estratégias de preservação da continuidade

Embora a permanência do médico seja importante para a longitudinalidade, a experiência também permite perceber que a continuidade do cuidado não deve depender exclusivamente de um único profissional. Na Estratégia Saúde da Família, o acompanhamento da população é uma responsabilidade compartilhada entre os diferentes integrantes da equipe, incluindo enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores.

Os profissionais que permanecem na unidade mantêm conhecimentos importantes sobre o território, as famílias, as dificuldades de acesso aos serviços e as necessidades dos usuários. Essas informações podem ajudar o médico que chega a compreender melhor a realidade da população atendida. Apesar de não substituírem a avaliação clínica, elas contribuem para que a mudança de profissional não represente uma interrupção completa do cuidado.

Durante a experiência, a revisão dos prontuários nos atendimentos iniciais e a troca de informações com agentes comunitários de saúde e profissionais de enfermagem constituíram estratégias efetivamente utilizadas para contextualizar o acompanhamento dos usuários. As atividades coletivas em saúde mental também funcionaram como espaço adicional de vínculo com a equipe para além da consulta individual.

A partir da reflexão sobre a experiência, podem ainda ser consideradas possibilidades de aprimoramento para futuras transições, como maior sistematização da passagem de casos entre profissionais, identificação prévia de usuários com maior complexidade e registro explícito dos planos de seguimento. Essas medidas são apresentadas como propostas decorrentes da análise e não como intervenções realizadas no período estudado.

A situação do usuário que expressou insatisfação com o tempo de espera e com a duração da consulta também permite discutir o período de adaptação do novo profissional. A reconstrução das trajetórias clínicas pode demandar maior tempo em determinados atendimentos quando ainda se está conhecendo a população. Entretanto, a experiência não permite atribuir os atrasos exclusivamente à rotatividade médica, uma vez que o tempo de espera resulta de múltiplos fatores relacionados à organização do serviço.

Determinantes da rotatividade e implicações para a gestão

Para compreender a rotatividade médica, também é necessário considerar os motivos que levam os profissionais a deixar a APS. Essa situação envolve diferentes fatores e não pode ser explicada apenas por decisões individuais. Pierantoni et al. (2015) já apontavam a dificuldade de fixação dos médicos como um problema importante para a gestão do trabalho em saúde no Brasil. Estudos mais recentes continuam destacando fatores como condições de trabalho, tipo de vínculo empregatício, carga horária, remuneração, reconhecimento, estrutura dos serviços e apoio da gestão.

A análise realizada por Barros, Melo e Soares (2026) reforça essa discussão ao demonstrar que os contratos temporários continuam frequentes na APS e que os profissionais com vínculo estatutário apresentam maior tempo médio de permanência nas equipes. Essa diferença é relevante porque a entrada e a saída frequentes de médicos podem dificultar a criação de vínculos com os usuários e o conhecimento das necessidades da população de determinado território.

Os efeitos da saída do profissional de referência também foram analisados por Sabety, Jena e Barnett (2021), em um estudo com beneficiários do Medicare, nos Estados Unidos. Os autores observaram que, após a saída dos médicos de atenção primária, houve redução na utilização desse nível de atenção e aumento na procura por especialistas, serviços de urgência e emergência, além de maiores gastos com saúde. Embora o estudo tenha sido realizado em outro sistema de saúde, seus resultados ajudam a compreender como a perda de um profissional de referência pode modificar a forma como os pacientes utilizam os serviços disponíveis.

Nesse sentido, a criação de estratégias para manter os profissionais na APS deve ser vista não apenas como uma medida administrativa, mas também como uma forma de melhorar a qualidade do atendimento. Oferecer condições adequadas de trabalho, estabilidade contratual, apoio institucional, educação permanente e oportunidades de desenvolvimento profissional pode contribuir para reduzir a rotatividade. Ao mesmo tempo, como nem sempre é possível evitar a saída de um profissional, é importante que os serviços tenham estratégias para garantir a transmissão das informações e a continuidade das responsabilidades durante as transições. Por fim, a experiência vivenciada durante a residência também contribuiu para a formação profissional em Medicina de Família e Comunidade. Assumir pacientes que já estavam em acompanhamento permitiu compreender que o trabalho na APS exige mais do que realizar consultas e estabelecer diagnósticos. É necessário conhecer a história do usuário, considerar as informações registradas pelos profissionais anteriores e construir uma nova relação de confiança, respeitando o cuidado que já vinha sendo realizado.

Essa experiência também reforçou a importância de registrar adequadamente as informações de cada atendimento, pensando não apenas nas necessidades atuais do paciente, mas também nos profissionais que poderão assumir seu acompanhamento no futuro. Dessa forma, a continuidade do cuidado depende tanto da construção de vínculos quanto da responsabilidade compartilhada entre os profissionais e a organização do serviço.

LIMITAÇÕES

Este trabalho apresenta limitações inerentes ao desenho do relato de experiência. A análise parte da perspectiva de uma médica residente inserida em uma única Unidade Básica de Saúde, não contemplando investigação sistemática das percepções dos usuários, dos demais profissionais da equipe ou dos médicos que anteriormente atuavam no serviço. Não foram aplicados instrumentos de pesquisa, realizadas entrevistas ou analisados indicadores quantitativos capazes de mensurar as repercussões da rotatividade.

Além disso, a reconstrução das situações ocorreu retrospectivamente a partir da experiência vivenciada pela residente, estando sujeita a possível viés de memória e de interpretação. Os episódios selecionados tiveram finalidade ilustrativa e não permitem determinar a frequência com que situações semelhantes ocorreram na unidade.

Por essas razões, os achados não permitem estabelecer relação causal entre a mudança dos profissionais e os fenômenos observados, tampouco podem ser generalizados para outras equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde. O valor do relato reside na sistematização crítica de uma experiência concreta e na possibilidade de relacioná-la aos conceitos de longitudinalidade, continuidade do cuidado e organização do trabalho na APS.

CONCLUSÃO

A experiência relatada evidenciou que a rotatividade médica na Atenção Primária à Saúde vai além da troca de um profissional por outro. Quando essa mudança acontece, é necessário conhecer novamente a história dos pacientes, compreender os atendimentos realizados

anteriormente, reorganizar os acompanhamentos e construir uma nova relação de confiança com os usuários e suas famílias.

Também foi possível compreender que a continuidade do cuidado depende de diferentes fatores. Os registros nos prontuários ajudam o novo profissional a conhecer o histórico do paciente, enquanto a organização do trabalho da equipe contribui para manter os acompanhamentos. Além disso, o vínculo entre médico e paciente é construído ao longo do tempo e não pode ser estabelecido completamente em uma única consulta.

Outro ponto importante é que a continuidade do cuidado não depende apenas da permanência do médico na unidade. A participação dos demais profissionais, como enfermeiros e agentes comunitários de saúde, contribui para manter o conhecimento sobre os pacientes e o território. As reuniões de equipe, a discussão de casos, a organização dos retornos e as atividades coletivas também podem ajudar a diminuir as dificuldades provocadas pela troca de profissionais.

A literatura analisada ainda mostra que a rotatividade está relacionada a fatores como condições de trabalho, tipo de contrato, carga horária, satisfação profissional e oportunidades de crescimento na carreira. Por isso, é importante que a gestão invista em medidas que favoreçam a permanência dos médicos e valorizem seu trabalho. Ao mesmo tempo, os serviços precisam estar preparados para realizar transições que permitam a continuidade do acompanhamento quando a saída de um profissional não puder ser evitada.

Por fim, a experiência durante a residência em Medicina de Família e Comunidade contribuiu para compreender que a longitudinalidade não se resume à realização de consultas frequentes na mesma unidade. Ela envolve conhecer a história dos pacientes, acompanhar suas necessidades ao longo do tempo e construir uma relação de confiança. Dessa forma, manter a continuidade do cuidado, mesmo diante das mudanças na equipe, é um desafio importante para garantir uma assistência integral, organizada e voltada às necessidades de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F; et al. Continuidade do cuidado: relações de confiança e disponibilidade de informações personalizadas na experiência de usuários. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, e00109524, 2025.

BARROS, R.D; MELO, Hugo de Cerqueira; SOARES, Rosa Lícia Conceição. Análise dos vínculos trabalhistas e tempo de permanência dos profissionais da atenção primária no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 50, n. 148, e10701, jan./mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CUBAS, L; SCALCO, D.L; DUARTE, M.G. Intenção de saída de médicos de família e comunidade da Atenção Primária de Florianópolis e fatores associados. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, 4215, 2024.

DALTRO, M.R; FARIA, A.A. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

HAGGERTY, J.L; et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003.

KAO, Y.H; et al. Continuity of outpatient care and avoidable hospitalization: a systematic review. American Journal of Managed Care, v. 25, n. 4, p. e126-e134, 2019.

LOFFREDO, A.M. Transferência e contratransferência. Jornal de Psicanálise, São Paulo, v. 46, n. 84. Resenha da obra: MINERBO, Marion. Transferência e contratransferência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MACIEL, A.M.M; et al. The longitudinality of care from the perspective of Family Health users. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 58, e20240051, 2024.

OLIVEIRA, L.G.F; et al. Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. Revista Interfaces, v. 12, n. 3, p. 4441-4449, 2024.

PEREIRA GRAY, D.J; et al. Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open, v. 8, n. 6, e021161, 2018.

PIERANTONI, C.R; et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul./set. 2015.

REDDY, A; et al. The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. JAMA Internal Medicine, v. 175, n. 7, p. 1157-1162, 2015.

SABETY, A.H; JENA, A.B; BARNETT, M.L. Changes in health care use and outcomes after turnover in primary care. JAMA Internal Medicine, v. 181, n. 2, p. 186-194, 2021.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.