



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Avaliação da Coordenação da Atenção entre Níveis
Assistenciais às Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um
Município do Estado de Pernambuco, Brasil**

Marina Ferreira de Medeiros Mendes

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

MAIO, 2020



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Avaliação da Coordenação da Atenção entre Níveis Assistenciais às
Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um Município do Estado de
Pernambuco, Brasil**

Autora: Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Orientadora: Prof^a. Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz

Coorientadora: Prof^a. Dra. Isabella Chagas Samico

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, de acordo com o Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (n.º 474/2012) publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223 de 19 de novembro de 2012.

ELEMENTOS BIBLIOGRÁFICOS

Coautoria em artigos publicados:

- Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Mendes FMM, López J, Bertolotto F, Amarilla D, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>

- Vargas I, García-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, Eguiguren P, Cisneros AI et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries, *Health Policy and Planning* 2018; 1-11. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy016>

- Jesus RPS, Espírito Santo AGC, Mendes MFM, Samico I. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(65): 423-434. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0026>

Comunicações em congressos:

- “Os “Nós” da Rede: desafios para coordenação do cuidado entre níveis de atenção”. Autores: Marina Mendes, Isabella Samico, Maria José Guimarães e Zulmira Hartz. No 13^o Congresso Internacional da Rede Unida, realizado de 30/05 a 2/06/18, em Manaus- Amazonas, Brasil.

- “Coordenação do cuidado entre níveis assistenciais: o desafio da atenção às doenças crônicas para a rede municipal de saúde” Autores: Marina Mendes, Isabella Samico e Zulmira Hartz. No III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, realizado de 01 a 04 de/05/17, em Natal-Rio Grande do Norte, Brasil.

A Deus,

Pela vida, por me proporcionar oportunidades de crescimento pessoal e profissional, resiliência para superar os obstáculos, coragem para recomeçar, muito amor a compartilhar e por me fazer “*aprender a conviver com a beleza da transitoriedade*” (Freud, 1916).

Aos meus pais, Marina e Amaury (*in memoriam*)

Que na sua simplicidade foram exemplo de solidariedade, honestidade, bondade e dignidade. Sempre presente em minha vida, dando amor, apoio e orientações. Ensinaram-me a ver nos estudos uma ponte para alçar meus voos...além do horizonte, além-mar.

AGRADECIMENTOS

Diante do papel em branco, sentimos que o espaço não será suficiente para demonstrar, formalmente, a gratidão por todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para concretização deste sonho. Pois aprendi que *“se depende sempre de tanta, muita, diferente gente...E é tão bonito quando a gente sente, que nunca está sozinho por mais que pense estar* (Gonzaguinha, 1982).

Agradeço ao Divino Mestre Jesus e à espiritualidade amiga, pela presença em todos os momentos de minha vida.

Ao meu amor, Wilson Mendes, companheiro de todas as horas, pelo apoio incondicional, paciência, respeito e cuidado. Nosso amor conhece o que é verdade!

À minha família ampliada, em especial as tias Alvanil e Zélia, Miralda, Thiago, Iraci (*in memoriam*), Antônio Mendes, Graça, José Mendes e Eliana, pelo apoio nos momentos difíceis e por celebrarem as pequenas conquistas de cada etapa.

À orientadora Dra. Zulmira Hartz, grande incentivadora, agradeço à receptividade, confiança e valiosos ensinamentos que tornaram possível a construção dessa tese.

À coorientadora Dra. Isabella Samico, pela disponibilidade, apoio e sabedoria na partilha dos conhecimentos. Suas palavras me ajudaram a transcender as inquietações.

Às Dras. Maria Luísa Vázquez e Ingrid Vargas, coordenadoras da Pesquisa Equity LA II, pela oportunidade de vivenciar essa rica experiência e apoio no caminhar da tese.

Aos professores do doutorado do IHMT, em especial ao Prof. Luís Lapão, pelo acolhimento e palavras de encorajamento frente às dificuldades.

À amiga Mazé Guimarães, pelo apoio e valiosa colaboração, lembrando que não existe perfeição e sim possibilidade de melhoramentos. Presente nos momentos decisivos de minha vida. Obrigada!

Às amigas Jane Andrade, Ana Vieira e Maísa Paulino, pelo apoio e carinho recebidos em todos os meus projetos de vida. As irmãs que escolhi!

Aos amigos Eronildo Felisberto e Isabella Samico, responsáveis pelo Grupo de Estudos e Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP), agradeço a confiança no meu trabalho e a oportunidade de participar da experiência do doutorado internacional.

Aos queridos amigos e colegas de trabalho, Paulo Frias, Lygia Carmen, Suely Arruda, companheiros de longa jornada. Aprendi com vocês lições acadêmicas e de vida.

À equipe técnica da Pesquisa Equity LA II e do GEAS/IMIP, Greciane Soares, Cecylia de Oliveira, Hylany Almeida, Mireilly Hemetério e Luciana Dubeux, entre outros, com os quais vivenciei etapas de crescimento mútuo, profissional e pessoal.

À Anatelma, por ter, em essência, a arte de cuidar das pessoas. Difícil citar todos, algumas já não estão presentes, mas firmaram laços de amizade e deixaram boas lembranças.

Aos meus colegas de doutorado com os quais dividi angústias e esperanças, em especial Gisele Cazarin, pela sintonia de sentimentos, companheirismo e apoio.

À equipe de gestão e profissionais da rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, pela receptividade e apoio na realização desse estudo.

A Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE pelo apoio, em especial a Rivonylda Araújo, Luana Amaral, Luís Malheiros e toda equipe do Departamento de Qualidade de Vida, pela confiança e incentivo para finalização e defesa da tese.

A Talita Vasques, pela compreensão e contribuição na revisão desse trabalho.

A Anna Flavia, Bartô Nigro, Jair Soares e amigos do núcleo espírita Centelha de Jesus, por terem contribuído para o meu equilíbrio emocional e espiritual, no desenvolvimento dessa missão.

A todos que me impulsionaram a construção desse trabalho, quero render meus sinceros agradecimentos. Amigos, conhecidos, companheiros de trabalho que ao cruzarem meu caminho, perguntavam-me inquietos: “e a tese?”

A todos vocês, respondo com o coração transbordando de alegria: “ela está aqui!”

Muito obrigada!

RESUMO

A fragmentação dos serviços de saúde representa um dos principais obstáculos para atingir cuidados efetivos em muitos países, incluindo o Brasil. Essas dificuldades são mais evidentes na atenção às pessoas com doenças crônicas e múltiplas enfermidades, que requerem atenção contínua, multiprofissional e com diferentes níveis assistenciais. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a coordenação da atenção entre níveis assistenciais aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em um município do estado de Pernambuco, Brasil. O estudo é um recorte da pesquisa multicêntrica Equity-LA II. Com abordagem de métodos mistos, o estudo avaliativo foi desenvolvido no município de Caruaru, Pernambuco, Brasil. No inquérito foram entrevistados 180 médicos (58 Atenção Primária à Saúde- APS e 122 Atenção Especializada - AE), que trabalhavam na rede há mais de três meses. As variáveis relacionaram-se à coordenação da informação, gestão clínica, conhecimento e uso de mecanismos e fatores que influenciam. Os dados foram analisados utilizando programa *SPSS* 23.0. De caráter descritivo-interpretativo, a investigação qualitativa foi conduzida por meio de 24 entrevistas semiestruturadas com médicos, apoiadores institucionais, gerentes e gestores. O tamanho final da amostra foi definido pela saturação da informação. Realizou-se análise temática de conteúdo, segmentado por grupo de informante e temas. Os resultados demonstraram que médicos da APS e AE reconhecem a importância da informação trocada entre os níveis para cuidado ao paciente. No entanto, a maioria considerou não haver troca de informações. Há consenso entre equipe de gestão e profissionais sobre a deficiência de acesso ágil e oportuno à informação, destacando-se a inexistência de mecanismos adequados e falta de diálogo entre profissionais. Especialistas questionam a adequação clínica dos encaminhamentos da APS, relacionando-os com a baixa resolubilidade desse nível de atenção. Não existe consenso quanto ao papel do responsável clínico como coordenador do processo de atenção. Os mecanismos de coordenação são subutilizados e quando utilizados apresentam divergências entre níveis. Os mecanismos mais utilizados foram o telefone, bilhetes e os protocolos do Ministério da Saúde. Já as sessões clínicas conjuntas foram os menos conhecidos e utilizados. Chama atenção a baixa utilização dos formulários de Referência e Contrarreferência, principal mecanismo de articulação entre níveis no sistema de saúde brasileiro. De modo geral, médicos da APS utilizam mais os mecanismos que os especialistas. A falta de confiança e reconhecimento do especialista em relação aos generalistas representa um problema. Tais resultados evidenciam que a coordenação da informação e da gestão clínica, bem como o conhecimento e uso dos seus mecanismos, mostraram-se insuficientes para uma adequada coordenação entre níveis assistenciais. O pouco conhecimento e a ausência de colaboração mútua contribuem para fragmentação das práticas e do cuidado, repercutem negativamente na qualidade da atenção e dificultam a edificação do modelo de atenção em rede. A análise permitiu aprofundar o olhar para complexidade das relações entre os atores e como podem influenciar a coordenação. Ao perceber tensões e fragilidades comunicacionais, torna-se premente introduzir estratégias multifacetadas que instituem espaços para diálogos, onde se promovam articulação entre APS e AE. A identificação desses entraves pode dar subsídios ao planejamento e avaliação de futuras intervenções.

Palavras-chave: Níveis de atenção à saúde; Comunicação em saúde; Gestão clínica; Avaliação em saúde; Atenção integral à saúde.

ABSTRACT

Fragmentation of health services is one of the main obstacles to meet effective care in many countries, including Brazil. These difficulties are more evident in the attention to people with chronic diseases and multiple ailments that require continuous multiprofessional attention, and different care levels. This research aimed to evaluate the coordination of care between levels of care to patients with chronic noncommunicable diseases in a city in the state of Pernambuco, Brazil. The study is a cut-off from the multicentric Equity-LA II research. The evaluative study, with a mixed methods approach, was developed in the city of Caruaru, Pernambuco, Brazil. In the survey, 180 physicians (58 Primary Health Care - PHC and 122 Specialized Care - AE), who had been working in the network for more than three months, were interviewed. The variables were related to information coordination, clinical management, knowledge and use of influenced mechanisms and factors. Data were analyzed using SPSS 23.0 software. Qualitative research, with descriptive-interpretive nature, was conducted through 24 semi-structured interviews with physicians, institutional supporters, managers and administrators. The final sample size was defined by the saturation of the information. Thematic content analysis was carried out, segmented by informant group and themes. The results showed that PHC and AE physicians recognize the importance of information exchanged between levels for patient care. However, most considered that there was no exchange of information. There is a consensus between the management team and professionals about the lack of agile and timely information access, highlighting the absence of adequate mechanisms and lack of dialogue among professionals. Specialists question the clinical adequacy of the referrals of PHC, relating them to the low resolubility of this level of attention. There is no consensus as to the role of the responsible clinical doctor as coordinator of the care process. Coordination mechanisms are underutilized and when used they have divergences between levels. The most used mechanisms were the telephone and tickets, the protocols of the Ministry of Health and the joint clinical sessions were the least known and used. It is worth noting the low use of reference and counter-referral forms, the main mechanism of articulation between levels in the Brazilian health system. In general, PHC doctors use more mechanisms than specialists. The lack of confidence and recognition of the specialist in relation to the generalists represents a problem. These results highlight that the coordination of information and clinical management, as well as the knowledge and use of their mechanisms, have proved insufficient for an adequate coordination between care levels. The little knowledge and lack of mutual collaboration contributes to the fragmentation of practices and care, negatively affects the quality of care and makes it difficult to build the network care model. The analysis allowed to deepen the look at the complexity of the relations between the actors and how they can influence the coordination. When perceiving tensions and communicational fragilities it becomes urgent to introduce multifaceted strategies that establish spaces for dialogues that promote articulation between PHC and AE. Identifying these barriers can give grants to the planning and evaluation of future interventions.

Keywords: Levels of health care; Health communication; Clinical management; Health evaluation; Comprehensive health care.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. O impacto das Doenças Crônicas não Transmissíveis.....	1
1.2. Ações de Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.....	3
1.3. Organização do cuidado às doenças crônicas na Rede de Atenção à Saúde: principais avanços e desafios.....	5
1.3.1. Coordenação entre níveis assistenciais.....	10
1.3.2. Mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais.....	14
1.3.3. Fatores que influem na coordenação entre níveis assistenciais.....	18
1.4. Avaliação em Saúde.....	19
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivo Geral.....	23
2.2. Objetivos Específicos.....	23
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1. A pesquisa Equity LA II.....	24
3.2. Desenho do Estudo.....	24
3.3. Área do Estudo.....	25
3.4. Estudo Quantitativo.....	26
3.4.1. Desenho do estudo.....	26
3.4.2. Amostra.....	26
3.4.3. Variáveis Seleccionadas.....	28
3.4.4. Fonte de Dados.....	29
3.4.5. Processamento e Análise dos Dados.....	30
3.5. Estudo Qualitativo.....	31
3.5.1. Desenho do estudo.....	31
3.5.2. Amostra.....	31
3.5.3. Fonte de Dados.....	33
3.5.4. Análise dos Dados.....	34
3.6. Síntese dos aspectos metodológicos.....	35

3.7. Aspectos Éticos.....	36
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Estudo quantitativo.....	37
4.1.1. Caracterização da amostra.....	37
4.1.2. Coordenação da atenção entre níveis assistenciais.....	39
4.1.3. Conhecimento e uso de mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais.....	43
4.1.4. Fatores relacionados com a coordenação entre níveis assistenciais.....	48
4.1.5. Fatores associados à percepção da articulação entre níveis assistenciais.....	52
4.2. Estudo Qualitativo.....	54
4.2.1. Entendimento acerca da ‘coordenação da atenção entre níveis assistenciais’	54
4.2.2. Aspectos que influem na coordenação entre níveis assistenciais.....	61
4.2.3. Sugestões para melhoria da coordenação entre níveis assistenciais.....	70
5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
5.1. Coordenação da informação entre níveis assistenciais.....	74
5.2. Coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais.....	77
5.3. Conhecimento e uso de mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais.....	84
5.3.1. Mecanismos de adaptação mútua.....	85
5.3.2. Mecanismos de padronização.....	88
5.4. Limitações do estudo.....	92
5.5. Considerações finais e Recomendações.....	93
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica do município de Caruaru, estado de Pernambuco, Brasil.....	25
Figura 2. Frequência de envio e recebimento do Formulário de Referência (FR) e de Contrarreferência (FCR) na rede de atenção à saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	48
Figura 3. Percepção geral dos médicos quanto à articulação entre níveis de atenção na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção à saúde.....	14
Tabela 2. Número de médicos incluídos no estudo por nível de atenção. Caruaru, Pernambuco–Brasil, 2015.....	27
Tabela 3. Tipo de unidade de saúde participante do estudo no município de Caruaru – Pernambuco, Brasil, 2015.....	27
Tabela 4. Composição da amostra de informantes, segundo categoria profissional e nível de atenção de atuação. Caruaru–Pernambuco, Brasil, 2015.....	33
Tabela 5. Características sociodemográficas dos médicos da rede de atenção. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	37
Tabela 6. Características laborais dos médicos da rede de atenção. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	38
Tabela 7. Coordenação da informação entre níveis de atenção na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	40
Tabela 8. Coordenação da gestão clínica: coerência da atenção entre níveis assistenciais na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	41
Tabela 9. Coordenação da gestão clínica: seguimento do paciente entre níveis assistenciais na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	42
Tabela 10. Coordenação da gestão clínica: acessibilidade entre níveis assistenciais na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	43

Tabela 11. Conhecimento da existência de mecanismos de coordenação entre níveis de atenção na rede de saúde de Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	44
Tabela 12. Frequência de uso dos mecanismos de coordenação entre níveis, na rede de Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	45
Tabela 13. Finalidade dos mecanismos de coordenação entre níveis, na rede de Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	47
Tabela 14. Fatores organizativos relacionados à coordenação entre níveis assistenciais. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	50
Tabela 15. Atitude dos médicos em relação ao trabalho e fatores de interação. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	52
Tabela 16. Fatores associados com a percepção dos médicos sobre a articulação entre níveis assistenciais. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015.....	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Categoria e subcategorias de análise.....	34
Quadro 2. Síntese dos aspectos metodológicos do estudo.....	35

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Questionário COORDENA-BR para entrevista no inquérito.....	115
Anexo 2. Roteiro para entrevista individual sobre a coordenação entre níveis assistenciais.....	124
Anexo 3. Parecer de aprovação do Projeto Equity LA II- Comitê Ético de Investigação Clínica- <i>Consorti MAR Parc de Salut</i> de Barcelona (CEIC).....	126
Anexo 4. Parecer de aprovação do Projeto Equity LA II - Comitê de Ética em Pesquisas do IMIP	127
Anexo 5. Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE).....	128
Anexo 6. Parecer consubstanciado - Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP.....	129
Anexo 7. Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru.....	133

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÔNIMOS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEIC	Comitê Ético de Investigação Clínica/Consorti MAR Parc de Salut de Barcelona
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coap	Contrato Organizativo de Ação Pública
DALY	<i>Disability Adjusted life years</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EQUITY LA II	Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FCR	Formulário de Contrarreferência
FR	Formulário de Referência
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
GPC	Guias de Práticas Clínica
GT	Grupos de Trabalho
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
INFOCRAS	Sistema Informatizado de Marcação de Consultas e Procedimentos
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas.
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PE	Pernambuco
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso de da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SICA	Comissão Europeia como Ação de Cooperação Internacional Específica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

1. INTRODUÇÃO

1.1. O impacto das Doenças Crônicas não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. As DCNT são responsáveis por cerca de 71,0% mortes em todo o mundo. Destas, mais de 40% foram mortes prematuras (de 30 a 70 anos), das quais, 85,0% ocorrem em países de média e baixa renda¹. A carga de DCNT cresce rapidamente, acelerada pelos efeitos negativos da globalização, rápida urbanização, vida sedentária e alimentação com alto teor calórico, além do consumo do tabaco e do álcool².

Em 2016, das 57 milhões de mortes que ocorreram em todo o mundo, 41 milhões foram por DCNT (71%). As principais causas dessas mortes foram: doenças cardiovasculares (44,0%); cânceres (9,0%); doenças respiratórias, incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (9,0%); e diabetes (4,0%)¹. As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das doenças crônicas e a necessidade da tomada de ações imediatas para combatê-las². Neste sentido, a ‘epidemia de obesidade’ que acomete o mundo, com o consequente crescimento da prevalência de diabetes e hipertensão, torna-se um grande desafio para as nações. As DCNT têm gerado perda da qualidade de vida, com alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral, com aumento das iniquidades e da pobreza^{3,4}.

As mudanças ocorridas no tempo e nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica, estão associadas às transformações demográficas, sociais e econômicas. Segundo Schimdt et al⁵, a princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tendeu a beneficiar grupos mais jovens da população, que passaram a conviver com fatores de

risco associados às doenças crônicas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, as DCNT tornam-se mais frequente.

O envelhecimento da população constitui uma das transformações demográficas mais importantes do século 21. Em 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais na população mundial foi de 12,3%. O Brasil acompanha tal tendência mundial, apresentando, desde os anos 60 do século passado, processos múltiplos e complexos de transição. Entre 2005 e 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais na população do País passou de 9,8% para 14,3%⁶. O impacto previsto é o aumento da incidência e prevalência de DCNT, que já respondem por 74 % do total de mortes no País. Dessas, destacam-se as doenças cardiovasculares (28,0%), cânceres (18,0%), doenças respiratórias crônicas (6,0%) e diabetes (5,0%)¹.

Uma medida de “carga global da doença”, desenvolvida pela OMS, é o DALY- *Disability Adjusted life years* (anos de vida ajustado por incapacidade). Um DALY equivale a um ano de vida saudável perdido². Dados da OMS revelam que 68% dos DALY perdidos para doenças crônicas em países de renda alta ocorreram entre aqueles em idade produtiva. O Brasil apresenta situação semelhante, onde as doenças crônicas representam em torno de 66% da carga de doenças^{1,2}.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças^{1,5,7}.

As DCNT representam dois terços da carga de doença dos países de média e baixa renda e chegará aos três quartos até 2030. Considerando seu impacto sobre o desenvolvimento, países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem mais de 20 milhões de anos produtivos de vida, anualmente^{1,3}. O impacto socioeconômico das DCNT pode comprometer a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana das nações⁴.

O debate internacional sobre o assunto culminou com uma Reunião da Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011. Com a participação de chefes de Estado, uma declaração de alto nível foi assinada com a missão de reduzir as taxas de mortalidade por DCNT. Em 2013, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou o Plano de Ação Global de DCNT, estabelecendo o compromisso dos

países membros com a redução da probabilidade de mortes por doenças crônicas em 25% entre 2015 e 2025^{4,8}.

O tratamento das DNCT pode ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde. A OMS estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde⁵.

1.2. Ações de prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil

O Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as DCNT de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.

Como antecedentes na estruturação da vigilância em DCNT, destaca-se a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) em 2000, que tomou as primeiras iniciativas de contextualização do tema. Em 2003, o suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) possibilitou analisar a prevalência de problemas crônicos de saúde em subgrupos da população, diferenciados por características sociais e demográficas, bem como avaliar o efeito da presença de morbidade crônica no uso dos serviços de saúde e nas limitações de atividades^{9,10}.

Em 2006, foi implantado a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), com 54 mil entrevistas anuais sobre DCNT e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas 27 capitais do Brasil. Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo¹⁰.

O monitoramento da morbidade e mortalidade das DCNT é realizado por meio dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros. Outras atividades neste processo são as capacitações das equipes de saúde de estados e

municípios para desenvolvimento de atividades e estratégias de promoção e assistência, com definição de indicadores de monitoramento e apropriadas às realidades.

Seguindo o panorama mundial em relação ao problema das DCNT, tendo como referência a reunião promovida pela ONU em 2011, o Brasil assumiu compromissos e lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022¹². O Plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis, baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, ao mesmo tempo em que deve fortalecer a organização dos serviços de saúde.

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças - circulatórias, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes - e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade), definindo três diretrizes estratégicas ou eixos de atuação:

- a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) Promoção da saúde;
- c) Cuidado integral.

Um balanço das atividades realizadas do plano foi apresentado em reuniões internacionais, como a reunião do primeiro Fórum Pan-Americano de Ação Contra as Enfermidades Crônicas. Dentre os avanços, destacaram-se as ações de vigilância e monitoramento das metas, com ênfase nos inquéritos nacionais e locais. Também foi viabilizado o incremento de recursos financeiros para estados e municípios, além das campanhas de divulgação e realização de eventos para avaliação¹³.

As ações de Promoção da Saúde tiveram o fomento de iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado, visando à adoção de estilos de vida saudáveis. Entre as ações desenvolvidas destaca-se a criação do programa Academia da Saúde^{13, 14}.

Um marco para o fortalecimento das ações de controle e prevenção das DCNT foi em 2006, a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A mesma foi revisada em 2014, considerando as demandas e compromissos nacionais e internacionais assumidos pelo governo brasileiro¹⁵. O Brasil tornou-se referência global para iniciativas antitabaco, pelos resultados alcançados e medidas regulatórias adotadas, como por exemplo, à propaganda de cigarros¹¹.

O eixo “Cuidado Integral” contempla ações para o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e visa à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas para uma abordagem integral da saúde, com vistas à prevenção e ao controle das DCNT. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental, abrangendo ações desde a promoção da saúde até o acompanhamento longitudinal dos usuários¹⁴. Dentre as principais ações realizadas, destacam-se investimentos para qualificação da APS, fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer e ampliação do Programa Farmácia Popular, melhorando o acesso a medicamentos gratuitos para tratamento das doenças crônicas¹³.

1.3. Organização do cuidado às doenças crônicas na Rede de Atenção à Saúde: principais avanços e desafios

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde da população. Por consequência, deve haver uma forte sintonia entre a situação de saúde da população e a forma como se estrutura o sistema de atenção à saúde, para responder, socialmente, a essa situação singular. Contudo, não é o que vem ocorrendo nos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo¹⁶.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde se manifesta em menor ou maior grau, em todos os países do mundo. Os sistemas de saúde estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e ascensão das condições crônicas^{5,17}.

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral, apresenta-se como deficiência de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população^{18,19}.

Na América Latina, muitos países vêm promovendo o desenvolvimento de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), definidas como o conjunto de organizações que oferecem uma atenção coordenada, através de um contínuo de

cuidados a uma população determinada, responsabilizando-se pelos custos e resultados na saúde da população. As RISS têm como objetivo melhorar a eficiência na prestação e continuidade dos cuidados²⁰. Contudo, ainda são incipientes as reformas centradas na coordenação dos cuidados, o que se reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema^{21,22}.

No cenário brasileiro, apesar de inegáveis avanços, a capacidade de resposta do SUS enfrenta grandes desafios. A organização da atenção e da gestão do SUS ainda se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas e práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde¹⁶. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, com ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por uma situação de tripla carga de doenças: DNCT, doenças infecciosas e aumento das causas externas^{10,17}.

As reformas que culminaram com a implantação do SUS buscaram fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e ampliar sua cobertura, enfatizando a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Nessa forma de organização do sistema, a APS se diferencia de outros níveis assistenciais por apresentar como principais atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado^{23,24}.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi resultado da experiência acumulada dos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores, envolvidos com o desenvolvimento do SUS. A PNAB considera os termos “Atenção Básica-AB” e “Atenção Primária à Saúde- APS” nas atuais concepções, como termos equivalentes²⁴.

Desde 1994, o Brasil vem investindo no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo de organização e expansão da APS. Em 2017, a ESF apresentava uma cobertura de 63,9% da população brasileira²⁵. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer, visando superar os problemas existentes, oriundos da herança de um sistema de saúde fragmentado e com estruturação da assistência baseado na atenção secundária e terciária.

Ainda há grandes dificuldades de comunicação e articulação entre os níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária). A APS é pouco resolutiva e

há dificuldade para a realização da referência e contrarreferência²⁶. Além disso, não há uma participação ativa dos usuários no cuidado com a saúde⁷.

O investimento para mudança na organização do sistema de saúde está no fortalecimento de um modelo de atenção regionalizado, com redes de atenção à saúde e que possa dar resolubilidade sobre 80% dos problemas de saúde²³.

Na organização em redes de alguns países da Europa, a APS é o centro e a principal coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos assistenciais, sendo, muitas vezes, a única porta de entrada²⁷. Em Países como a Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda, o médico generalista tem um papel de destaque na rede, sendo sua a responsabilidade de encaminhar os pacientes para outro nível de atenção^{28,29}.

A construção de um sistema baseado em rede surgiu nos anos 90 nos Estados Unidos, como um esforço para superar o problema da fragmentação do sistema de saúde. A experiência avançou para a Europa Ocidental e para o Canadá, até alcançar alguns países em desenvolvimento. A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde, segundo a lógica de redes, tem marcos importantes decorrentes da reunião de Alma-Ata, em 1978. Contudo, iniciativas de expansão, redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas, por exemplo, no relatório Dawson de 1920^{30,17}.

As experiências latino-americanas de redes tomam como principal exemplo o sistema integrado de saúde da Catalunha, Espanha²⁰. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. Nesta forma de organização, a APS é considerada a porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado¹⁷.

No Brasil, a RAS foi oficializada pelo Ministério da Saúde através da portaria 4.279, em 2010, e pelo decreto n. 7508, em 2011³¹. A publicação desse decreto representou um avanço para a construção das RAS nas regiões de saúde. Com ele, a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), como instrumento jurídico para pactuação entre os gestores, e a constituição da Comissão Intergestores Regional

(CIR) propiciam que os diversos territórios no País se organizem para estruturarem seus serviços de atenção à saúde dentro de uma rede ³¹.

Em 2013, com o ideal de reorganizar o cuidado à saúde para promover e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, foi criada a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS³².

Sobre a natureza do objeto “rede”, Hartz e Contandriopoulos³³ destacam que uma dupla leitura torna-se indispensável: uma vertente organizacional, voltada para a produção de serviços, e outra, como uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas, num contexto de compromissos mútuos.

No cenário latino-americano, o Brasil destaca-se pelo acúmulo teórico e diversidade de cenários no desenvolvimento de RAS. No entanto, ainda não contempla a necessária disseminação e reconhecimento dos aspectos que contribuem para o alcance de seus objetivos e das dificuldades em desenvolvê-las³⁴.

Na trajetória de organização da APS como ordenadora da rede, um marco importante foi, em 2006, a criação da PNAB. Em 2011, a PNAB foi revisada em suas diretrizes e normas, ampliando as formas de financiamento e opções de modelagens de equipes de saúde para as diferentes populações e realidades do Brasil^{24, 34}.

Em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM)³⁵, instituído pela lei 12.871, teve como finalidade a expansão de vagas para graduação, especialização e residência médica, com valorização do profissional da atenção básica e provimento emergencial de médicos para regiões mais vulneráveis e prioritárias para o SUS (municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, ou entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita”).

No entanto, em 2017, em meio a uma grave crise financeira e política do País, o Ministério da Saúde propõe mudança na PNAB. Várias entidades em defesa da saúde pública pronunciaram-se contra essa mudança, por considerar que colocava em risco a centralidade da ESF. Somando-se, ainda, aos danos já enfrentados pelo SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (PEC 55/241), que agrava o subfinanciamento da saúde, reduzindo, progressivamente, seus recursos por 20 anos³⁶. Tais questões representam uma importante limitação para sustentabilidade do SUS e desafios para organização do sistema de saúde em redes.

Na RAS, o modelo de atenção à saúde é determinante para orientar a forma como a atenção é realizada e como os diversos pontos da rede se comunicam e se articulam. Com esse entendimento, a partir de experiências internacionais^{37,38} e na análise do contexto brasileiro, Mendes¹⁶ propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Tal modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações, a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo- estrato^{16,32}, sendo os seguintes:

a) Nível 1 - Intervenções de promoção da saúde e ações intersetoriais, abrangente a toda população, com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macro determinantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias;

b) Nível 2 -Intervenções de prevenção das condições crônicas, com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (Ex: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool);

c) Nível 3 - Gestão da condição de saúde (baixo ou médio risco). A partir deste nível, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida e os fatores de risco biopsicológicos. O foco está direcionado para ações de autocuidado apoiado, com a atenção clínica ao indivíduo, geralmente realizada pela APS;

d) Nível 4 - Gestão da condição de saúde (alto ou altíssimo risco). A atenção está direcionada para subpopulações com condição complexa. Além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado;

e) Nível 5 – Gestão do caso (condição de saúde muito complexa). Estas subpopulações chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Pode-se dizer que a gestão de caso é um processo de cuidado cooperativo que se desenvolve entre: a) o portador de uma condição de saúde complexa/e sua família; b) o profissional gestor de caso e sua equipe; c) a rede de suporte social.

Esse modelo de atenção vem sendo difundido pelo Ministério da Saúde (MS) para subsidiar os passos de constituição de rede: elencar pontos de atenção, definir suas

atribuições, instituir fluxos e diretrizes clínicas que norteiam a prática dos profissionais, entre outros¹⁴.

Segundo Merhy³⁹ o percurso da linha do cuidado sob a perspectiva de doenças crônicas requer atuação articulada e respostas na macro e micro política, considerando que existe uma relação estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde. Para o autor, é importante pensar a dimensão familiar e da comunidade na gestão do cuidado, uma vez que, as relações estabelecidas podem influenciar no plano terapêutico e na perspectiva da corresponsabilidade^{39, 40}.

A concepção da linha de cuidado⁴⁰ entende a produção de saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada à imagem de uma linha de produção centrada na atenção ao beneficiário e em seu campo de necessidades.

1.3.1. Coordenação entre níveis assistenciais

A coordenação dos cuidados tem sido destacada internacionalmente como aspecto fundamental para a organização de sistemas integrais de saúde, pois é identificada como estratégia capaz tanto de garantir a continuidade da atenção quanto de otimizar o uso dos recursos em saúde^{41,20}.

Problemas vinculados à coordenação dos cuidados à saúde são apontados como um dos principais desafios à organização dos sistemas de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, face à fragmentação da rede assistencial e à insuficiente comunicação entre prestadores^{42,22,26}.

Em estudo de revisão da literatura, Powell *et al.*⁴³ destacam dificuldades na APS em desenvolver sistemas consistentes para a coordenação do cuidado, incluindo registros integrados de pacientes, sistemas de informação compatíveis, avaliações consistentes e centrais de regulação compartilhadas.

No contexto brasileiro, a APS ainda enfrenta muitos desafios, dentre os quais a baixa resolubilidade e o acesso seletivo, o que fragiliza a constituição de redes. As estratégias de coordenação da atenção aos pacientes com doenças crônicas requerem cuidados de profissionais apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua, evitando assim internações desnecessárias e melhoria na qualidade da atenção^{44,45}.

As concepções sobre coordenação são complexas e multidimensionais, sendo definidas de diferentes formas por diversos autores^{46,47}. Calnan *et al.*⁴⁸ consideram que a coordenação tem a perspectiva de articular diversos serviços e ações de saúde relacionadas, de forma sincronizada e dirigidas a um objetivo comum. Em função disso, deve constituir-se uma rede assistencial integrada por todos os níveis de serviços de saúde.

Mitchell e Shortell⁴⁹ definem coordenação como o gerenciamento de um sistema de intercâmbios. Para os autores, um adequado grau de coordenação pode ampliar e melhorar a comunicação, reduzir incertezas e evitar conflitos. Embora os conflitos sejam parte inerente a qualquer organização social, estes surgem, sobretudo, quando organizações, com interesses diversos, tentam trabalhar juntas.

Para Starfield²³, a coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção (ininterrupta) no interior da rede de serviços, representando assim um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum”. Na atividade dos profissionais, essa capacidade pode ser entendida como a habilidade para reconhecer, encaminhar os problemas de saúde e promover a integração entre os serviços de saúde que o usuário requer.

Hartz e Contandriopoulos³³ consideram a coordenação como o propósito principal dos processos de integração de serviços de saúde. “Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua “interdependência”.

No enfoque de Terraza-Núñez *et al.*⁵⁰ a coordenação assistencial é definida como um acordo entre todos os serviços relacionados com a atenção do paciente, independente do lugar onde se oferte, de maneira que se harmonize e se alcance um objetivo comum, administrando os possíveis conflitos, com foco na interação entre provedores. Tal definição está em consenso com o que preconizam Longest e Young⁴⁶.

A coordenação entre níveis de atenção pode ser dividida em três tipos: coordenação da informação, da gestão clínica e administrativa. Na literatura europeia e nos Estados Unidos da América (EUA) a ênfase está relacionada aos dois primeiros tipos de coordenação⁵¹. Contudo, os resultados do estudo Equity LA realizado na

Colômbia e no Brasil evidenciaram também aspectos relacionados à coordenação administrativa ²⁶.

O enfoque deste estudo aborda a coordenação da informação e da gestão clínica ⁵¹. Nesse sentido, conhecer a maneira como os profissionais transmitem a informação é importante para unir os eventos anteriores com os atuais e adaptar a atenção às necessidades dos pacientes⁵².

A “Coordenação da Informação” é a transferência entre níveis de atenção e uso de informação de episódios anteriores e da situação biopsicossocial na atenção atual ao paciente, sendo constituída por duas dimensões (tabela 1): transferência e utilização de informação⁵².

A transferência da informação clínica e da situação biopsicossocial entre níveis assistenciais é o intercâmbio de informação sobre o paciente, mediante mecanismos formais e uso de canais informais de comunicação, e contempla os seguintes atributos^{51,52}:

a) Disponibilidade de mecanismos adequados para transferência de informação: refere-se à existência de mecanismos formais e canais informais para transferência (formato de referência e contrarreferência, história clínica compartilhada, resumo de alta hospitalar, e-mail, telefone, etc.), com acesso ágil e oportuno da informação compartilhada por todos os profissionais envolvidos no processo, e com conteúdo da informação adequados às necessidades (motivos da referência do paciente, planos de tratamento a seguir, etc.);

b) Registro adequado da informação por parte dos profissionais, tais como o preenchimento correto de todos os campos de referência, ou anexo dos exames para diagnósticos realizados.

A utilização da informação é fundamental para orientar as decisões clínicas sobre um evento atual que recebe atendimento em outro nível^{16, 22}. A transmissão entre níveis é necessária, mas também é importante que os profissionais as considerem na tomada de decisões. Os atributos compreendem a consulta da informação transferida sobre o paciente e a incorporação desta informação compartilhada na atenção (por exemplo, no diagnóstico definitivo, medicamentos prescritos, entre outros).

A coordenação da gestão clínica é a provisão de atenção de maneira sequencial e complementar, dentro de um plano de atenção compartilhado pelos diferentes níveis de

atenção e serviços que participam. Essa abrange três dimensões: coerência da atenção, acessibilidade entre níveis e o seguimento adequado do paciente.

A coerência da atenção implica na existência de aproximações e objetivos de tratamento similares entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, apresentando os seguintes atributos:

a) Existência de objetivos clínicos, provas diagnósticas e tratamentos compartilhados na atenção do paciente (ex.: sessões clínicas e guias de práticas clínicas compartilhadas, revisão de casos, grupos multidisciplinares, entre outros);

b) Reconciliação dos distintos tratamentos, indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais ao paciente (ex.: prescrição de medicamentos);

c) Adequação clínica da transferência do paciente (ex.:referência, contrarreferência, alta hospitalar);

d) Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos contraindicados, entre níveis assistenciais.

O seguimento adequado do paciente refere-se à existência de transições de um nível assistencial a outro em conformidade (ex.: consulta na APS para consulta com o especialista). Apresentando os seguintes atributos:

a) Existência de um responsável pelo seguimento clínico do paciente que atue como coordenador entre níveis;

b) Evidência de comunicação oportuna no espaço de tempo, desde o nível que transfere o paciente ao responsável pelo seu seguimento;

c) Consulta de seguimento oportuna, com o responsável pelo paciente, depois da transferência do paciente entre níveis.

A acessibilidade entre níveis assistenciais representa a provisão da atenção sem interrupções entre níveis, ao longo de um episódio dos pacientes (ex.: tempo de espera elevado). A Tabela 1 apresenta tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção à saúde.

Tabela 1. Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção à saúde

Tipos	Dimensões	Atributos
Coordenação da informação	- Transferência da informação clínica e biopsicossocial	Disponibilidade de mecanismos adequados para transferência de informação - Existência de mecanismos - Acesso ágil e oportuno à informação - Conteúdos da informação adequados
	- Utilização da informação	Registro adequado da informação pelos profissionais Consulta da informação transferida Incorporação na prática clínica
Coordenação da gestão clínica	- Seguimento adequado do paciente	Existência de um responsável clínico do seguimento Evidência de comunicação oportuna com o responsável na transferência Consulta de seguimento oportuna depois da transferência
	- Acessibilidade entre níveis	Provisão da atenção sem interrupções
	- Coerência da atenção	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados Reconciliação de tratamentos Adequação clínica da transferência do paciente Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos
Coordenação administrativa	- Circuitos administrativos estabelecidos	- Existência de mecanismos para a coordenação administrativa - Referência administrativa do paciente a unidade adequada
	- Ordenação do acesso	- Programação prévia da consulta, exame, etc.

Elaborado a partir de Reid *et al.*⁵¹ e Haggerty *et al.*⁵²

1.3.2. Mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais

Para promover a integração assistencial, foram criados mecanismos de articulação a fim de minimizar as barreiras entre níveis, facilitar a transferência de informações, a troca de conhecimentos e a melhoria na comunicação dos profissionais, contribuindo para a continuidade do cuidado e a coordenação da atenção.

Existem diversos tipos de mecanismos de coordenação entre níveis de assistenciais. A depender da forma, esses podem ser baseados em: a) Normalização ou padronização: habilidades, processos de trabalho e de resultados; b) Adaptação mútua:

favorecem o trabalho através do contato entre os participantes envolvidos no processo de trabalho, em situações de difícil planejamento^{53,54}.

Segundo Mintzberg⁵⁴, a coordenação dos serviços de saúde historicamente tem sua base a partir da normalização das habilidades através de programas de formação e educação continuada na área. Como exemplo de mecanismo baseados na padronização de habilidades tem-se o sistema experto.

O sistema experto está constituído por estratégias de capacitação continuada que contribuem para incrementar o conhecimento dos profissionais do primeiro nível de atenção, e, desta maneira, propõe-se a compartilhar conhecimentos e melhorar a coordenação entre níveis assistenciais. Esses são também conhecidos como métodos reflexivos de capacitação⁵⁵, tendo como exemplos:

a) Conformação de grupos de especialistas que atuam como expertos de referência para os médicos da APS, colaborando e conhecendo o contexto, realizando consultas conjuntas e sessões clínicas compartilhadas para analisar casos concretos;

b) Auditorias internas nas quais especialistas e geralistas trabalham em grupos mistos, analisado histórias clínicas compartilhadas para identificar erros ou pontos de potencial melhora na atenção do paciente ao longo do contínuo assistencial;

c) Supervisões in situ dos profissionais do primeiro nível por parte dos especialistas concebidas não como controle, mas como forma de educação continuada;

d) Rodízio dos médicos por distintos serviços de saúde, onde médicos da APS podem permanecer por um período em diferentes centros de especialidades. Também para os especialistas, principalmente no processo de formação, recomenda-se que se destine um tempo de permanência na APS, com a finalidade de favorecer intercâmbios de informações e de conhecimento mútuo^{37, 48}.

Os mecanismos baseados na padronização de processo de trabalho surgiram como alternativa para a eficiência de recursos e são utilizados para coordenar a gestão da atenção, referência entre níveis e a coordenação das funções de direção e de apoio na rede. São exemplos desses mecanismos: as guias de práticas clínica, os mapas de atenção ou protocolo, as guias farmacológicas compartilhadas, os protocolos e circuitos para referências de pacientes.

a) As guias de práticas clínica (GPC) compartilhadas entre níveis de atenção são recomendações sistemáticas, baseadas em evidências científicas, para orientar as

decisões dos profissionais e dos pacientes sobre as intervenções mais adequadas e eficientes na abordagem de uma problemática específica em circunstâncias concretas^{37,46};

b) Os mapas de atenção, trajetórias clínicas ou protocolos de atenção são planos de gestão da atenção que preveem as intervenções que deverão ser realizadas pelos profissionais para alcance dos objetivos em um tempo determinado. Os Protocolos contribuem para minimizar custos, tempo de espera e melhorar a qualidade da atenção. Um exemplo de mapa de atenção é o planejamento da alta hospitalar^{46, 50};

c) As guias farmacológicas compartilhadas descrevem os tratamentos farmacológicos para determinadas doenças, assim como elementos de monitoramento e comunicação^{50,56};

d) Os protocolos e circuitos para a referência de pacientes indicam os passos a seguir no encaminhamento entre níveis: na solicitação de referência do paciente para unidade especializada, na programação da consulta e na contrarreferência, devendo ser acompanhada por informações, como por exemplo, exames diagnósticos e tratamentos^{57, 58}.

Os mecanismos de coordenação baseados na padronização de resultados também visam promover o melhor resultado possível para os pacientes, uma vez que têm objetivo definido e estratégias para alcançá-lo. Contudo, a aplicação adequada desses instrumentos enfrenta limitações importantes devido à dificuldade de estabelecer e medir de maneira apropriada os resultados para um processo assistencial²³. Geralmente a organização do trabalho agrupa tarefas por especialidades e níveis de atenção, e não por processos⁵³.

Os mecanismos de coordenação baseados na adaptação mútua, em geral, buscam o contato entre os indivíduos participantes do processo e concentram-se em âmbitos com tradição no trabalho interdisciplinar⁵⁴. Em situações cotidianas, faz-se uso de instrumentos de comunicação informal (telefone, e-mail e reuniões informais) que estimulam o contato entre os profissionais. Em situações mais complexas, utiliza-se instrumentos de integração como grupos de trabalho, postos de integração, estrutura matricial ou sistemas de informação vertical. Estes atuam como instrumentos de conexão entre os profissionais que trabalham na rede de serviços, porém sua eficácia

depende da importância que lhe seja atribuída na organização e nos processos decisórios^{59,60,61}.

Os grupos de trabalho (GT) são formados por um pequeno número de profissionais com habilidades complementares, que se comprometem a alcançar objetivos comuns. São exemplos, grupos multiprofissionais e transdisciplinares (GT de saúde mental, reabilitação, entre outros)⁶².

Os postos de integração são formados por profissionais de saúde que atuam como fonte de informação central, canalizam a comunicação e asseguram a coordenação entre diferentes unidades ou níveis assistenciais. Tem-se como exemplo as equipes multidisciplinares de avaliação, suporte ao hospital para doentes crônicos, resumo de alta hospitalar e as centrais de regulação^{23,63}. As centrais de regulação das redes coordenam a referência de pacientes, internações hospitalares, programação de consultas e provas diagnósticas na atenção especializada.

Para coordenar funções de direção e apoio ao longo da rede assistencial, em geral, utilizam-se dispositivos de integração como comitês permanentes, dirigentes integradores e estruturas matriciais^{41,61,65}. Os comitês permanentes, com a participação de diretores dos diferentes níveis assistenciais, são um dos instrumentos mais utilizados para definir estratégias e políticas globais da rede, e intercambiar informação⁶⁴.

As estruturas matriciais permitem organizar os recursos em torno de processos assistenciais, sem renunciar à agrupação das atividades por níveis assistenciais e sem duplicar recursos. Representa um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica⁶⁵.

Um sistema de especial interesse para a coordenação nas redes é o sistema de informação em saúde⁴. Nesse, o sistema de Referência (R) e Contrarreferência (CR) é um dos principais mecanismos para articulação entre níveis assistenciais^{58,66,67}. Esse sistema é definido pelo Ministério da Saúde como o encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade e principal mecanismo para reorganizar o processo de trabalho e garantir a coordenação da atenção³¹.

Diversos autores indicam que a utilização de estratégias globais combinando diferentes mecanismos torna mais efetiva a coordenação entre níveis assistenciais^{43,68,69}.

Existe um consenso em relação à necessidade de monitoramento regular da prática dos profissionais de saúde, tanto para o desenvolvimento profissional, como para a melhoria da qualidade da atenção. Nesse sentido, a retroalimentação e integração da informação são fundamentais para contribuir na melhoria da coordenação assistencial^{37,70}.

Na América Latina, os estudos sobre os mecanismos de coordenação entre níveis são escassos e tendem a centrar-se no sistema de Referência e Contrarreferência e, em menor proporção, nas GPC ou o sistema experto^{65,66,67}.

1.3.3. Fatores que influem na coordenação entre níveis assistenciais

É consenso entre diversos autores que a adequada coordenação do cuidado implicará na redução de custos, melhoria no acesso e qualidade da atenção e será resultado de um esforço conjunto, proporcionando conhecimento das atribuições dos três níveis de atenção e estabelecimento de vínculos^{71,18,20}.

No entanto, o desenvolvimento de referenciais teóricos para guiar análise de fatores que influenciam a coordenação entre níveis assistenciais ainda é limitado⁷². No âmbito internacional, os estudos dos determinantes, geralmente, estão centrados no uso de um determinado mecanismo de coordenação (acesso ou da qualidade do cuidado)⁷³ ou aspectos muito concretos da coordenação, como o trabalho em equipe⁷⁴.

Dos estudos empíricos sobre os fatores que influenciam a coordenação, quatro tipos podem ser distinguidos: a) fatores organizacionais, como existência de certos tipos de mecanismos de coordenação, em todo o cuidado entre níveis ou em ter tempo suficiente para usá-los^{75,76}; b) fatores relacionados aos profissionais, como valores e atitudes no sentido de coordenar os cuidados e conhecer os profissionais do outro nível de atenção⁷⁷; c) fatores relacionados ao tipo de de cuidado requerido pelo paciente⁵⁰; e d) fatores relacionados com as características dos sistemas de saúde, ainda pouco explorados²⁶.

Quanto aos fatores relacionados com as características do sistema de saúde, tem-se como exemplo a presença de elementos de mercado que estimule a competitividade em lugar da colaboração por parte dos atores e a interferência de interesses políticos na definição das equipes gestoras, no planejamento e financiamento das intervenções. No

Brasil, os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais³¹. Destacando-se as características dos dispositivos regulamentadores do sistema de saúde e a forma de financiamento, como elementos que interagem entre si, influenciando a definição de diferentes práticas assistenciais, articuladas a diferentes contextos históricos e culturais¹⁷.

Os fatores organizativos como a existência dos mecanismos de coordenação, as condições de trabalho e a localização das unidades são aspectos que podem influenciar da coordenação entre níveis de atenção. Além desses, oferta de consultas e exames especializadas, tipo de contratação, forma de remuneração dos profissionais, o tempo disponível para a coordenação e a capacitação dos mesmos influem no interesse dos profissionais em coordenar-se, e no uso dos mecanismos^{78,45}.

Fatores relacionados com os profissionais são aspectos relevantes, como o sistema de valores, formação adequada e habilidades para a colaboração e coordenação. Este sistema está condicionado pelo tipo de formação, experiência prévia em coordenação e respeito mútuo^{78,73,26}. Assim, a construção de entendimentos no processo comunicativo e o respeito mútuo entre profissionais são considerados aspectos fundamentais, e requerem investimentos na formação contínua visando à melhoria nos processos de trabalho e na integralidade do cuidado^{78,79}.

Os fatores relacionados com as necessidades de saúde do paciente influem no tipo de interdependência entre os profissionais envolvidos no cuidado, no grau de incerteza da resolução do problema e nível de especialização das atividades requeridas^{50,73}.

1.4. Avaliação em Saúde

Atualmente os grandes desafios para a gestão em saúde consistem em realizar um planejamento e uma gestão eficiente, garantindo investimentos que promovam a ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de saúde. Para tanto, torna-se fundamental consolidar um eficaz mecanismo de monitoramento e avaliação em saúde.

Muitos países têm desenvolvido modelos para monitorar, medir e gerenciar o desempenho dos seus sistemas de saúde como forma de garantir a equidade, eficiência, efetividade das ações⁸⁰. Na literatura, os manuais e guias de avaliação dos organismos

internacionais como Banco Mundial, Comissão Europeia e de países como Canadá, França e Inglaterra- que desenvolveram maior grau de avanço neste processo - mostram a necessidade de dispositivos institucionais enquanto mecanismos de regulação, indispensáveis para avaliar programas públicos, que orientem a tomada decisão⁸¹.

As práticas de avaliação podem atuar como potente dispositivo de implicação, descoberta, aprendizado e apoio à mudança⁸². Contudo, é importante lembrar que todo processo avaliativo está inserido em uma determinada cultura organizacional, podendo sofrer influência da dinâmica dessa organização, dos atores que a compõem, seus interesses e forças internas e externas que a sustentam. A pertinência da avaliação⁸³ se refere à capacidade de responder aos problemas que precisam ser resolvidos e será tanto maior quanto mais coalizão ela suscitar.

Vê-se, pois, que avaliação em saúde não é uma disciplina, mas um campo de estudo que se destina a investigar as inter-relações entre consumidores e produtores, na medida em que eles afetam e são afetados pela organização dos serviços, tecnologia, financiamento e sistema de pagamento.

A avaliação apresenta uma pluralidade de conceitos e práticas, por se constituir como um processo crítico reflexivo, contínuo e sistemático. Entre as diversas definições, as avaliações de programas sociais têm conseguido maior consenso⁸⁴, estando relacionadas com o uso, mérito ou valor atribuído.

Para Scriven⁸⁵, a avaliação representa um processo de determinação do custo, mérito ou valor de algo ou produto desse processo; Rossi, Lipsey e Freeman⁸⁶ a definem como a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção; Patton⁸⁷, ao desenvolver uma abordagem denominada “avaliação focada para utilização”, inclui a coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultado dos programas, tendo como propósito fazer julgamentos e/ou subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

Essa breve visão de alguns autores da literatura especializada indica que seria ilusório pretender apresentar uma definição universal e absoluta da avaliação. Neste estudo foi adotado a definição Champagne *et al.*⁸⁸, a qual reúne os elementos que hoje são consensuais:

‘Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção e possam construir, individualmente ou coletivamente, um julgamento que possa traduzir em ações’.

Esse julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou seus componentes pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos), organizados em um contexto específico, num dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática^{88, 89}.

A perspectiva de avaliar programas ou intervenções em saúde traz contribuições significativas para a melhoria na qualidade dos serviços, ao delinear possíveis soluções e reorganizar suas atividades⁹⁰. Contudo, a utilização dos resultados das avaliações ainda se apresenta como uma questão inquietante e um objetivo a ser perseguido por todos os avaliadores⁹¹. Portanto, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados ao desenvolvimento de processos de avaliação e melhoria da qualidade da atenção à saúde é, sem dúvida, uma necessidade e um desafio⁹².

Considerando a contribuição da avaliação para melhoria dos serviços de saúde, Haggerty *et al.*⁹³, desenvolveram na América Latina uma estratégia de avaliação da APS através de um consenso obtido por *experts*, tendo como foco os atributos relacionados à coordenação, integralidade e continuidade do cuidado. Esse estudo teve como objetivo subsidiar a construção de um modelo explicativo sobre a problemática da fragmentação dos serviços de saúde.

No Brasil, a avaliação tem sido cada vez mais considerada um componente das práticas presentes no campo da saúde. Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde, estão as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, tais como processos de descentralização das responsabilidades, ações e recursos^{94, 95}.

Os esforços e movimentos direcionados à institucionalização da avaliação, como prática inerente às ações e organizações de saúde, são cada vez mais necessários. Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional

no qual seja capaz de influenciar o seu comportamento, estando ligado às atividades analíticas e de gestão. A institucionalização tem como objetivo, e também desafio, incorporar a avaliação no cotidiano dos gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos^{96,97}.

No atual contexto de implementação das redes de atenção à saúde, faz necessário avaliar a articulação entre os pontos de atenção. Nesse sentido, a avaliação da coordenação da atenção pode contribuir para identificação das dificuldades encontradas no âmbito organizacional e na comunicação entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, onde os resultados podem subsidiar gestores e profissionais na tomada de decisão, identificando caminhos para superação.

Para Hartz e Contandriopoulos³³ a integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços de diferentes profissionais e organizações, articulados no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. No entanto, apesar do crescimento das doenças crônicas, o foco das avaliações tem privilegiado a análise no âmbito corporativo e hospitalar, ainda com pouca ênfase na abordagem da atenção entre os níveis assistenciais.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a coordenação da atenção entre níveis assistenciais aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em um município do estado de Pernambuco, Brasil.

2.2. Objetivos Específicos

Na atenção aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis:

- a) Analisar a coordenação da informação entre níveis assistenciais e os fatores que a influenciam, quanto à transferência e utilização, experimentada pelos médicos da atenção primária e da atenção especializada;
- b) Analisar a coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais, quanto à coerência da atenção, acessibilidade e seguimento do paciente;
- c) Avaliar o conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais e os fatores que influenciam sua operacionalização.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. A pesquisa Equity LA II

O presente estudo é um recorte da pesquisa “*O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de Atenção à Saúde, em diferentes sistemas de saúde na América Latina- Equity LA II*”⁹⁸, sendo este um estudo multicêntrico, sob a coordenação geral do Consórcio de Saúde da Catalunha-Espanha com a participação de seis países latino-americanos- Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México, e Uruguai.

No Brasil, a coordenação do Projeto está sob a responsabilidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. A pesquisa Equity LA II tem como objetivo avaliar a efetividade de diversas estratégias de integração da atenção, na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), em distintos sistemas de saúde da América Latina⁹⁸.

Na pesquisa Equity, o desenho do estudo é *quasi-experimental*, com enfoque de Investigação-Ação Participativa (IAP) e multidisciplinar. Em cada um dos seis países participantes foram selecionadas duas redes de saúde comparáveis – uma de intervenção (RI) e outra de controle (RC). No Brasil, foram eleitos dois municípios do estado de Pernambuco: Caruaru e Recife (Distrito III e Distrito VII). Entre os critérios elencados para seleção estava a provisão de serviços em área urbana e de baixa renda e a disposição da gestão local em participar e implementar as intervenções desenhadas, a partir da análise do estudo de linha de base. A pesquisa teve início no ano de 2013 com previsão de finalização em 2019.

3.2. Desenho do Estudo

O presente estudo é derivado de um recorte da pesquisa Equity – LA II, com foco no estudo de linha de base. Trata-se de um estudo avaliativo, com uma abordagem de métodos mistos⁹⁹. Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos para

avaliação da rede de saúde quanto à coordenação da atenção entre níveis assistenciais e os fatores que influenciam sua operacionalização.

No estudo quantitativo, transversal, foi realizado um inquérito com os médicos da rede de saúde de Caruaru. O estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo-interpretativo⁹⁹, foi desenvolvido para explorar percepções e experiências dos profissionais dos serviços de saúde, gestores/gerentes e apoiadores institucionais.

3.3. Área do Estudo

Para o presente estudo foi selecionada a rede de saúde do município de Caruaru, no estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil (Figura 1). Situado na mesorregião Agreste, Caruaru ocupa uma área 928,1 km² e está a uma distância de 138 km da capital do estado de Pernambuco⁶.

Figura 1. Localização geográfica do município de Caruaru, estado de Pernambuco, Brasil



Fonte: IBGE, 2016⁶

Em 2015, a população estimada era de 347.088 habitantes, sendo o município mais populoso do interior pernambucano. Caruaru apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,677, o que o situa na faixa de IDH médio (0,600 e 0,699). Quanto à vulnerabilidade social, apresenta um percentual de 14,94% de analfabetos e aproximadamente 40% da população do município é vulnerável à pobreza⁶.

No âmbito da gestão no SUS, a Secretaria Municipal de Saúde tem como responsabilidade planejar, organizar, controlar e avaliar as ações do município, organizando o SUS no âmbito municipal, articulado ao Conselho Municipal de Saúde³¹. É também de competência da gestão municipal garantir a articulação permanente com os níveis estaduais, regionais e federal de saúde, responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda a população o pleno usufruto do direito à saúde^{31,34,45}.

A rede de saúde de Caruaru é composta por serviços dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), territorialmente descentralizados. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 67%¹⁰⁰. A rede municipal conta com 63 centros de APS (Unidades de Saúde da Família – USF: 45 na zona urbana e 18 USF na zona rural) e 19 centros de atenção especializada-AE (centros de saúde, policlínicas, ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e hospitais). Os procedimentos de alta complexidade que envolve alta tecnologia e/ou alto custo são realizados por dois hospitais de referência, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco- SES/PE¹⁰¹. O presente estudo foi desenvolvido no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018.

3.4. Estudo Quantitativo

3.4.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal, por meio de um inquérito, com aplicação presencial de um questionário estruturado na rede de saúde do município de Caruaru-PE, realizado no período de junho a dezembro de 2015.

3.4.2. Amostra

A população do estudo foi constituída por médicos da APS e da AE, que atuavam a mais de três meses na rede de atenção. O tamanho da amostra foi calculado pelo estudo Equity LA II com a finalidade de assegurar a detecção de uma variação de 15% entre redes na percepção dos médicos/as sobre a coordenação da atenção entre

níveis nas redes. Para tanto, adotou-se um poder de 80% e um nível de confiança de 95%.

A amostra proposta inicialmente foi de 174 médicos, aceitando-se no mínimo 50 médicos da APS, de acordo com a realidade encontrada. Utilizou-se como critério de inclusão: profissionais médicos que trabalhassem a mais de três meses na rede assistencial. Devido ao restrito número de médicos atuando na atenção primária, a amostra estudada foi composta por 58 profissionais da APS e 122 da AE, totalizando 180 médicos (Tabela 2).

Tabela 2. Número de médicos incluídos no estudo por nível de atenção. Caruaru, Pernambuco–Brasil, 2015

Médicos	APS	AE
Abordados	62	147
Não cumpriam os critérios	2	12
Não quiseram participar	2	13
Total de participantes	58	122

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

Na rede atenção do município de Caruaru (Tabela 3) foram abordados médicos de todas as Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Especialidades até que o tamanho da amostra fosse atingido. O percentual de recusa foi de 6,6%.

Tabela 3. Tipo de unidade de saúde participante do estudo no município de Caruaru –Pernambuco, Brasil, 2015

Tipo de unidade de saúde	Nº de unidades de saúde
USF da zona urbana	41
USF da zona rural	12
Centros de atenção especializada*	16

USF: Unidade de Saúde da Família

* duas policlínicas, sete ambulatórios de especialidades, um CAPS, três ambulatórios de hospitais e três centros de saúde.

3.4.3. Variáveis Seleccionadas

Para o estudo quantitativo, foram consideradas as seguintes variáveis de análise:

- a) Variáveis sociodemográficas, relacionadas à caracterização da amostra: sexo, idade e nacionalidade;
- b) Variáveis relacionadas às características laborais: nível de atenção, especialidade, tempo de experiência no local de trabalho, tipo de vínculo institucional, contrato de horas trabalhadas por semana e trabalho complementar no setor privado;
- c) Variáveis referentes à coordenação da informação entre níveis de atenção:
 - Transferência da informação: troca informações sobre os pacientes.
 - Utilização da informação: consulta da informação transferida, incorporação na prática clínica.
- d) Variáveis referentes à coordenação da gestão clínica entre níveis de atenção:
 - Coerência da atenção: adequação clínica da transferência do paciente (encaminhamento quando necessário), duplicação de exames (repetição de exames prescritos por médicos de outro nível), conciliação de tratamentos (acordo com o tratamento prescrito pelo médico do outro nível), compartilhamento de objetivos clínicos (inexistência de contradições e/ou duplicações nos tratamentos prescritos);
 - Seguimento adequado do paciente: encaminhamento do médico da AE para consulta com médico da APS, realização de consulta de seguimento com médico da APS, recomendações do médico da AE para o médico da APS, consulta do médico da APS ao médico da AE sobre dúvidas no acompanhamento;
 - Acessibilidade: tempo de espera para realização da consulta com médico da AE, tempo de espera para consulta com médico da APS (após a consulta com médico da AE);
- e) Variáveis relacionadas ao conhecimento de mecanismos de coordenação entre níveis de atenção:
 - Existência dos mecanismos de articulação: formulário de Referência (FR) e Contrarreferência (FRC), resumo de alta hospitalar, protocolos do MS compartilhados entre níveis assistenciais, sessões clínicas conjuntas de médicos da APS e AE, uso de telefone institucional, outros mecanismos;

- Finalidade dos mecanismos de articulação referentes aos instrumentos: FR e FCR, resumo de alta hospitalar, protocolos do MS compartilhados entre os níveis assistenciais, sessões clínicas conjuntas de médicos da APS e AE, bilhetes.

f) Variáveis relacionadas ao uso dos mecanismos de coordenação entre os níveis de atenção:

- Utilização dos mecanismos de articulação: FR e FRC, resumo de alta hospitalar, recomendações dos protocolos do MS compartilhados entre níveis, telefone, bilhetes;

- Características do uso: conteúdo do formulário de Referência e Contrarreferência, dificuldades do FR e FRC, conteúdo do resumo de alta hospitalar, dificuldades do resumo de alta hospitalar, protocolos do MS utilizados entre níveis assistenciais, capacitações para os protocolos compartilhados do MS, especialidades das sessões clínicas conjuntas, dificuldades das sessões clínicas conjuntas.

g) Variáveis relacionadas a fatores que influenciam a coordenação entre os níveis de atenção:

- Fatores organizativos: papel do apoiador institucional (apoio territorial) e dos gerentes de unidades na articulação entre níveis, disponibilidade de tempo necessário para articulação, tempo utilizado para consulta clínica, existência de mecanismos de articulação, supervisão regular das atividades clínicas;

- Fatores relacionados à atitude dos profissionais quanto ao trabalho e interação: satisfação com o trabalho, planeja mudar de emprego nos próximos seis meses, satisfação com o salário, conhece pessoalmente os médicos do outro nível de atenção, confiança nas habilidades clínicas do médico do outro nível, identifica o médico da APS como responsável clínico.

3.4.4. Fonte de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas por pesquisadores capacitados. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado (COORDENA) (Anexo 1). Este questionário foi traduzido para o português, adaptado ao contexto e validado pela equipe de pesquisa⁹⁸. No Brasil, o trabalho de campo foi

desenvolvido no período entre junho a setembro de 2015, com equipe composta por entrevistadores, supervisoras e coordenadora técnica.

A supervisão direta das entrevistas no campo, a revisão de todos os questionários e a reentrevistas com 20% dos participantes, selecionados de forma aleatória, foram estratégias utilizadas para garantir a qualidade. A autora desta tese fez parte de todas as etapas de adaptação do instrumento e do trabalho de campo, como coordenadora técnica, além de participar na equipe de elaboração do relatório técnico do estudo.

3.4.5. Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram processados no programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0. Foi realizada dupla entrada de dados, com posterior comparação das duas bases para eliminação das discordâncias identificadas. A coordenação da Pesquisa Equity LA II consentiu o uso do banco de dados pela equipe da coordenação de cada país participante. Dessa forma, a autora desta tese teve acesso autorizado ao banco de dados da referida pesquisa para seleção das variáveis de interesse.

Para atender aos objetivos do presente estudo, realizou-se recorte do banco de dados original, com a criação de um novo banco. A análise desse banco foi realizada com auxílio dos programas SPSS® (versão 23.0) e planilhas do *Microsoft Office Excel*®, da *Microsoft*® (2010).

Em relação aos mecanismos de coordenação, algumas variáveis de interesse foram dicotomizadas para uma melhor comparação entre níveis: frequência de envio e recebimento do FR, FCR, resumo de alta hospitalar, seguimento dos protocolos, participação das sessões clínicas e de utilização do telefone e bilhetes, recebimento do FR e FCR em tempo útil e tempo de consulta disponível para articulação clínica. Para dicotomização as respostas, “sempre, muitas vezes” foram consideradas como alta frequência e “às vezes, muito poucas vezes e nunca” como baixa. Em relação aos bilhetes, “diariamente e semanalmente” foi considerada alta frequência; “mensalmente e com menor frequência” foram categorizadas como baixa frequência de uso.

Quanto aos fatores relacionados à coordenação entre níveis assistenciais, algumas variáveis de interesse, organizativas e relacionadas aos profissionais, também

foram dicotomizadas. As respostas “sempre, muitas vezes” foram categorizadas como “sim” e “às vezes, muito poucas vezes e nunca” como não.

Na análise descritiva, foram obtidas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. A associação da percepção da articulação entre níveis de atenção com as seguintes variáveis: demográficas (sexo, faixa etária); condições laborais (nível de atenção, tipo de contrato, horas de trabalho por semana); tempo de consulta (tempo de consulta suficiente para a coordenação clínica, tempo médio de consulta); e atitude no trabalho (satisfação com o salário, satisfação com o emprego, identifica médicos da atenção primária como coordenador do cuidado dos pacientes através dos níveis de atenção, conhece médicos de outro nível de atenção, acredita nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível de atenção) foi verificada por meio do *odds ratio* (OR), realizando-se análise uni e multivariada e considerando-se a medida de associação significativa quando $p < 0,05$.

3.5. Estudo Qualitativo

3.5.1. Desenho do estudo

A investigação de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo-interpretativo, utilizou os referenciais teóricos acerca da coordenação entre níveis de atenção e os aspectos que influenciam sua operacionalização^{98,99}.

3.5.2. Amostra

Os itens referentes à amostra e coleta de dados foram um recorte do estudo qualitativo da linha de base da pesquisa Equity LA II. Foi realizada uma amostra teórica em duas etapas. Na primeira etapa foram selecionadas as unidades de saúde da rede de atenção e na segunda, os informantes a seres entrevistados.

a) I Etapa - seleção das unidades de saúde do primeiro nível (APS) e segundo nível (AE) de atenção da rede de saúde:

Na APS, foram selecionadas as unidades de saúde que atendiam na área geográfica específica da rede, situada em áreas com predominância de população de

baixo nível socioeconômico. Tal seleção considerou indicadores sociais, como IDH, renda, densidade demográfica e população do território. Quanto à Atenção Especializada (AE), foram selecionados os Centros de Especialidades que atendiam pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

b) II Etapa - seleção de informantes:

Foram selecionados dois grupos de informantes: profissionais de saúde e profissionais não diretamente relacionados com a atenção clínica (gestores/diretores, apoiadores institucionais e gerentes) (Tabela 4). Foram aplicados os seguintes critérios:

- Profissionais de saúde dos I e II níveis de atenção, que prestavam serviço na unidade há pelo menos seis meses. Em ambos os níveis, foram incluídos os profissionais médicos que estivessem diretamente envolvidos na atenção clínica ao paciente.
- Gestores/diretores/gerentes: foram selecionados profissionais envolvidos na gestão, que trabalham nas atividades de direção, gerência de regulação e de unidades, sem atuar diretamente na assistência ao paciente, com um tempo no cargo/função de pelo menos seis meses;
- Apoiadores Institucionais: profissionais que desempenham atividades de planejamento, organização e apoio aos processos de trabalho dos profissionais e gerentes de unidades de saúde de um determinado território socio-sanitário, devendo exercer um papel de facilitador na articulação entre níveis assistenciais¹⁰².

Para o presente estudo, a amostra foi selecionada com a finalidade de captar a percepção dos informantes-chaves em relação à coordenação entre níveis de atenção e elementos que influenciam sua operacionalização. Bem como aprofundar questões relevantes dos resultados do estudo quantitativo. No âmbito da atenção ao paciente foram eleitos os médicos, uma vez que eles desempenham um papel importante na coordenação da gestão clínica dos cuidados.

Tabela 4. Composição da amostra de informantes, segundo categoria profissional e nível de atenção de atuação. Caruaru–Pernambuco, Brasil, 2015.

Informantes	Nível de atenção	Entrevistas Realizadas
Profissionais Médicos	APS	7
	AE	6
Gestores/Diretores/Gerentes	APS	2
	AE	3
Apoiadores institucionais	APS	3
	AE	3
Total		24

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

O tamanho final da amostra foi definido pela *saturação da informação*¹⁰³, onde se levou em conta tanto a reincidência de ideias e não surgimento de novos elementos, quanto à complementariedade das informações recolhidas para responder aos objetivos deste estudo.

3.5.3. Fonte de Dados

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde e com gestores/dirigentes/gerentes, com o fim de analisar as percepções sobre a coordenação entre níveis na rede, o papel dos níveis na atenção aos pacientes e os fatores que influenciam. Foi utilizado um roteiro para entrevista com os informantes (Anexo 2). Para obter a aprovação para sua participação, realizou-se contato prévio por telefone e visitas às unidades. Foi solicitado o consentimento informado por escrito aos entrevistados. As entrevistas foram conduzidas no local de trabalho dos informantes, em ambiente reservado, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. A autora da presente tese fez parte do trabalho de campo como entrevistadora, da análise das entrevistas e da equipe de elaboração dos relatórios técnicos do estudo. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

3.5.4. Análise de Dados

O material gerado a partir das entrevistas foi organizado e classificado segundo categoria profissional e nível da atenção (APS e AE). Os entrevistados foram identificados a partir de códigos para que o anonimato fosse garantido. Para o presente estudo, foi realizada uma análise de conteúdo, decorrendo em três fases: (a) a pré-análise, em que se organiza o material empírico para sistematizar as ideias iniciais e as categorias de análise; (b) a exploração do material; (c) o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação⁹⁹.

Quadro 1. Categoria e subcategorias de análise

Tipos	Dimensões	Atributos
Coordenação da informação	- Transferência da informação clínica e biopsicossocial	- Existência de mecanismos - Acesso ágil e oportuno à informação - Conteúdos da informação adequados Registro adequado da informação pelos profissionais
	- Utilização da informação	Consulta da informação transferida Incorporação na prática clínica
Coordenação da gestão clínica	-Coerência da atenção	Adequação clínica da transferência do paciente Reconciliação de tratamentos Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos
		Seguimento adequado do paciente
	- Acessibilidade entre níveis	
	Aspectos que influenciam a coordenação da atenção entre níveis	

Segundo Minayo¹⁰⁴ são três as finalidades da análise dos dados: a compreensão dos mesmos, a confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa e a ampliação do conhecimento sobre o objeto da pesquisa. A análise temática de conteúdo foi realizada de forma manual e organizada em categorias e subcategorias (quadro 1). Tal análise consiste em desvelar os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência pode significar algo para o objeto analítico^{103,104}.

Dessa forma, as questões teóricas previamente definidas nesse estudo foram analisadas em conjunto com os tópicos gerais abordados nas discussões, permitindo a

geração mista de categorias, isto é, as categorias derivadas do marco conceitual da pesquisa Equity LA II e as que emergiram. Foram analisadas entrevistas necessárias até que os objetivos do estudo fossem contemplados para o aperfeiçoamento da reflexão, possibilitando identificar sinergias e antagonismos em relação ao discurso dos atores. Os dados foram segmentados por nível da rede (APS e AE), grupo de informante e tema.

3.6. Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

A realização de uma pesquisa de método misto permitiu a identificação de convergências e divergências entre dados quantitativos e qualitativos, contribuindo para a produção de resultados que se complementam mutuamente. Para garantir a qualidade da informação, utilizaram-se a triangulação entre grupos de informantes, diferentes técnicas de coleta de dados e participação de dois pesquisadores.

Quadro 2. Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

Aspectos metodológicos do estudo		
Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos com triangulação de dados	
	Quantitativo	Qualitativo
	Estudo Transversal, inquérito	Exploratório, descritivo-interpretativo
Finalidade	Analisar a coordenação da atenção entre níveis de atenção e o fatores que influenciam, experimentada pelos médicos da APS e da AE	Analisar a percepção dos diferentes atores envolvidos em relação à coordenação entre níveis de atenção, os fatores que a influenciam e, aprofundar questões relevantes dos resultados do estudo quantitativo
Participantes	180 Profissionais Médicos (58- APS; 122- AE)	24 participantes Três grupos de informantes: 13 profissionais Médicos; cinco Gestores/Diretores/gerentes; seis Apoiadores Institucionais
Coleta de dados	Entrevista, com aplicação de questionário estruturado	Entrevista semiestruturada, com utilização de roteiro
Análise de dados	Estatística descritiva, utilização do programa SPSS® (versão 23.0)	Análise de conteúdo, com geração mista de categorias (derivadas do marco conceitual da pesquisa e emergentes), com dados segmentados por nível da rede, grupo de informante e tema.

3.7. Aspectos Éticos

A Pesquisa Equity - LA II foi aprovada pelo Comitê Ético de Investigação Clínica-*Consorti MAR Parc de Salut* de Barcelona (CEIC), protocolo 2013/5048 I (Anexo3) e pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP com o parecer N° 3967-14 (Anexo 4).

O presente trabalho é um recorte da Pesquisa Equity LA II, que utilizou o banco de dados da fase de linha de base. O mesmo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), com a solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 5), conforme as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e aprovado sob o parecer substanciado n° 1.880.044, em 22/12/16 (Anexo 6). A Secretaria de Saúde Municipal de Caruaru autorizou a realização da presente pesquisa por meio de emissão de carta de anuência (Anexo 7).

Pretende-se divulgar os resultados à comunidade científica, por meio de encontros nacionais e internacionais e, posteriormente, em forma de artigos publicados em revistas científicas. Para o município de Caruaru será entregue cópia da tese e os resultados serão apresentados em fóruns municipais específicos. Também, um resumo executivo, com ênfase nos principais resultados e recomendações, será entregue à equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ao Conselho Municipal de Saúde e profissionais da rede municipal de saúde.

4. RESULTADOS

4.1. Estudo quantitativo

4.1.1. Caracterização da amostra

Dos 180 médicos entrevistados, 122 (67,8%) eram especialistas e 58 (32,2%) eram da APS. A maioria dos participantes era do sexo masculino (53,3%), de nacionalidade brasileira (87,8%), e 48,3% estavam na faixa etária de 35 a 49 anos. A média de idade dos médicos da AE (43,10%) foi um pouco maior, comparada aos da APS (38,45%). Entre os profissionais de outras nacionalidades, destacaram-se na APS a presença relativamente alta de médicos cubanos (32,8%) (Tabela 5).

Tabela 5. Características sociodemográficas dos médicos da rede de atenção. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Características Sociodemográficas	APS N=58 (%)	AE N=122 (%)	Total N=180 (%)
Sexo			
Masculino	24 (41,4)	72 (59,0)	96 (53,3)
Feminino	34 (58,6)	50 (41,0)	84 (46,7)
Nacionalidade			
Brasil	38 (65,5)	120 (98,4)	158 (87,8)
Cuba	19 (32,8)	1 (0,8)	20 (11,1)
Outros (Paraguai, Bolívia)	1 (1,7)	1 (0,8)	2 (1,1)
Faixa etária			
<35 anos	20 (34,5)	31 (25,4)	51 (28,3)
35 – 49 anos	31 (53,4)	56 (45,9)	87 (48,3)
50 e mais anos	7 (12,1)	35 (28,7)	42(23,3)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

Quanto ao perfil de formação, as especialidades mais frequentes foram: clínica geral (27,2%), pediatria (12,8%), ginecologia-obstetrícia (9,4%) e Médico de Família e comunidade (7,8%). Em relação ao exercício laboral na unidade, o tempo de

experiência foi superior a 36 meses para 41,1% dos entrevistados e o vínculo prevalente foi o de emprego público/estatutário (59,4%) (Tabela 6).

Tabela 6. Características laborais dos médicos da rede de atenção. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Variáveis laborais	APS N=58 (%)	AE N=122 (%)	Total N=180 (%)
Especialidade			
Clínica geral	30 (51,7)	19 (15,6)	49 (27,2)
Médico de família e comunidade	12 (20,7)	2 (1,6)	14 (7,8)
Dermatologista	3 (5,2)	7 (5,7)	10 (5,6)
Pediatra	2 (3,4)	21 (17,2)	23 (12,8)
Gastroenterologista	2 (3,4)	3 (2,5)	5 (2,8)
Cardiologista	1 (1,7)	9 (7,4)	10 (5,6)
Endocrinologista	1 (1,7)	2 (1,6)	3 (1,7)
Ginecologista e obstetra	0 (0,0)	17 (13,9)	17 (9,4)
Psiquiatra	0 (0,0)	7 (5,7)	7 (7,9)
Geriatra	0 (0,0)	6 (4,6)	6 (3,3)
Ortopedista e traumatologista	0 (0,0)	5 (4,1)	5 (2,8)
Urologista	0 (0,0)	5 (4,1)	5 (2,8)
Outras	7 (12)	19 (15,5)	26 (14,4)
Tempo de experiência no local de trabalho			
≥ 12 meses	21 (36,2)	18 (14,8)	39 (21,7)
13 - 36 meses	27 (46,6)	40 (32,8)	67 (37,2)
> 36 meses	10 (17,2)	64 (52,5)	74 (41,1)
Vínculo institucional			
Programa Mais Médicos*	31 (53,4)	0 (0,0)	31 (17,2)
Emprego público/estatutário	13 (22,4)	94 (77,0)	107 (59,4)
Contrato por prazo determinado	8(13,8)	16 (13,1)	24 (13,3)
Contrato por tempo indeterminado	5(8,6)	11 (9,0)	16 (5,6)
Residência médica	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (0,6)
Contrato de horas de trabalho por semana			
< 20 h	3 (5,7)	62 (50,8)	65 (36,1)
20 – 40 h	52 (89,6)	46 (37,7)	98 (54,4)
> 40 h	3 (5,1)	14 (11,4)	17 (9,4)
Trabalha também na atenção privada?			
Sim	13 (22,4)	88 (72,1)	101(56,1)
Não	45 (77,6)	34 (27,9)	79 (43,9)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

* Programa Mais Médicos (PMM) - Programa do governo federal que visa superar a ausência de médicos em localidades de alta vulnerabilidade e afastadas das capitais.

É importante salientar que na APS o tempo de experiência mais frequente foi de 13 a 36 meses (46,6%), enquanto na AE esse tempo foi maior que 36 meses. O vínculo mais citado na APS foi o Programa Mais Médicos (53,4%), no qual destaca-se a presença dos médicos cubanos. Para os médicos da AE, o vínculo prevalente foi o emprego público/estatutário (77,0%). O maior número de horas contratadas por semana para os médicos foi entre 20 e 40 horas (54,4%), sendo este percentual maior para os médicos da APS (89,6%), enquanto para os especialistas prevaleceu o contrato por menos de 20 horas (50,8%). No entanto, 56,1% dos profissionais referiram exercer trabalho adicional na rede privada de saúde, sendo maior a prevalência entre os médicos da AE (72,1%) (Tabela 6).

4.1.2. Coordenação da atenção entre níveis assistenciais

As experiências e percepções dos médicos foram analisadas a partir da coordenação da informação, no que se refere à transferência e utilização da informação clínica e biopsicossocial; e a coordenação da gestão clínica, nas suas dimensões da coerência da atenção, seguimento (acompanhamento) adequado do paciente e acessibilidade entre níveis.

a) Coordenação da informação entre níveis assistenciais

Em relação à coordenação da informação, apenas 16,7% dos participantes consideraram que (sempre/muitas vezes) trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum. Quanto ao nível de atenção, o percentual de respostas dos médicos da AE (18%) foi um pouco maior, quando comparado aos da APS (13,8 %). No entanto, a maioria dos médicos referiu que a informação trocada é necessária (75,5%) e que levam em consideração as informações trocadas entre si para o exercício do cuidado ao paciente (Tabela 7). As respostas dos médicos da APS e AE para estas questões foram semelhantes.

Tabela 7. Coordenação da informação entre níveis de atenção na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Coordenação da Informação	APS	AE	Total
Os médicos da APS e da AE trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum			
	<i>N=58 (%)</i>	<i>N=122 (%)</i>	<i>N=180 (%)</i>
Sempre	1 (1,7)	11 (9,0)	12 (6,7)
Muitas vezes	7 (12,1)	11 (9,0)	18 (10,0)
Às vezes	11 (19,0)	28 (23,0)	39 (21,7)
Poucas vezes	22 (37,9)	40 (32,8)	62 (34,4)
Nunca	17 (29,3)	32 (26,2)	49 (27,2)
Os médicos consideram que a informação trocada é necessária para a atenção aos pacientes?			
	<i>N=41 (%)</i>	<i>N=90 (%)</i>	<i>N=131 (%)</i>
Sempre	21 (51,2)	49 (54,4)	70 (53,4)
Muitas vezes	10 (24,4)	19 (21,1)	29 (22,1)
Às vezes	3 (7,3)	13 (14,4)	16 (12,2)
Poucas vezes	5 (12,2)	7 (7,8)	12 (9,2)
Nunca	2 (4,9)	2 (2,2)	4 (3,1)
Os médicos levam em consideração as informações trocadas entre si?			
	<i>N=41 (%)</i>	<i>N=90 (%)</i>	<i>N=131 (%)</i>
Sempre	20 (48,8)	48 (53,3)	68 (51,9)
Muitas vezes	11 (26,8)	22 (24,4)	33 (25,2)
Às vezes	3 (7,3)	13 (14,4)	16 (12,2)
Poucas vezes	3 (7,3)	5 (5,6)	8 (6,1)
Nunca	4 (9,8)	2 (2,2)	6 (4,6)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

b) Coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais

Quanto à coordenação da gestão clínica, no que se refere à coerência da atenção, a maioria dos médicos (75%) considera que os médicos da APS encaminham os pacientes para a AE quando necessário, sendo esse percentual de respostas maior entre os médicos da APS (89,6%). Em relação à repetição de exames diagnósticos, 19,4% dos profissionais consideram que existe. Esse percentual foi maior para os médicos da AE (22,1%), quando comparado aos médicos da APS (13,8%) (Tabela 8). As principais causas citadas para a repetição de exames foram: confirmar os resultados/diagnóstico (27,3%); os exames são velhos (perda do prazo da validade) (25,3%), falta de confiabilidade nos exames (22,7%) e para o monitoramento ou controle da doença (20,0%).

Sobre a concordância de tratamentos, menos da metade (46,1%) dos médicos considerou que existe. A maioria dos médicos da APS (63,8%) informou estar de

acordo com o tratamento indicado pelo profissional da AE, ao passo que 37,7% dos médicos da AE concordaram com a conduta do médico da APS. Quando questionados sobre contradições e/ou duplicações nos tratamentos prescritos, 26,1% dos médicos consideraram que existem. As respostas foram semelhantes entre os médicos da APS (22,4%) e os da AE (27,9%) (Tabela 8).

Tabela 8. Coordenação da gestão clínica: coerência da atenção entre níveis assistenciais na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Coerência da atenção	APS N=58 (%)	AE N=122 (%)	Total N=180 (%)
Os médicos da APS encaminham os pacientes à AE quando necessário			
Sempre	43 (74,1)	53 (43,4)	96 (53,3)
Muitas vezes	9 (15,5)	30 (24,6)	39 (21,7)
Às vezes	6 (10,3)	23 (18,9)	29 (16,1)
Poucas vezes	0 (0,0)	10 (8,2)	10 (5,6)
Nunca	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,6)
Os médicos da APS e AE repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram			
Sempre	3 (5,2)	10 (8,2)	13 (7,2)
Muitas vezes	5 (8,6)	17 (13,9)	22 (12,2)
Às vezes	24 (41,4)	43(35,2)	67 (37,2)
Poucas vezes	18 (31,0)	30 (24,6)	48 (26,7)
Nunca	8 (13,8)	19 (15,6)	27 (15,0)
Os médicos estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes			
Sempre	10 (17,2)	5 (4,1)	15 (8,3)
Muitas vezes	27 (46,6)	41 (33,6)	68 (37,8)
Às vezes	19 (32,8)	61 (50,0)	80 (44,4)
Poucas vezes	2 (3,4)	12 (9,8)	14 (7,8)
Nunca	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,1)
Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da APS e AE prescrevem			
Sempre	1 (1,7)	5 (4,1)	6 (3,3)
Muitas vezes	12 (20,7)	29 (23,8)	41 (22,8)
Às vezes	27 (46,6)	60 (49,2)	87 (48,3)
Poucas vezes	13 (22,4)	22 (18,0)	35 (19,4)
Nunca	4 (6,9)	3 (2,5)	7 (3,9)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

Quanto ao seguimento do paciente, 60,6% dos entrevistados consideraram que os médicos da AE encaminham o paciente para consulta de acompanhamento no primeiro nível de atenção. Sobre a realização da consulta, a maioria dos médicos da APS (72,4%) afirmou que esta é realizada. Contudo, quando questionados sobre a

existência de recomendações dos médicos da AE para o acompanhamento do paciente, um baixo percentual (10,3%) considerou que é realizada. Para os médicos de ambos os níveis, foi pequeno o percentual de respostas referente à consulta do médico da APS ao especialista para tirar dúvidas sobre o acompanhamento do paciente (12,2%) (Tabela 9).

Tabela 9. Coordenação da gestão clínica: seguimento do paciente entre níveis assistenciais na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Variáveis	APS N=58 %	AE N=122 %	Total N=180 (%)
Os médicos da AE encaminham os pacientes aos médicos da APS para consulta de acompanhamento			
Sempre	25 (43,1)	30 (24,6)	55 (30,6)
Muitas vezes	14 (24,1)	40 (32,8)	54 (30,0)
Às vezes	7 (12,1)	19 (15,6)	26 (14,4)
Poucas vezes	6 (10,3)	19 (15,6)	25 (13,9)
Nunca	6 (10,3)	11 (9,0)	17 (9,4)
Depois do atendimento na AE, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS			
Sempre	21 (36,2)	12 (9,8)	33 (18,3)
Muitas vezes	21 (36,2)	25 (20,5)	46 (25,6)
Às vezes	10 (17,2)	34 (27,9)	44 (24,4)
Poucas vezes	6 (10,3)	25 (20,5)	31 (17,2)
Nunca	0 (0,0)	12 (9,8)	12 (6,7)
Os médicos da AE fazem recomendações ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes			
Sempre	4 (6,9)	11 (9,0)	15 (8,3)
Muitas vezes	2 (3,4)	24 (19,7)	26 (14,4)
Às vezes	10 (17,2)	24 (19,7)	34 (18,9)
Poucas vezes	22 (37,9)	43 (35,2)	65 (36,1)
Nunca	20 (34,5)	17 (13,9)	37 (20,6)
Os médicos da APS consultam os médicos da AE sobre dúvidas relacionadas ao acompanhamento dos pacientes			
Sempre	1 (1,7)	8 (6,6)	9 (5,0)
Muitas vezes	3 (5,2)	10 (8,2)	13 (7,2)
Às vezes	12 (20,7)	28 (23,0)	40 (22,2)
Poucas vezes	17 (29,3)	29 (23,8)	46 (25,6)
Nunca	25 (43,1)	43 (35,2)	68 (37,8)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada

No que se refere à acessibilidade do paciente entre níveis de atenção, a maioria dos médicos (76,7%) considerou que o paciente espera muito tempo para conseguir realizar a consulta com o especialista, sendo menor o tempo de espera para a consulta

com o médico da APS, depois de ser atendido pelo especialista (23,8%). Quase um terço dos médicos da AE (29,5%) não soube responder a esta questão (Tabela 10).

Tabela 10. Coordenação da gestão clínica: acessibilidade entre níveis assistenciais na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Variáveis	APS N=58 (%)	AE N=122 (%)	Total N=180 (%)
Quando encaminhado ao médico da AE, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta			
Sempre	17 (29,3)	55 (45,1)	72 (40,0)
Muitas vezes	25 (43,1)	41 (33,6)	66 (36,7)
Às vezes	12 (20,7)	13 (10,7)	25 (13,9)
Poucas vezes	3 (5,2)	4 (3,3)	7 (3,9)
Nunca	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (0,6)
Não sabe	0 (0,0)	9 (7,4)	9 (5,0)
Após a consulta com o médico da AE, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da APS, espera muito tempo até o dia da consulta			
Sempre	0 (0,0)	17 (13,9)	17 (9,4)
Muitas vezes	3 (5,2)	23 (18,9)	26 (14,4)
Às vezes	16 (27,6)	27 (22,1)	43 (23,9)
Poucas vezes	26 (44,8)	15 (12,3)	41 (22,8)
Nunca	13 (22,4)	4 (3,3)	17 (9,4)
Não sabe	0 (0,0)	36 (29,5)	36 (20,0)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

4.1.3. Conhecimento e uso de mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais

Os mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais analisados foram os de Adaptação Mútua (Formulário de Referência e Contrarreferência, resumo de alta hospitalar, telefones e bilhetes) e Padronização (protocolos do Ministério da Saúde compartilhados e sessões clínicas conjuntas).

Sobre o conhecimento dos mecanismos de coordenação existentes na rede, o telefone institucional foi o mais reconhecido (59,4%), seguido do resumo de alta hospitalar (48,9%), do Formulário de Referência (FR) e Contrarreferência (RFC) (48,3%), de protocolos do MS (31,7%) e das sessões clínicas conjuntas (6,7%).

Quanto aos FR e FCR, entre os médicos que informaram conhecer, 63,8% eram da APS. A existência do resumo de alta hospitalar foi mais referida pelos médicos da

AE (55,7%). Os protocolos do MS compartilhados entre níveis assistenciais (31,7%) e as sessões clínicas conjuntas (6,7%) apresentaram os mais baixos percentuais de conhecimento por parte dos profissionais. O telefone institucional era conhecido por 70,7% dos médicos da APS. Outros mecanismos citados (questão aberta) foram: os bilhetes (4,4%), telefone pessoal (3,8%) e o aplicativo de mensagens por celular *Whatsapp* (2,7%) (Tabela 11).

Tabela 11. Conhecimento da existência de mecanismos de coordenação entre níveis de atenção na rede de saúde de Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Existência dos mecanismos de coordenação entre níveis de atenção na rede de atenção	APS N= 58 (%)	AE N= 122 (%)	Total N=180 (%)
Formulário de Referência e de Contrarreferência			
Sim	37 (63,8)	50 (41,0)	87 (48,3)
Não	21 (36,2)	67 (54,9)	88 (48,9)
Resumo de alta hospitalar			
Sim	20 (34,5)	68 (55,7)	88 (48,9)
Não	38 (65,5)	51 (41,8)	89 (49,4)
Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre níveis assistenciais			
Sim	36 (62,1)	21 (17,2)	57 (31,7)
Não	18 (31,0)	97 (79,5)	115 (63,9)
Sessões clínicas conjuntas entre médicos da APS e especialistas			
Sim	9 (15,6)	3 (2,5)	12 (6,7)
Não	49 (84,5)	117 (95,9)	166 (92,2)
Telefone institucional			
Sim	41 (70,7)	66 (54,1)	107 (59,4)
Não	17 (29,3)	49 (40,2)	66 (36,7)
Outros			
<i>Whatsapp</i>	2 (3,4)	3 (2,4)	5 (2,7)
Bilhetes	1 (1,7)	7 (5,7)	8 (4,4)
Telefone pessoal	1 (1,7)	6 (4,9)	7 (3,8)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

Em relação à frequência de uso dos mecanismos, sobre o envio do Resumo de alta hospitalar, a maioria dos especialistas que respondeu a essa questão (77,4%) considerou ser a alta frequência. No entanto, 45% dos médicos da APS afirmaram ter uma baixa frequência de recebimento deste mecanismo. A frequência de uso dos protocolos do MS foi considerada alta para os profissionais que responderam à questão, sendo 97,2% dos médicos da APS e 85% da AE. Para os médicos de ambos os níveis

(59%), o uso do telefone apresentava uma baixa frequência. Os bilhetes tiveram alta frequência de utilização na APS (72%), enquanto na AE, 55% dos médicos responderam que era baixa (Tabela 12).

Tabela 12. Frequência de uso dos mecanismos de coordenação entre níveis, na rede de Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Uso de mecanismos de coordenação	APS	AE	Total
Frequência de envio do Resumo de alta hospitalar			
	-	<i>N=31 (%)</i>	-
Alto	-	24 (77,4)	-
Baixo	-	7 (22,5)	-
Frequência de recebimento do Resumo de alta hospitalar			
	<i>N=20 (%)</i>	-	-
Alta	11 (55,0)	-	-
Baixa	9 (45,0)	-	-
Frequência de seguimento dos Protocolos do MS compartilhados pelos níveis de atenção			
	<i>N=36 (%)</i>	<i>N=20 (%)</i>	<i>N=56 (%)</i>
Alta	35 (97,2)	17 (85,0)	52 (92,9)
Baixa	1 (2,7)	3 (15,0)	4 (7,1)
Frequência de participação em sessões clínicas conjuntas			
	<i>N=9 (%)</i>	<i>N=3 (%)</i>	<i>N=12 (%)</i>
Alta	8 (88,9)	0	8 (66,7)
Baixa	1 (11,1)	3 (100,0)	4 (33,3)
Frequência na utilização do telefone			
	<i>N=22 (%)</i>	<i>N=66 (%)</i>	<i>N=88 (%)</i>
Alta	9 (41,0)	27 (41,0)	36 (41,0)
Baixa	13 (59,0)	39 (59,0)	52 (59,0)
Frequência na utilização de bilhetes			
	<i>N=25 (%)</i>	<i>N=71 (%)</i>	<i>N=96 (%)</i>
Alta	18 (72,0)	31 (43,7)	49 (51,0)
Baixa	7 (28,0)	39 (55,0)	46 (48,0)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

Frequência: Alta = Sempre/Muitas vezes; Baixa = À vezes/Muito poucas vezes/Nunca.

No que se refere à finalidade de uso dos FR e FCR (Tabela 13), a maioria dos médicos (75%) que respondeu a esta questão, informou ser para a troca de informações entre níveis assistenciais, sendo a mesma finalidade atribuída para o Resumo de alta hospitalar, pelos médicos de ambos os níveis (78,4%). Quanto aos protocolos do MS, um número reduzido de profissionais respondeu a esta questão (n= 56), considerando

como principal motivo para a utilização padronizar a atenção (36,8%) e o acompanhamento ao paciente. As respostas tiveram percentuais semelhantes para APS (38,8%) e para AE (33,3%). Poucos médicos responderam (n=12) que participavam das sessões clínicas conjuntas, sendo considerada sua principal função aprimorar o conhecimento, por 58,3% dos respondentes. Em relação aos bilhetes, a troca de informações entre níveis foi referida como a principal finalidade para 49% dos médicos.

Quanto ao uso do telefone (institucional e o pessoal), o telefone pessoal foi citado como mais utilizado que o institucional por 25,9% dos médicos da APS e 40,2% pelos médicos da AE, sendo referido como finalidade tratar temas referentes ao atendimento de pacientes.

Quanto à frequência de utilização do Formulário de Referência e Contrarreferência na rede de saúde, 76% dos médicos APS afirmaram enviar o FR e 36% dos médicos AE informaram ter recebido. Para contrarreferência, 56% dos especialistas afirmaram que o FCR era enviado, enquanto 5% dos generalistas confirmam o recebimento (Figura 2).

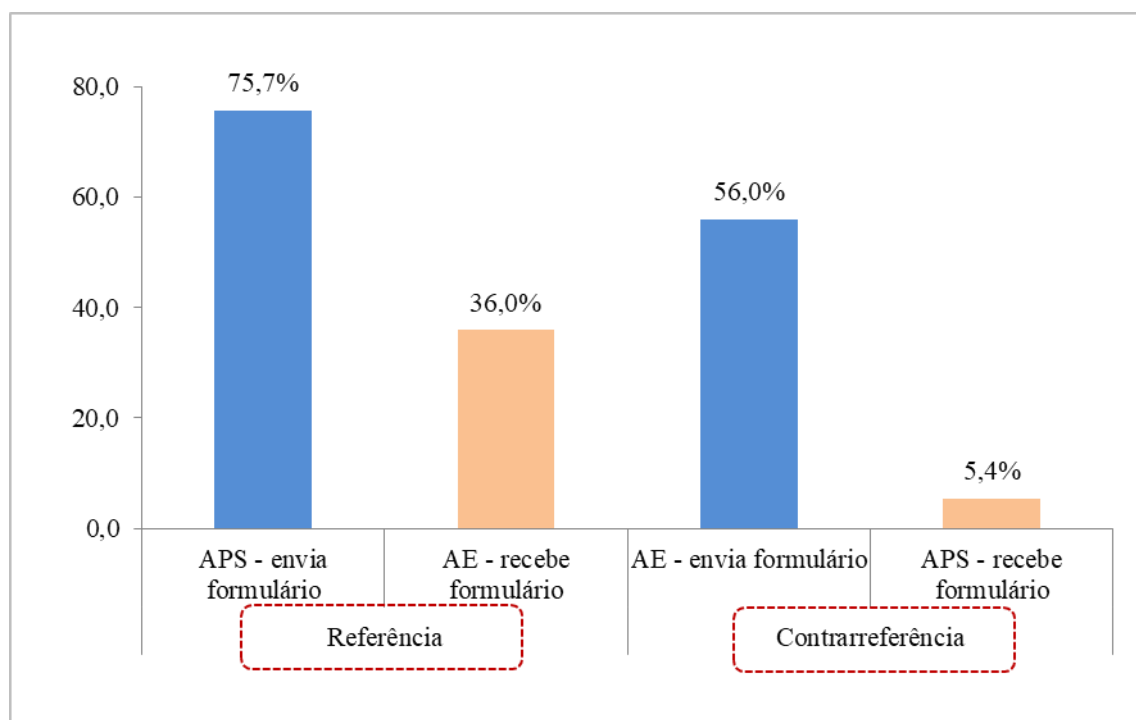
Na organização dos serviços de saúde, o formulário de RF e FCR é considerado a principal forma de encaminhamento de pacientes entre níveis assistenciais. Na rede de saúde, a forma de envio do FR e FCR era realizada pelo paciente em 51,4% da APS e 70,5% da AE. Na APS, as principais informações contidas nesses formulários eram referentes a: tratamentos (88,8%), diagnósticos (77,7%) e dados de identificação pessoal do paciente (50,0%). Para AE, as principais informações eram: diagnóstico (52,7%), história clínica do paciente (52,7%) e os tratamentos (44,4%). A maioria dos entrevistados (83% na APS e 66,0% na AE) não relatou dificuldade na utilização do FR e FCR. Dentre os que citaram falhas no uso, a principal foi a existência de informações incompletas/mal preenchidas, para 50,0% dos médicos da APS e 35,7% na AE.

Tabela 13. Finalidade dos mecanismos de coordenação entre níveis, na rede de Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Finalidade dos mecanismos de coordenação	APS	AE	Total
Formulário de Referência e Contrarreferência			
	<i>N=37(%)</i>	<i>N=43 (%)</i>	<i>N=80 (%)</i>
Trocar informações	24 (64,8)	36 (83,7)	60 (75,0)
Encaminhar o paciente	11 (29,7)	6 (13,9)	17 (21,5)
Burocracia	5 (13,5)	2 (4,7)	7 (8,8)
Resumo de alta hospitalar			
	<i>N=20 (%)</i>	<i>N=68 (%)</i>	<i>N=88 (%)</i>
Trocar informações	15 (75,0)	54 (79,4)	69 (78,4)
Acompanhar o paciente	10 (50,0)	18 (26,4)	28 (31,8)
Informações sobre o internamento	1 (5,0)	7 (10,2)	8 (9,0)
Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre níveis assistenciais			
	<i>N=36 (%)</i>	<i>N=21 (%)</i>	<i>N=57 (%)</i>
Padronizar a atenção	14 (38,8)	7 (33,3)	21 (36,8)
Qualidade da atenção	10 (27,7)	3 (14,2)	13 (22,8)
Orientar o atendimento	9 (25,0)	7 (33,3)	16 (28,0)
Sessões clínicas conjuntas de médicos da atenção básica e especialistas			
	<i>N=9 (%)</i>	<i>N=3 (%)</i>	<i>N=12 (%)</i>
Aprimorar o conhecimento	5 (55,5)	2 (66,6)	7 (58,3)
Unificar a conduta	2 (2,2)	1 (33,3)	3 (25,0)
Discussão de casos clínicos	1 (11,1)	1 (33,3)	2 (16,6)
Troca de experiências	1 (11,1)	1 (33,3)	2 (16,6)
Bilhetes			
	<i>N=25 (%)</i>	<i>N=71 (%)</i>	<i>N=96 (%)</i>
Trocar informações	11 (44,0)	36 (50,7)	47 (49,0)
Encaminhar o paciente	4 (16,0)	10 (14,0)	14 (14,5)
Ausência de mecanismos formais	4 (16,0)	6 (8,4)	10 (10,4)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

Figura 2. Frequência de envio e recebimento do Formulário de Referência (FR) e de Contrarreferência (FCR) na rede de atenção à saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015



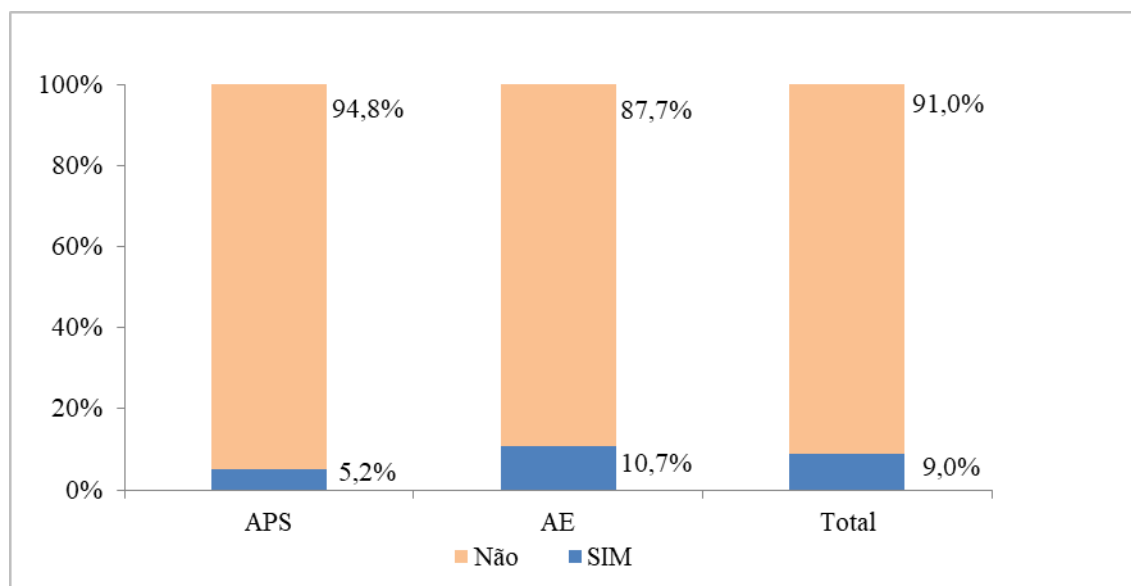
APS: Atenção Primária em Saúde (N=37); AE: Atenção Especializada (N=50).

4.1.4. Fatores relacionados com a coordenação entre níveis assistenciais

Vários fatores de diferentes categorias exploratórias podem estar relacionados com uma melhor percepção da coordenação (articulação) entre níveis de atenção. Nesta abordagem foram analisadas a experiência dos profissionais quanto aos fatores organizativos da rede de saúde e os relacionados com os profissionais.

Para análise da percepção geral dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de assistenciais na rede de saúde, aplicou-se o seguinte questionamento: “você acredita que a atenção prestada entre os médicos da APS e os especialistas na rede é articulada?”. De modo geral, a maioria dos profissionais (84,2%), de ambos os níveis, identificou limitações e falhas na coordenação entre níveis. Foi pequeno o percentual de médicos da APS (5,2%) e da AE (10,6%) que consideraram que a atenção prestada na rede era coordenada (articulada) (Figura 3).

Figura 3. Percepção geral dos médicos quanto à articulação entre níveis de atenção na rede de saúde. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015



APS: Atenção Primária em Saúde (N=58); AE: Atenção Especializada (N=122).

a) Fatores organizativos relacionados à coordenação entre níveis

Em relação aos fatores organizativos, foram identificados falhas na função do apoiador de território, uma vez que foi pequeno o percentual de médicos de ambos os níveis (20%) que considerou a atuação deste profissional como facilitadora da coordenação (articulação) entre níveis de atenção. Além disso, 20% dos profissionais informaram não saber responder a essa questão. Situação semelhante foi referida pelos médicos da APS (13,8%) e da AE (28,75%) sobre a figura dos gerentes/diretores das policlínicas e unidades hospitalares no exercício da função de facilitar a coordenação. Quanto ao tempo disponível para realizar a coordenação clínica entre níveis (preencher formulários, responder bilhetes, revisar protocolos), os médicos que refeririam ter tempo disponível representaram 41,3% na APS e 32,8% na AE. Sobre o tempo por consulta, 69,4% dos médicos informaram um tempo entre 10 e 20 minutos. Este percentual foi maior na APS (82,8%), quando comparado a AE (63,1%) (Tabela 14).

O tipo de vínculo institucional mais prevalente entre os médicos da APS foi o Programa Mais Médicos (53,4%) e na AE o emprego público/estatutário (77,0%),

conforme mencionado na Tabela 6. A supervisão ou avaliação regular da atividade clínica foi referida por 63,3% dos médicos (tabela 14). No entanto, quando questionados sobre a transmissão dos resultados da avaliação ou supervisão da atividade clínica aos profissionais, 60,5% dos médicos referiram não haver retorno dos resultados.

Tabela 14. Fatores organizativos relacionados à coordenação entre níveis assistenciais. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Fatores organizativos	APS N=58 (%)	AE N=122 (%)	Total N=180 (%)
O profissional do apoio territorial facilita a coordenação (articulação) entre os médicos da APS e da AE			
Sim	18 (31,0)	18 (14,8)	36 (20,0)
Não	37 (63,8)	71 (58,2)	108 (60,0)
Não sabe/não respondeu	3 (5,2)	33 (27,0)	36 (20,0)
Os gerentes/diretores das policlínicas e hospitais facilitam a coordenação (articulação) entre os médicos da APS e da AE			
Sim	8 (13,8)	35 (28,7)	43 (23,9)
Não	43 (74,1)	76 (62,3)	119 (66,1)
Não sabe/não respondeu	7 (12,1)	11 (9,0)	18 (10,0)
O tempo de consulta dedicado para a coordenação clínica é suficiente?			
Sim	24 (41,4)	40 (32,8)	64 (35,6)
Não	32 (55,2)	79 (64,8)	111 (61,7)
Não sabe	2 (3,4)	3 (2,5)	5 (2,8)
Tempo por consulta			
<10 minutos	2 (3,4)	35 (28,7)	37 (20,6)
10-20 minutos	48 (82,8)	77 (63,1)	125 (69,4)
> 20 minutos	8 (13,8)	9 (7,4)	17 (9,4)
A instituição supervisiona ou avalia regularmente a sua atividade clínica			
Sim	49 (84,5)	65 (53,3)	114 (63,3)
Não	8 (13,8)	54 (44,3)	62 (34,4)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

b) Fatores relacionados à atitude dos profissionais quanto ao trabalho e à interação entre níveis

Quanto à satisfação em relação ao trabalho, 65% dos médicos informaram estarem satisfeitos, não apresentando planos de mudar de emprego. No entanto, quando questionados se recebiam um bom salário, 50,6% dos médicos responderam que não estavam satisfeitos com a remuneração pelo trabalho desempenhado. Contudo, diferentes percepções foram verificadas em relação aos níveis de atenção. Quanto à APS 53,4% consideraram estarem satisfeitos com o salário, enquanto para a AE o percentual foi de 17,2% (Tabela 15).

Em relação aos fatores de interação, uma pequena parcela dos médicos (12,8%) informou conhecer pessoalmente os profissionais do outro nível. Quanto à confiança nas habilidades clínicas entre os médicos de diferentes níveis, observou-se que os médicos da APS (68,9%) apresentaram uma maior confiabilidade, quando comparado aos médicos da AE (47,6%). A grande maioria dos entrevistados (95,5%) considerou necessária a colaboração entre os profissionais da APS e da AE para prestar atenção adequada ao paciente.

Quanto à trajetória dos pacientes nos diferentes níveis de atenção, 58,4% dos entrevistados concordaram que os médicos da APS eram os responsáveis pelo seguimento dos mesmos. Porém, existem diferenças de percepção entre os níveis de atenção, uma vez que a maioria dos médicos da APS (87,9%) se identificou como responsável por este acompanhamento e um percentual menor de especialistas (44,3%) reconheceu o médico da APS como o coordenador do cuidado do paciente entre níveis.

Tabela 15. Atitude dos médicos em relação ao trabalho e fatores de interação. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Fatores profissionais	APS N=58 (%)	AE N=122 (%)	Total N=180 (%)
Satisfação com o trabalho			
Sim	46 (79,3)	71 (58,2)	117 (65,0)
Não	12 (20,6)	50 (41,0)	62 (34,5)
Não sabe	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,6)
Planeja mudar de emprego nos próximos seis meses			
Sim	6 (10,3)	7 (5,8)	13 (7,2)
Não	52 (89,7)	113 (92,6)	165 (91,7)
Não sabe	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,1)
Satisfação com o salário por seu trabalho			
Sim	31 (53,4)	21 (17,2)	52 (28,9)
Não	27 (46,5)	99 (81,1)	126 (70,0)
Conhece pessoalmente os médicos do outro nível de atenção			
Sim	7 (12,0)	16 (13,1)	23 (12,8)
Não	50 (86,2)	96 (78,7)	146 (81,0)
Não sabe/não respondeu	1 (1,7)	10 (8,2)	11 (6,1)
Confia nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível			
Sim	40 (68,9)	58 (47,6)	98 (54,5)
Não	18 (31,0)	57 (46,8)	75 (41,7)
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	7 (5,7)	8 (4,4)
Os médicos da APS e da AE precisam colaborar entre si para dar ao paciente a atenção necessária			
Sim	57 (98,3)	115 (94,3)	172 (95,5)
Não	1 (1,7)	6 (5,0)	7 (4,0)
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,6)
Os médicos da APS são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção			
Sim	51 (87,9)	54 (44,3)	105 (58,4)
Não	7 (12,0)	65 (53,4)	72 (40,0)
Não sabe	0 (0,0)	3 (2,5)	3 (1,7)

APS: Atenção Primária em Saúde; AE: Atenção Especializada.

4.1.5. Fatores associados à percepção da articulação entre níveis assistenciais

Na tabela 16 observa-se a análise dos fatores associados à percepção de articulação entre níveis de atenção. Para a quase totalidade dos fatores testados não se encontrou associação significativa com essa variável (provavelmente por conta do tamanho da amostra). Apenas para o fator “acredita nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível de atenção” observou-se OR com significância estatística, mas com intervalo de confiança largo.

Tabela 16. Fatores associados com a percepção dos médicos sobre a articulação entre níveis assistenciais. Caruaru, Pernambuco – Brasil, 2015

Fatores	N (%)	Odds Ratio	Odds Ratio ajustado
Sexo			
Masculino	96 (53,3%)	1	1
Feminino	84 (46,7%)	0,86 (0,31 - 2,41)	0,86 (0,27 - 2,78)
Faixa Etária			
24 – 34 anos	51 (28,3%)	1	1
35 – 49 anos	87 (48,4%)	0,57 (0,14 - 2,37)	0,57 (0,10 - 3,20)
50 anos e mais	42 (23,3%)	2,76 (0,77 - 9,93)	2,73 (0,67 - 13,45)
Nível de Atenção			
Primário	58 (32,2%)	1	1
Secundário	122 (67,8%)	2,19 (0,60 - 8,00)	2,18 (0,57 - 12,41)
Tipo de Contrato			
Estável	123 (68,7%)	1	1
Temporário	56 (31,3%)	1,00 (0,33 - 3,02)	1,00 (0,26 - 3,32)
Horas de trabalho por semana			
Até 20 horas	65 (36,1%)	1	1
De 21 a 40 horas	98 (54,4%)	1,54 (0,45 - 5,23)	1,54 (0,41 - 7,15)
Mais de 40 horas	17 (9,4%)	3,27 (0,66 - 16,28)	3,21 (0,42 - 21,41)
Tempo de consulta suficiente para a coordenação clínica			
Não	116 (64,4%)	1	1
Sim	64 (35,6%)	1,10 (0,38 - 3,17)	1,10 (0,31 - 3,53)
Tempo médio de consulta			
>15 min	47 (27,0%)	1	1
≤15 min	127 (73,00%)	1,67 (0,45 - 6,15)	1,67(0,48 - 7,62)
Satisfação com o salário			
Não	128 (71,1%)	1	1
Sim	52 (28,9%)	0,81 (0,25 - 2,62)	0,81 (0,18 - 2,84)
Satisfação com o emprego			
Não	63 (35%)	1	1
Sim	117 (65%)	1,69 (0,52 - 5,46)	1,68 (0,48 - 7,48)
Identifica médicos da atenção primária como coordenador do cuidado dos pacientes através dos níveis de atenção			
Não	75 (41,7%)	1	1
Sim	104 (58,3%)	0,39 (0,14 - 1,14)	0,40 (0,11 - 1,27)
Conhece médicos de outro nível de atenção			
Não	157 (87,2%)	1	1
Sim	23 (12,8%)	2,54 (0,74 - 8,69)	2,53 (0,54 - 9,50)
Acredita nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível de atenção			
Não	82 (45,6%)	1	1
Sim	98 (54,4%)	6,67 (1,47 - 30,27)	6,61 (1,45 - 61,77)

4.2. Estudo Qualitativo

Os resultados descritos neste estudo buscaram identificar a visão dos diferentes atores entrevistados, analisando semelhanças, diferenças e contradições nas informações emergentes sobre a coordenação da atenção entre níveis assistenciais e os aspectos que influenciam sua operacionalização na rede de saúde.

Os achados referem-se às entrevistas realizadas com 13 profissionais de saúde (sete médicos da APS e seis médicos da AE), dois gestores (um da APS e um da AE), três gerentes de centros de saúde (um da APS e dois da AE) e seis apoiadores institucionais (três da APS e três da AE).

4.2.1. Entendimento acerca da ‘coordenação da atenção entre níveis assistenciais’

De modo geral, não foi demonstrada pelos entrevistados a compreensão do termo ‘Coordenação da Atenção entre níveis assistenciais’. A expressão foi inicialmente entendida como sendo um cargo da gestão, necessitando ser ressignificada pelos entrevistadores, mediante o uso de aproximações com termos como *articulação/integração* da atenção primária com a atenção especializada.

Uma vez esclarecidos, os profissionais que atuam na prestação direta dos cuidados de saúde aos usuários informaram não perceber a presença desta coordenação no cotidiano assistencial, enquanto os ocupantes de cargos de gestão defendiam a sua existência, com base na ampliação da capacidade instalada e aumento da oferta de procedimentos, ainda que admitindo a necessidade de melhorias para que pudesse tornar-se efetiva.

“Na prática não existe coordenação né, porque a coordenação seria justamente a atenção básica, diante os diferentes níveis, ter informações, diagnósticos mais precisos e fazer a manutenção do paciente, na medida em que a gente não tem...eu acho que é um cuidado descoordenado” (Médico 6 - APS).

“(...) Nós tivemos um acréscimo de oferta de serviços especializados, de uns cinco anos pra cá...e também de consultas, porque tivemos concurso público pra 28 especialidades médicas e....acho que isso facilita (a coordenação)” (Gestor - AE).

“Tá sendo feito investimentos, alguns protocolos (...) discussão já na secretaria (...) essa contrarreferência, que não seja apenas só um papel, mas que seja feita de forma a conhecer...as falhas na rede que precisam ser

trabalhadas, ser discutida, pra ver de que forma pode melhorar” (Apoiador 3 - APS).

Quando as indagações passaram a ser dirigidas aos tipos, dimensões e atributos da coordenação, identificou-se a existência de aspectos mais e menos críticos, a partir de julgamentos comparativos entre eles, feitos pelos entrevistados, ou com base na evolução desses aspectos ao longo da história recente de funcionamento das redes.

a) Coordenação da informação clínica

A deficiência de acesso ágil e oportuno à informação foi identificada por todos os entrevistados e a maioria destacou, como principais problemas relacionados à transferência de informação, a inexistência de mecanismos adequados e a falta de diálogo entre os profissionais. A maioria dos médicos revelou não haver o intercâmbio formal e corriqueiro das informações a respeito do paciente, do seu problema de saúde e das condutas adotadas nos diferentes níveis de atenção. Os profissionais que expressaram conhecer a existência de mecanismos ressaltaram que esses são mal preenchidos pelos médicos que os enviam ou não são consultados pelos que recebem.

“A gente não vê exercida a referência e a contrarreferência, (...) a atenção básica meio que fica ilhada, manda o paciente, ele é atendido, porém não recebe de volta um comunicado do médico.” (Apoiador 3 – APS).

“É um bilhete que eu mando, não tem nada de ficha. Eu escrevo por minha conta” (Médico 1 – AE)

“Digo e repito pra você, perdeu a característica. Nem a gente escreve mais dizendo o que faz, porque não adianta e nem eles mandam dizendo o que querem” (Médico 5- AE).

Em relação aos mecanismos formais, a referência e contrarreferência consistiu no mais conhecido e, também, mais citado pelos profissionais como um problema para utilização. A opinião da maioria dos entrevistados, tanto da APS como da AE, é que a referência acontece, mesmo que sem um formulário específico e com diferentes graus de detalhamentos dos registros, ao passo que a contrarreferência praticamente inexistente.

“(…) Eu faço o encaminhamento, vamos supor: ao endócrino, "paciente, tantos anos, diabético, hipertenso, fumante, alcoolista...", a medicação, os últimos exames...Muitas vezes o paciente também não leva, né? (...) aí eu peço: traga a receita que o doutor passar lá pra você, pra eu poder saber.” (Médico 4 – APS).

“A gente tem a referência que é garantida, o médico da atenção básica ele faz a referência, mas o médico especialista nem sempre faz a contrarreferência, pra devolver esse paciente pra atenção básica” (Diretor - AE).

O matriciamento foi citado por cinco dos entrevistados, dois médicos da APS, um apoiador e dois gestores. Foi destacado que o mesmo era realizado de forma pontual, na atenção à saúde mental, à gestante e na especialidade de endocrinologia. No município a contrarreferência estava apenas instituída para atenção ao pré-natal e à saúde bucal.

“Matriciamento só em saúde mental, teve um período que a gente teve, se eu não me engano era assim: a matriciadora vinha à unidade, coordenava, ajudava a gente, direcionava, mas nas outras especialidades, não.” (Médico 7 – APS).

“As unidades de saúde da família reclamam tanto, a gente recebe muita solicitação dos profissionais quanto à necessidade da contrarreferência (...), a gente só tem instituído em saúde bucal e em atenção ao pré-natal...” (Apoiador 3 – APS).

Outro mecanismo bastante conhecido na rede de saúde para articulação entre níveis de assistenciais, citado por sete médicos (quatro da APS e três da AE) e por representantes da gestão, foi a central de marcação de consultas. Alguns profissionais se referiram à mesma como uma central de regulação. No entanto, a equipe de gestão informou que a central não estava ainda implantada.

“Tem uma central de marcação, mas se a gente precisar, um caso específico de um paciente com mais urgência, conseguimos ligando, explicando o caso, consegue até marcar um pouquinho mais rápido” (Médico 1 – APS).

“A gente tem o INFOCRAS que é o sistema pra marcação (...) a Regulação é o departamento responsável...” (Gerente de centro de saúde - AE).

“(...) Em algumas unidades é descentralizada...informatizada. (...) Eles recebem o que chamam ‘check-in’ ... uma espécie de formulário onde está a unidade onde ele vai ser atendido, hora, área ou especialidade” (Apoiador 2 – APS).

As unidades que não estavam informatizadas, sem acesso à internet, comunicavam-se com a central de marcação enviando, por meio de um mensageiro (*Office boy*), uma lista com a relação de pacientes que necessitavam de atendimento especializado.

O resumo de alta hospitalar foi citado apenas por um médico da Unidade de

Pronto Atendimento –UPA (AE), onde são atendidos as urgências, que informou repassar o formulário para o paciente, sem mencionar o encaminhamento para acompanhamento na APS.

O telefone institucional foi citado pelos gerentes de unidades e apoiadores como um mecanismo formal de coordenação, tendo em vista sua disponibilização por parte da gestão municipal. Entre os médicos, poucos utilizavam e, quando necessário, faziam uso do telefone celular pessoal. As opiniões sobre a utilidade deste mecanismo foram relacionadas ao favorecimento do contato direto entre os profissionais dos diversos setores, possibilitando contribuir para agilidade na resolução de demandas (encaminhamento de pacientes com prioridades, contato com apoiadores, entre outros).

“Se precisar, existe um telefone, que é um telefone funcional, que a gente pode ligar para todos os telefones funcionais do município. A gente pode ligar para os serviços diretamente pra tirar alguma dúvida, agilizar uma consulta, um exame.” (Médico 2 - APS).

“Esse celular eu consigo falar com todo o serviço, da secretaria de saúde (...) com a regulação. Porque todos conseguimos.” (Apoiador 1-AE).

Sobre a utilização de mecanismos de comunicação informal para transferir informação, quase todos os médicos entrevistados e um apoiador citaram mecanismos como receituários, telefone pessoal ou o paciente como porta-voz das suas condutas ao outro nível de atenção.

“(...) a gente já conhece muitos dos profissionais, tem o celular, liga, tira dúvida. Pro chefe da pneumologia, às vezes eu mesma ligo...” (Médica 3-APS).

“Na verdade, nós mandamos no receituário normal, não tem nada (Formulário de Referência) ... Nós só botamos ao endocrinologista, ao pneumologista, e se quiser botamos o motivo, se não, também vai assim. O paciente vai lá e fala.” (Médico 6 - APS).

“Na minha prática, essa comunicação se dá apenas pelo paciente. É o que o paciente diz a gente. Se ele não trouxer nenhuma mensagem, nenhum bilhetinho, nem orientação do médico do posto, a gente não recebe nem encaminhamento.” (Médico 6 - AE).

b) Coordenação da gestão clínica

A coordenação da gestão clínica compreende as dimensões: coerência da

atenção, seguimento do paciente e acessibilidade entre níveis assistências e os atributos que as compõem emergiram nas falas dos atores.

Quanto à coerência da atenção, a adequação clínica da transferência do paciente para o outro nível de atenção foi questionada por alguns médicos da AE, que relataram encaminhamentos desnecessários realizados pelos médicos da APS, relacionando-os a baixa resolubilidade deste nível de atenção.

“Eu acho que na atenção básica eles têm muito boa vontade pra dar diagnóstico, pedir exame, mas esbarram na burocracia, não consegue autorizar exames (...) Porque...não consegue ser resolutiva, aí a demanda vem toda pro especialista” (Médico 6 - AE).

Os profissionais da APS, por sua vez, afirmaram que normalmente só encaminham para os outros níveis de atenção os pacientes que de fato necessitam ser consultados por especialistas, mas afirmaram que existem limitações normativas.

“(...) Por exemplo, aqui, eu não posso pedir determinados exames, só cabem ao especialista, e isso acaba sobrecarregando (...) às vezes não precisa encaminhar o paciente, a atenção básica poderia dar uma resolutividade maior, resolver o problema sem precisar encaminhar.” (Médico 2 - APS).

A reconciliação de condutas foi uma das subcategorias que emergiu. Sete médicos (quatro da APS e três da AE) consideraram existir reconciliação de condutas tomadas pelos médicos do outro nível. Contudo, essa opinião foi divergente da compartilhada por outros médicos, inclusive do mesmo nível. Um especialista afirmou que a aparente concordância ocorre porque o médico da APS não assume outra conduta a não ser a de encaminhar para a AE.

“Há, há coerência sim. Muitas vezes o que eu faço aqui, o colega lá, ele muda pouca coisa, ou então, inclui alguma coisa, não há uma grande modificação das medicações que são feitas, no tratamento em si, não” (Médico 4 - APS).

“É, exatamente, há contradição, às vezes ele (paciente) vai procurar um especialista, né, que prescreve umas medicações, aí ele não sai satisfeito, ou porque não pode comprar as medicações e vai a outro, e...esse já passa outro tipo de medicação” (Médico 3- APS).

“(...) Geralmente, o médico da atenção básica ele se exime do problema, (...) para não se responsabilizar, muitas vezes, ele fica mantendo só o que o especialista disse que é, como se ele tivesse a chancela do especialista para lhe dar mais garantia. Então, dificilmente tem contradição.” (Médico 6- AE).

Para três apoiadores (um da APS e dois da AE) e um gestor, as contradições existem e a falta de sintonia entre os profissionais de diferentes níveis poderia causar duplicação de condutas de natureza diagnóstica e terapêutica, gerando, como consequência para o paciente, a condução inadequada do processo de atenção.

“(…) eu acho que o paciente acaba sendo mal conduzido, porque cada um vê o paciente de uma forma e, muitas vezes, pode até ser que repita o que o paciente já esteja fazendo, né?! Muitas vezes sem ter esse conhecimento mais aprofundado, sem nada por escrito (…) que prove que o paciente tá fazendo uso” (Apoiador 3- AE).

“...em alguns setores, algumas especialidades e tratamentos a gente tem algumas divergências entre as condutas da atenção básica e da especializada, sim” (Diretor – AE).

A inexistência de duplicação de exames e medicamentos foi referida por dois médicos AE, um da APS e dois apoiadores. No entanto, essa opinião não é compartilhada por gestores, gerentes e três médicos da APS, para os quais existe a duplicação.

“Não, acontece isso não (duplicação de exames). Quando eu mando o paciente, eu já mando com exames, então como eu já descrevo os exames no encaminhamento, o colega lá vê, ele vai pedir só algo mais que ele queira” (M 1 – APS).

“O que a gente tem é duplicidade de encaminhamentos, às vezes de exames que um pede, o outro pede, aí não tem essa articulação(...) acaba perdendo utilizar vários exames pra o mesmo paciente, porque o especialista pediu e o da atenção básica também, ele acaba fazendo as duas coisas” (Diretor - AE).

Um dos aspectos relacionados ao seguimento do paciente é a existência de um responsável clínico. Foram observadas variadas compreensões a respeito de a quem caberia a responsabilidade por esta função. Dois médicos da AE e dois da APS demonstraram não compreender o termo ou não saber quem seria o responsável.

“O responsável clínico (pausa para refletir sobre o termo) ... Assim, eu não visualizo a figura de uma pessoa, não. É um sistema que foi colocado e, assim, não tem ninguém que a gente chegue pra obter esse esclarecimento” (M5 – APS).

“...O responsável clínico? Não sei que isso” (Médico 6 - AE).

“A princípio somos nós, aqui na atenção básica. Que manejamos esse paciente na maior parte do tempo (...). O especialista funciona (...) como uma referência. O manejo do paciente no dia a dia, a responsabilidade desse paciente somos nós que temos” (M 3 – APS).

Para dois médicos da AE e um da APS o papel de responsável clínico é segmentado entre estes profissionais. Um médico da AE considera que a responsabilidade é do especialista. Três Médicos (dois da APS e um da AE) consideraram como responsável clínico o médico da unidade de Saúde da Família.

“Olhe, no meu modo de ver, um diabético tinha que ser acompanhado preferencialmente por um endocrinologista. Se não tem esse profissional, se não existe, seria um clínico, com um entendimento nessa área” (Médico 5-AE).

“Existe uma divisão, se é um paciente crônico com complicações, (...) o responsável tem que ser o especialista. Agora, o paciente em casa, na rotina, tem que ter o médico clínico do PSF. Porque no dia a dia o paciente não consegue sempre chegar ao especialista” (Médico 1 – AE).

“Eu acho que o responsável é o atual médico da atenção básica, na verdade né. O especializado é pra ele resolver problemas muito pontuais, né. Mas o responsável pelo paciente sempre é a atenção básica” (Médico 7 –APS).

Ainda foram registradas opiniões sobre a responsabilidade ser compartilhada por integrantes da equipe da APS.

“Eu acho que a responsabilidade técnica desse cuidado é da equipe de saúde da família (...) o paciente crônico, eles são acompanhados na equipe, foi internado, entra o SAMU (...) o agente sabe e leva a informação pra equipe, né. E existe esse monitoramento...quando eles retornam, qual é a condição dele retornar no seu domicílio pra ser cuidado” (Gestor - APS).

“Eu vejo que o médico ou a enfermeira do PSF, muitas vezes quando não tem médico...ou porque tá de férias ou...a área tá descoberta, a enfermeira encaminha, ela é responsável, entendeu” (Gerente 2 – AE).

A comunicação oportuna com o responsável pela transição do paciente apresentou falhas. A maioria dos médicos concorda que as trocas de informações são precárias ou quase inexistentes. Para a consulta de seguimento na APS, após ser atendido pelo especialista, não foram relatadas muitas dificuldades.

“Quanto à questão da comunicação entre o médico do posto de saúde, do PSF, da Atenção Básica e o médico da Atenção especializada, no caso da ortopedia, eu acho que é uma comunicação falha ainda” (Médico 3 – AE).

“O paciente vem, se eu vejo que tem necessidade dele ir pro especialista, eu mando. O paciente volta pra mim e, o que o especialista fez, quem vai me dizer é o próprio paciente... Às vezes ele nem traz a receita que foi prescrita, diz de boca” (Médico 1 – APS).

Quanto à acessibilidade, a garantia da atenção sem interrupções entre níveis assistenciais emergiu como sujeita a sérias dificuldades. Os entrevistados concordam que o tempo de espera é muito longo e pode influenciar no seguimento adequado dos casos, o que pode determinar o agravamento das condições de saúde do paciente.

“(...) a gente tem muitos diabéticos, muitos já com vasculopatia ou neuropatia diabética, a gente tenta encaminhar, mas não consegue. Termina ficando com esse paciente (...) Então a gente espera a complicação maior, uma úlcera, uma isquemia pra conseguir essa vaga” (Médico 6 – APS).

“Eu tenho pouco exame pra especialista, por exemplo, pra ortopedia, então aí...se a minha oferta é pequena...o tempo de resposta pro paciente muito maior porque eu vou ter que colocar ele numa fila de espera "olhe, eu tenho 20, 30, 40 ou até 50, na sua frente (...)” (Apoiador 2 – APS).

“(...) Oftalmo tem, mas só...um (...) não tem neurologista, enfim, a gente tá discutindo (...) porque a UPA na verdade...não tá desempenhando a função... pelo menos até agora (...) não sanou essa dificuldade, que a gente tem em relação a algumas especialidades” (Gestor - APS).

4.2.2. Aspectos que influem na coordenação entre níveis assistenciais

No discurso dos informantes, três tipos de aspectos emergiram como influência positiva ou negativa para coordenação entre níveis, sendo estes: as características do sistema de saúde; aspectos organizativos da rede e os relacionados com os profissionais.

Os aspectos relacionados com as características do sistema de saúde representam os dispositivos regulamentos do sistema de saúde, as políticas e programas do Ministério da Saúde para ordenar o seu funcionamento. De modo geral, para os entrevistados, a base normativa do sistema se constitui elemento facilitador da coordenação, na medida em que estabelece a unificação dos grandes objetivos e estratégias do sistema para todos os níveis da federação (federal, estadual e municipal) e seus dispositivos reforçam a formação de redes, destacando a importância da atuação coordenada entre os níveis de atenção.

Esse aspecto está presente nas falas de alguns gestores e apoiadores institucionais que destacaram os princípios e diretrizes do SUS, entre eles o da universalidade, integralidade e a reestruturação da APS, que é um modelo de atenção e de organização de rede, nos quais os elementos devem atuar de forma complementar e

interdependentes. Para tanto, a coordenação entre os níveis de atenção é um requisito fundamental do sistema:

“(…) Os princípios do SUS...a universalidade, a integralidade, isso de alguma forma facilita pra que todos os níveis tenham a mesma preocupação, os mesmos cuidados (...) para que os profissionais da saúde trabalhassem de forma melhor” (Apoiador 2 – AE).

“(…) A atenção básica ele ordena o cuidado, sendo a porta de entrada. Provavelmente é o primeiro ponto da atenção onde o paciente vai ter contato com os profissionais. Então, nessa acolhida desse paciente se começa a traçar uma linha de cuidado, porque esse cuidado das doenças crônicas não se dá apenas dentro da equipe de saúde...” (Apoiador 2 –APS).

Outros fatores citados como facilitadores da coordenação estão relacionados à implantação de alguns programas instituídos pelo Ministério da Saúde, sendo estes: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ-AB), Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos. Tais programas têm como finalidade o fortalecimento da APS, no entanto gestores e apoiadores consideram que esses apresentam resultados positivos para a coordenação entre níveis, uma vez que favorecem a atuação das equipes, pautadas em metas a serem alcançadas pelo conjunto da rede, além de contribuir para fixação de médicos nos territórios.

“(…) O PMAQ é um programa do Ministério da Saúde (...) a gente aderiu a esse programa. O foco dele é melhorar o acesso e a qualidade do serviço, a rede como um todo (...). Na última avaliação...nenhuma das nossas unidades ficou abaixo da média” (Apoiador 1- APS).

“(…) Essa rotatividade (de médicos) hoje vem melhorando muito com os Programas do Ministério da Saúde. O Mais Médicos, o Provab...tão garantindo uma rede em que a gente possa garantir essa continuidade do cuidado, né!? porque a gente fixa o profissional” (Gestor - APS).

A interiorização das universidades públicas de saúde foi citada como contribuição para incorporação da coordenação da atenção no trabalho das equipes de saúde. Os gestores e apoiadores consideraram que amplia as oportunidades de formação de profissionais no cenário local e as mudanças ocorridas nos currículos promovem a prestação do cuidado numa perspectiva de rede. Estes relataram que o corpo docente tem investido em atividades de capacitação de alunos e profissionais da rede, valorizando a articulação e uso de mecanismos de coordenação:

“No município, um ganho importante também foi termos a universidade, a UFPE (Universidade Federal de Pernambuco) com o curso de medicina. A

universidade trabalha integrada com o serviço, inclusive tem professores que estão dentro do serviço (...) que são...vamos dizer, tutores de profissionais, que desenvolve programas juntos às equipes de saúde” (Apoiador 3 –APS).

“(...) Está melhorando, porque, com a universidade federal, o curso de medicina veio pra Caruaru, né? (...). No próximo ano, já vai ter residência médica, entendeu? Então...a gente tá vivendo um momento muito fértil” (Gestor - APS).

Em relação aos aspectos que dificultam a coordenação, gestores, apoiadores, um gerente e dois médicos (um da APS e um da AE) destacaram a persistência do modelo hospitalocêntrico, com maior aporte de recursos para atenção especializada, refletindo as prioridades governamentais. No entanto, foi destacado que mesmo a AE sendo prioridade neste modelo, persiste a indisponibilidade de muitas especialidades médicas no mercado de trabalho. Também foi ressaltado o desinteresse pela APS, o que fragiliza o seu papel como porta de entrada do sistema de saúde e organizador da atenção:

“Essa...desvalorização do profissional da atenção básica...que tá mudando, atualmente, mas que tradicionalmente existe um grande preconceito! tipo: esse tipo de assistência é pra pobre, pra quem não tem acesso, não tem informação. Eu sou especialista, então ‘eu sou’ (...)” (Gestor – APS).

“(...) pelo histórico da saúde no Brasil, investiu-se muito em unidades de maior complexidade durante muito tempo...e também a formação do médico, em enxergar o ser humano em partes e não como um todo, né!? (Apoiador 3 – AE).

“(...) a atenção especializada já é mais complicada a marcação, tem especialidade que, não existe aqui, que não chega: ortopedia, reumato... porque a demanda é grande. Ai, também tem os arrumadinho né!? que passa na frente (...) às vezes, nem entra no sistema...a reclamação é mais por isso, também” (Médico1 - APS).

Em relação aos aspectos organizativos da rede, emergiram mais fatores dificultadores do que facilitadores. Entre os facilitadores foram destacados a presença do apoiador institucional, a implantação do Sistema Informatizado de Marcação de Consultas e Procedimentos (INFOCRAS) e a atuação do NASF.

A presença do apoiador institucional foi citada por um gestor e três apoiadores como elemento importante para aproximar a gestão da saúde dos profissionais da rede, contribuindo para identificação e resolução de alguns problemas vivenciados nas unidades.

Além dos representantes da gestão, o sistema de marcação de consultas e procedimentos foi mencionado por três médicos da APS como facilitador da acessibilidade à atenção especializada, por organizar a disponibilidade de vagas para realização de exames e consultas. Também foi citada a Central de Regulação que estava iniciando as atividades, com definição de prioridades de marcação em função da urgência dos casos.

“(...) essa iniciativa de fazer o apoio integrado tem facilitado bastante (...) agora conversando, a gente enxerga que, o problema não é da atenção básica e nem da especializada, o problema é de um cidadão que está em Caruaru, está na gestão pública e que é problema de todo mundo.” (Apoiador 2- APS).

“Facilitando... A gente tem uma central de regulação, que eu chamo mais de marcação, mas tenta regular de certa forma esse fluxo, né. A gente tem é um sistema informatizado pra quase todas unidades, tem algumas que é por livre demanda (...) mas no caso, pneumologista, endocrinologista...cada posto de saúde recebe vagas mensais ou semanais” (Médico 5 - APS).

O apoio das equipes do NASF foi considerado pela maioria dos médicos da APS, dois apoiadores e um gestor como importante para coordenação da informação e da gestão clínica por possibilitar a interação e contribuição de outros profissionais e especialidades médicas com as equipes de APS, aumentando a capacidade resolutiva e melhorando a completude dos registros das informações.

“Esse matriciamento é extremamente importante. Agente tem...28 unidades que tem cobertura de NASF, e a gente percebe que nessas unidades, as situações são resolvidas com maior facilidade. Porque as equipes identificam o problema e tem a quem recorrer imediatamente” (Apoiador 2 - APS).

“Sempre que eu acho necessário a visita de algum profissional do NASF, eu faço um encaminhamentozinho, né? Explicando o problema (...) Como eles tão aqui semanalmente, eu sempre converso com eles” (Médico 3 - APS).

Os aspectos mais citados como dificultadores foram relacionados à desproporção entre a demanda e oferta de exames e consultas especializadas, encaminhamentos desnecessários da APS para AE, indisponibilidade de tempo dos profissionais e inexistência de FR e FCR.

A maioria dos entrevistados considerou insuficiente o número de especialistas, aumentando o tempo de espera para definição de condutas e início de tratamentos. Porém, os entrevistados relataram maior tempo de espera para consultas em algumas

especialidades como neurologia, psiquiatria e oftalmologia. Para outras especialidades como endocrinologia e pneumologia, não houve relatos de problemas para acesso. Geralmente os profissionais estão vinculados a programas, a exemplo do controle da hipertensão, diabetes e tuberculose:

“(…) existe ali uma lacuna, né? (…) quando chega pra especializada às vezes complica um pouco. Porque nem sempre eu tenho um tempo bom de resposta pra ele, é naqueles gargalos…” (Apoiador 1- APS).

“(…) a referência pra o nível secundário, em alguns casos… não é tão difícil, né? Como encaminhamento pra endocrinologista (…) Pneumologista…não é. Mas, já outros tipos de referência…por exemplo: oftalmologista, neurologista, psiquiatra… Aí complica mais!! Às vezes, não se consegue mesmo.” (Médico 3 –APS).

Os profissionais referem que o problema não se restringe a insuficiência no número de consultas e exames especializados. Para os especialistas, os encaminhamentos desnecessários representam um problema. Por outro lado, os médicos da APS reclamaram da existência de restrições normativas da rede que lhes impedem de solicitar determinados exames, o que resulta em encaminhamentos que poderiam acompanhar sem a necessidade de recorrer ao especialista:

“(…) uma tomografia, uma ressonância… uma ultrassom com Doppler num paciente com problema vascular. São bem restritos de solicitação. Como médica da atenção básica, nós não podemos solicitar nenhum deles (…) eu tenho que pedir que um especialista faça um protocolo e solicite. Então, isso às vezes complica, retarda, atrapalha…” (Médico 7- APS).

Outra questão abordada pelos médicos foi que uma primeira consulta com o especialista pode gerar a solicitação de consultas em outras especialidades ou novos exames, o que vai requerer o retorno do paciente à APS para agendar procedimentos, implicando em maior período de espera. Os gestores e apoiadores reconhecem que a oferta de procedimentos especializados é um determinante direto da maior ou menor facilidade para se obter acesso ao 2º nível de atenção. Estes acreditam que a ampliação da rede de serviços realizada no município venha contribuir para facilitar o acesso e, portanto, a coordenação da gestão clínica.

A disponibilidade de tempo dos profissionais foi considerada por gestores apoiadores e sete médicos (cinco da APS e dois da AE) como um aspecto que dificulta

a coordenação entre níveis, com ênfase na atenção especializada, na medida em que reduz a oferta de consultas, prejudicando o acesso. Para os médicos da APS e apoiadores compromete também a qualidade do atendimento e o registro de informações para contrarreferência. A falta de tempo pode estar relacionado a outros vínculos que os profissionais possuem, além daquele que desempenha como referência na rede:

“Eu sei a questão é tempo, que é difícil, pra todo mundo, mas, pelo menos o colega lá orienta "olha, mostra a receita, pra médica na atenção básica...mostra o que foi feito. Esses exames eu vou pedir (...) mas mostra pra ela também lá..." Eu acho que no mínimo é isso que tinha que ter” (Médico 2 - APS).

“Muitas vezes é porque...tem várias outras atribuições que impede que você realmente dê conta com qualidade de cada momento que é importante, que é de tua responsabilidade” (Apoiador 2 – AE).

No que diz respeito à transferência de informação entre níveis de atenção, a inexistência de um formulário específico instituído pela Secretaria Municipal de Saúde para referência e contrarreferência foi destacado pelos profissionais como um elemento dificultador para o compartilhamento de informações, conforme problemas já mencionados. Nos relatos dos entrevistados é possível identificar que, na ausência de mecanismos formais instituídos, alguns profissionais procuram dar segmento ao processo utilizando-se de mecanismos informais como o uso de bilhetes, telefone institucional ou celular de uso pessoal e aplicativos de mensagens.

“Assim, pré-natal a gente tem uma contrarreferência por escrito, direitinho, a gente manda, pede um parecer, o que a gente pediu vem, às vezes até com orientação a mais, mas nas outras especialidades não existe” (Médico 6-APS).

“A referência...na verdade não existe um formulário específico, mas ele encaminha com histórico ou hipótese diagnóstica para a atenção especializada” (Gestor - APS).

“Se precisar, existe um telefone, que é um telefone funcional (...) a gente pode ligar pra os serviços diretamente pra tirar alguma dúvida, agilizar uma consulta, um exame” (Médico 2 – APS).

A ausência de informação atualizada sobre a disponibilidade de profissionais, dos serviços da rede de referência (locais, horários de atendimento e dados para contatos) e a precariedade na estrutura física e dos equipamentos das unidades também

foram citados por alguns profissionais, principalmente da APS, como fatores que dificultam a coordenação. Além disso, uma ambiência inadequada do espaço de trabalho pode resultar em desmotivação do profissional, prejudicando o exercício das suas funções, podendo vir a repercutir na qualidade do atendimento:

“É uma coisa que é meio complicada, né (...) porque eu não sei qual é o horário, se tá disponível na rede...fica mais difícil, né!” (Médico 7 – APS).

“(...) às vezes desmotiva, porque a pessoa dizer “eu trabalho aqui numa unidade ruim, às vezes a condição física, estrutural da unidade, né? (...) se você trabalha num ambiente bom, agradável, isso também dá uma motivação”. (...) não é determinante, mas em algum grau, a população também reconhece mais aquele ambiente...” (Apoiador 2- APS).

Outra questão de natureza organizativa que emergiu nas falas de dois apoiadores e dos especialistas foi a baixa credibilidade em relação a alguns serviços de apoio diagnóstico. A desconfiança dos médicos nos resultados de exames realizados por certos prestadores pode gerar repetição de exames, repercutindo no atraso para definição do diagnóstico e início do tratamento:

“(...) Muitas das vezes nos deparamos com situações em que os profissionais simplesmente rejeitam exames de determinado laboratório ou similar... e sugere outro lugar, tendo em vista que ele...não consegue confiar no resultado do exame” (Gerente 2 - AE).

“Não observo muito (duplicação de exames) a não ser que...o exame não esteja em uma técnica bem feita... Se for algum erro técnico da... realização do exame a gente pede, pra tirar dúvida né...” (Médico 4 – AE).

Em relação aos aspectos de interação entre profissionais, todos entrevistados consideraram a importância da comunicação entre níveis como facilitador da coordenação da atenção. A interação foi referida tanto entre os profissionais que atuam na rede assistencial como também na relação destes com os gerentes, apoiadores e gestores.

Nos relatos de dois apoiadores e cinco médicos foram identificadas iniciativas e interesse pessoal de alguns médicos em manter comunicação com outros profissionais que atuam em diferentes níveis da rede e com os gerentes de unidades especializadas, quando necessário. Foi ressaltado o compromisso destes profissionais em garantir o atendimento da necessidade do paciente, a exemplo das consultas realizadas além do

número estabelecido por turno de trabalho. Tais características demonstram disposição em empenhar-se na resolução dos problemas de saúde do paciente, motivando-os a estabelecer interação com profissionais de outros níveis de atenção, com vista a aprofundar questões sobre a conduta e necessidades do paciente. Esses aspectos podem estar relacionados com o sistema de valores dos profissionais e à formação adquirida.

“Acho que o que tem muitas vezes é a boa vontade dos profissionais (...), isso é o facilitador. É o profissional abrir mão da marcação, pedir que o paciente venha antes, é o coordenador da Policlínica que facilita a chegada do paciente, é o gerente...ter sensibilidade pra abrir algumas exceções...” (Médico 1- AE).

“(...) a formação, acho que é um ponto primordial para o impacto nessa relação (...) Eu vejo projetos pedagógicos das instituições fazendo mudança né...quem tá saindo das instituições de ensino superior começa a ter um pensar diferente...integral, um olhar diferenciado; no entanto, na prática, os processos de trabalho não se dão todos dessa forma” (Gerente 1 - AE).

O tempo de experiência do profissional no trabalho desenvolvido na rede, dentro de um mesmo território, foi citado por três médicos e dois apoiadores da APS como fator que facilita a coordenação da informação e da gestão clínica, uma vez que estreita a relação com os profissionais das unidades que atendem pacientes da mesma área geográfica:

“(...) pra gente o que facilita é essa... como é que eu posso lhe explicar, é essa interação, entre a gente. Como também a gente tá aqui há treze anos né?! a gente já conhece muitos profissionais, tenho o celular, liga, tira dúvida.” (Médico 7- APS).

Por outro lado, a visão dos entrevistados, principalmente os gerentes, gestores e médicos da APS, é de que boa parte dos profissionais não se mostra sensibilizada e motivada para um trabalho voltado para a coordenação da atenção, o que responderia por dificuldades no uso dos mecanismos formais estabelecidos para facilitar a coordenação. Tal fato parece contribuir para que esta prática não seja incorporada à atividade dos mesmos em virtude do desinteresse dos profissionais em estabelecer um trabalho de articulação entre níveis:

“Considero ainda a questão do humano, o maior dificultador. Porque a gente cria serviços, obrigações, protocolos, mas se a gente não conseguir tocar as pessoas, no sentido que elas entendam qual é o seu real papel enquanto profissional, que é cuidar do usuário” (Apoiador 2 - AE).

“Porque cada um se preocupa com o seu. Se eu sou especialista em ferida, eu não quero nem saber, (...) só me interessa por isso. Eu não vou ver aquela pessoa, não vou ver o paciente na sua singularidade, na sua inserção familiar” (Apoiador 2 – APS).

O limitado tempo dos médicos para o atendimento da demanda, questão já abordada nos aspectos organizativos como dificultador da coordenação, também se encontra vinculado ao desempenho profissional, como o não cumprimento do horário de trabalho contratado e consequente repercussão no tempo dedicado à consulta:

“Assim ainda tem problema né de carga horária, mesmo teoricamente eles sendo contratado ou concursado pra exercer aquela carga horária, na prática às vezes não acontece” (Apoiador 3 – APS).

“Falta mais critério (...) ele (o médico) evita escutar o paciente, então, pra se livrar, ele faz uma consulta rápida e pede uma série de exames sem ...definir realmente, se aquele exame vai dar a resposta que ele quer” (Gestor - AE).

Quando questionados sobre o que poderia melhorar a coordenação entre níveis, tanto os profissionais como os representantes da gestão consideraram que o conhecimento entre profissionais e as atitudes de colaboração são fundamentais. No entanto, a percepção que os médicos dos diferentes níveis de atenção têm uns dos outros aparece como um fator que influi no relacionamento profissional entre eles.

Na percepção dos médicos e apoiadores da APS, existe a desvalorização dos profissionais que atuam neste nível, por parte dos médicos da AE. Esse sentimento levaria os especialistas a desprezar as informações que lhe são transferidas por ocasião do encaminhamento de pacientes e justificaria a falta da contrarreferência, dificultando a coordenação de informação:

“Eu acho...o acesso mesmo difícil a eles, né?! Já houve casos de eu ir pessoalmente numa policlínica onde tinha o atendimento do cardiologista (...) pra conversar sobre um paciente, e assim, eu fui muito mal recebido pelo colega. Na verdade, ele não quis conversar comigo...disse que tava muito ocupado. Não me deu muita atenção, não” (Médico 3- APS).

Opiniões dadas por especialistas denotam a percepção de superioridade destes em relação aos demais profissionais. É possível identificar as restrições à prática clínica dos profissionais da APS, os quais consideram que existe uma tendência destes profissionais em acatar a conduta do especialista, limitando-se a repetir a prescrição sem levar em conta a evolução do paciente. Também foram registradas manifestações que

revelam desconfiança em relação a certas condutas clínicas na APS, sendo as críticas dirigidas a profissionais estrangeiros do Programa Mais Médicos, aos quais julgam tecnicamente despreparados:

“(...) Continuo falando do problema, dessa questão dos Mais Médicos, não creio, não acredito, acho que precisam se capacitar mais (...) tenho medo de mandar (o paciente) porque quando vem pra mim, às vezes com medicação, efeitos adversos que eram pra ter sido vistos, então eu tenho certo receio, eu confesso a você, principalmente com tanto estrangeiro” (Médico 5- AE).

A falta de reconhecimento mútuo e de valorização em relação aos outros profissionais compromete a coordenação da informação, uma vez que contribui para desacreditar os registros transferidos por àqueles profissionais, dificultando a aproximação e interação entre eles, fundamental para a coordenação da gestão clínica:

“E a gente não vai fazer (contato)...é muito difícil (...) porque o médico, não tá muito satisfeito com o rendimento que tem, as cobranças e tudo mais. Você acha que o médico cheio de compromisso, cirurgia, seu consultório, vai querer ficar fazendo ligação para debater sobre um assunto de uma paciente? Não vai!” (Médico 3- AE).

“Eu acho que um coisa que dificulta bastante é a interação entre os profissionais, sejam da básica com a especializada, sejam entre eles mesmos. (...) veja, tem uma quantidade de cubanos pelo programa Mais Médicos e as vezes os especialistas não aceitam as condutas deles...” (Apoiador 1- APS).

Quanto à influência dos problemas de coordenação para a qualidade da atenção, a maioria dos entrevistados considerou como principais consequências o atraso e/ou erro no diagnóstico, perda de continuidade do tratamento, agravamentos dos sintomas e possibilidade de sequelas para os pacientes.

4.2.3. Sugestões para melhoria da coordenação entre níveis de atenção

As propostas para a melhoria da coordenação foram citadas por todos os entrevistados, com diversos enfoques. As mais recorrentes foram relacionadas à melhoria da comunicação entre os profissionais da rede, entre esses e a gestão, estratégias para facilitar o acesso dos usuários, organização de uma agenda de

capacitações sistemáticas para os médicos e instituir o sistema de Referência e Contrarreferência como mecanismo de articulação entre níveis.

A necessidade de comunicação entre os médicos da APS e da AE foi reconhecida pelos gestores, quatro apoiadores e seis médicos (quatro da APS e dois da AE). O diálogo entre gestão e médicos também foi destacada por dois médicos da APS e dois da AE:

“Eu acredito que essa questão de diálogo é importante (...). Mas na medida que...se reúna algumas pessoas, não precisa juntar os sessenta (médicos)...talvez esse contato seja facilitado justamente através da central de regulação...” (Médico 5-APS).

“(...) Sentar com o profissional...do posto, com o especialista, chamar pra conversar. Porque até hoje eu nunca fui chamada, nunca foi marcado pra gente dar ideias, dar sugestões sobre esse fluxo” (Medico 6 –AE).

A construção de protocolos com a participação conjunta de profissionais de diferentes níveis de atenção, possibilitando a elaboração de instrumentos de acordo com a realidade local e melhoria do acesso do usuário na rede tiveram presentes nas falas dos profissionais e dos representantes da gestão.

“(...) Percebeu-se...algumas situações que necessitavam da formação desse protocolo. Acho que nas reuniões, na interação com outros departamentos, na escuta! ...vai trabalhar com médicos da especializada e da atenção básica, aí...vai identificar qual realmente é a demanda” (Apoiador 2- AE).

“Eles precisam aprender a ouvir o que a gente tem pra dizer (...). A minha necessidade é diferente da necessidade de quem trabalha no morro, uma área super violenta (...) A minha é mais carente de saneamento básico, transporte público...de deslocamentos (para usuários)” (Médica 1 – APS).

A importância da organização do sistema de Referência e Contrarreferência, com elaboração de um formulário específico, adoção de prioridades para o agendamento de consultas, exames e protocolos ordenadores de fluxos de pacientes na rede foram referidos pela maioria dos entrevistados:

“A gente deveria pensar um protocolo que pudesse visualizar esse paciente na rede, desde que ele entra na atenção básica até quando ele precisa de um serviço de urgência (...) quando precisa ser internado, quantos dias vai passar, né.Tudo precisa ser visualizado pra poder prevenir complicações, né?!” (Apoiador 3 – AE).

“Sempre eu faço meus encaminhamentos...descrevo por que tô pedindo esse parecer, mas a gente nunca tem a contrarreferência...(...) Se tivesse um sistema interligado...um protocolo, seria muito bom, né!” (Médico 6- APS).

Outros mecanismos de articulação foram citados pontualmente por médicos e apoiadores, como: prontuário eletrônico, classificação de risco, consultas compartilhadas, matriciamento e protocolos clínicos. As capacitações foram percebidas como oportunidade de atualização dos conhecimentos e também de interação entre os profissionais, favorecendo a coordenação da informação e da gestão clínica:

“Eu acho que tem que fazer mais desses cursos né, não é nem curso (...) desses projetos...envolvendo uma doença, principalmente diabetes que é frequente (...)Tem que melhorar, com mais frequência. Tem que ter feedback maior entre os profissionais” (Médico 2 – APS).

“A gente precisa fazer um trabalho com os profissionais pra melhorar processo de trabalho, né (...) necessidade de envolvimento, que é uma coisa bem difícil! mas acho que é o caminho e, com a instituição dos protocolos clínicos (...) tentar trazer junto os especialistas... pra ajudarem a gente integrar toda rede e qualificar a atenção ao usuário” (Gestor – AE).

O fortalecimento da atenção primária, mediante extensão da cobertura e a qualificação do atendimento, aliado ao provimento de uma oferta suficiente de vagas para as especialidades também foram abordados como sugestão para facilitar o acesso entre níveis. A instituição de parcerias com as universidades, visando à formação continuada dos profissionais foi vista como importante articulação para promover uma maior qualificação, levando a melhoria da resolutividade e encaminhamentos mais adequados no trabalho em rede.

“(…) Talvez investir mais na atenção básica, pra diminuir os agravos né. Se a gente tivesse um trabalho maior de educação em saúde, tivesse um... eu acho que no fim, o serviço lá em cima seria mais desafogado com certeza(...), a nossa atenção básica também ainda é falha” (Médico 7- APS).

“Eu acho que aproximar também a academia é uma coisa muito importante, tanto pra formação, porque pra aqueles profissionais que estão na rede também esse encontro, acho que é muito rico” (Apoiador 3 - APS).

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a implantação das RAS é considerada um avanço na organização das ações e serviços, visando à integralidade do cuidado e uma atenção contínua, cabendo à APS o papel de coordenadora do cuidado^{17,31}. Contudo, apesar dos inegáveis avanços, o funcionamento das RAS enfrenta grandes desafios, entre os quais, o financiamento, a formação e a insuficiente disponibilidade de profissionais para atuar no SUS^{33,34}. Essas dificuldades são mais evidentes na atenção às pessoas com doenças crônicas e múltiplas enfermidades, que requerem atenção multiprofissional, de diferentes níveis e complexidades^{16,20,42}.

O presente estudo evidencia que a coordenação da informação e da gestão clínica, bem como o conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação mostraram-se insuficientes para uma adequada coordenação da atenção entre níveis assistenciais aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis no município de Caruaru (Pernambuco).

Problemas vinculados à coordenação dos cuidados são apontados como um dos entraves à organização das redes^{45,46}. Neste estudo, de modo geral, os entrevistados não compreenderam o termo “coordenação entre níveis de atenção” como a articulação de todos os serviços relacionados com a atenção ao paciente, de modo harmônico, para a obtenção de um objetivo comum^{46,50}. A expressão foi inicialmente entendida como um cargo de gestão, necessitando, portanto, ser ressignificada por meio de aproximações com outros termos, como “articulação” ou “integração” da atenção primária com a especializada. Uma vez esclarecidos, foi evidenciada uma certa contradição entre a opinião dos profissionais da assistência e dos representantes dos cargos de gestão. Para a maioria dos profissionais da assistência, a atenção prestada na rede não era articulada, enquanto os ocupantes de cargos de gestão e gerenciamento defendiam sua existência, mesmo reconhecendo a necessidade de melhorias. Alguns autores^{26,45,40} identificam que a maioria dos profissionais da assistência não reconhece a existência da coordenação entre níveis de atenção, tal qual o observado nesta pesquisa.

Neste estudo, emergiram dificuldades de comunicação e articulação entre os níveis de atenção e desafios da APS para se consolidar como coordenadora da atenção.

Deficiências na coordenação entre níveis da atenção prestada têm raízes na formação profissional, possuindo um modelo predominantemente fragmentado no ensino das especialidades, *flexneriano*, orientado para atenção hospitalar^{105,106} e que não valoriza a APS como ordenadora do cuidado, dificultando todo o contínuo da atenção¹⁶. Além dessa questão, a fragilidade na organização do processo de trabalho^{44,107} contribui para que os profissionais da APS e AE não exerçam adequadamente o seu papel relativo à coordenação entre níveis. Tais questões foram relatadas pelos profissionais entrevistados. Também foi referido que os profissionais de um nível de atenção não conhecem os que atuam no outro nível, o que se reflete na menor valorização e confiança da AE em relação à APS. Destaca-se, ainda, a falta de reconhecimento dos próprios profissionais sobre seu papel, o que interfere no exercício da coordenação entre os níveis da atenção e a deficiente comunicação entre os membros da equipe gestora e os profissionais da rede.

Tais aspectos contribuíram para fragilidades na coordenação entre os níveis de atenção no município estudado. Por outro lado, mesmo com todas as dificuldades observadas, destaca-se a visão da APS e da AE quanto à necessidade e uso da informação trocada entre os níveis para o exercício do cuidado ao paciente e do uso de mecanismos que facilitem a articulação entre os níveis da atenção.

As questões específicas, referentes aos pilares da coordenação entre níveis de atenção que foram estudados - coordenação da informação e da gestão clínica e o conhecimento e uso dos mecanismos -, são discutidas a seguir.

5.1. Coordenação da informação entre níveis assistenciais

Em relação à coordenação da informação, a maioria dos médicos considerou não haver troca de informações sobre os pacientes que atendem em comum com o médico do outro nível. Os principais problemas destacados foram a inexistência de mecanismos adequados para transferência da informação e a falta diálogo entre os profissionais. Esses problemas são citados em outros estudos realizados tanto nos sistemas de saúde de países de alta renda^{70,72,108}, como em alguns países de média e baixa renda^{61,109}, além da falta de tempo para registro das informações¹¹⁰.

Tal situação é preocupante, pois a integração dos serviços de saúde depende da qualidade do processo de coordenação e essa, por sua vez, depende da eficácia da comunicação instituída entre os profissionais no interior do sistema^{60,111}.

A deficiência no preenchimento dos formulários de encaminhamento e no acesso ágil e oportuno da informação também foram identificadas por profissionais, gerentes e gestores, podendo comprometer a qualidade do cuidado e a segurança do paciente^{65,112}. Quanto ao tempo de experiência na rede, para médicos da APS prevaleceu um tempo de trabalho de até três anos, o que pode sugerir que municípios mais afastados das regiões metropolitanas, como Caruaru, teriam uma maior rotatividade de profissionais³⁵, fato que pode contribuir para menor utilização dos mecanismos de coordenação^{26,77}.

O vínculo empregatício tem influência importante na fixação dos profissionais na rede. Em Caruaru, o vínculo prevalente na APS foi o Programa Mais Médicos³⁵, uma iniciativa do governo federal para provisão de médicos em áreas mais vulneráveis do País. Nesse Programa, além da inscrição voluntária de médicos, foi firmada uma cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde de Cuba, o que se reflete na presença relevante de médicos cubanos na amostra da rede de atenção estudada em Caruaru. Esses profissionais, devido à tradição do país de formação de médicos de família e comunidades¹¹³, podem em alguns aspectos apresentar uma maior disponibilidade para trocas de informação entre níveis. Todavia, entre outras questões, chama a atenção o fato do programa prever uma contratação de três anos, prorrogáveis por mais três, o que pode representar instabilidade no vínculo.

A carga horária de trabalho contratada para o especialista na rede menor que 20 horas semanais repercute no limitado tempo para consulta e atividades de coordenação, como também na maior dificuldade de conhecimento entre os médicos. Além disso, o descumprimento dos horários foi citado no estudo qualitativo, sendo relacionado à insuficiência da oferta de médicos e dificuldades para sua fixação. Assim, apesar de ser um problema conhecido^{47,107} para manter o profissional na rede, tal fato geralmente é silenciado pelas equipes de saúde e gerentes. A literatura disponível tem dedicado pouco espaço para essa discussão.

Em relação ao papel dos apoiadores institucionais e gerentes na articulação da rede, foram identificadas falhas no desempenho das funções do apoiador institucional, uma vez que poucos médicos reconheceram a sua atuação como facilitadora da

articulação entre níveis. Situação semelhante foi referida em relação aos gerentes/diretores das policlínicas e ambulatórios hospitalares no exercício da sua função. No entanto, o estudo qualitativo revelou divergências em relação à percepção dos representantes da gestão, que considerou a presença do apoiador institucional como elemento importante para aproximar a gestão dos profissionais da rede, contribuindo para identificação e resolução de problemas vivenciados nas unidades.

A proposta do apoio institucional tem como função gerencial o princípio da cogestão³⁹, buscando reformular o modo tradicional de fazer supervisão, planejamento e avaliação em saúde^{40,102}. Dessa forma, esperam-se habilidades e competências dos apoiadores e gerentes para atuarem na interação entre os sujeitos e na tomada de decisão¹¹⁴. Todavia, as demandas administrativas vivenciadas por esses profissionais parecem dificultar a construção e visibilidade dessas novas práticas.

Por outro lado, foi consenso entre os profissionais e representantes da gestão o apoio das equipes do NASF como facilitadores, reconhecidas como uma inovação na articulação entre a APS e AE^{65,115}. Tal resultado indica a potencialidade da ampliação das equipes do NASF para o aumento da capacidade resolutiva da APS, reduzindo encaminhamentos desnecessários.

Vale destacar que, apesar das dificuldades encontradas, a maioria dos profissionais considera que a informação trocada é necessária. A utilização e troca de informação foi reconhecida como fundamental para orientar as decisões. Tal fato pode parecer contraditório, mas há de se ressaltar que o processo comunicacional não é uma linha contínua, de mão única, restrita à relação entre um emissor-mensagem-receptor, mas um processo dinâmico e complexo^{39,46,116}. Nesse sentido, Souza *et al.*¹¹⁶, ao analisarem a percepção dos profissionais da APS sobre os efeitos de treinamentos clínicos, reforçam a importância da introdução de conteúdos sobre a comunicação em saúde, em sua dimensão dialógica, sem, contudo, secundarizar a comunicação informativa. Ressaltam ainda que as instituições precisam aprender a lidar com diferentes interesses, buscando estabelecer acordos de compromissos e colaboração mútua.

A visão dos profissionais sobre as relações com os níveis gerenciais indica que praticamente inexistem espaços para compreensão das experiências vivenciadas nas unidades de saúde, com as trocas de informações restringindo-se ao caráter meramente

burocrático. Vários estudos ressaltam que a valorização apenas da dimensão informativa da comunicação dificulta a compreensão das necessidades presentes nos contextos locais e minimiza a importância da negociação para construção de projetos terapêuticos compartilhados^{23,62,79,117}. Dessa forma, a situação encontrada indica o grande desafio das RAS atuarem de acordo com o preconizado. No município de Caruaru é fundamental que a gestão do sistema de saúde invista em canais permanentes de comunicação, favorecendo o diálogo entre profissionais e equipe de gestão.

5.2. Coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais

Quanto à coordenação da gestão clínica, o estudo quantitativo apresentou resultados positivos em relação à opinião dos médicos sobre a coerência da atenção e seguimento do paciente, tais como a realização do encaminhamento dos pacientes da APS para AE, quando necessário; a baixa repetição de exames; e consultas de acompanhamento com o médico da APS. Ainda assim, persistiram críticas por parte dos profissionais sobre a precária comunicação e articulação entre níveis, não sendo frequente a prática de intercâmbio sobre dúvidas e/ou recomendações relacionadas ao acompanhamento do paciente.

A maioria dos profissionais considerou que os médicos da APS encaminham os pacientes para o especialista, quando necessário, com baixo percentual de exames repetidos, estando coerente com a justificativa de confirmar o diagnóstico, e para monitorar ou controlar a doença. Nesse sentido, alguns autores ressaltam a importância de se garantir o adequado encaminhamento à atenção especializada, objetivando maior resolubilidade dos problemas de saúde dos pacientes, o que favorece a continuidade do cuidado^{51,118}.

No entanto, o estudo qualitativo revelou questionamentos de alguns especialistas sobre a adequação clínica da transferência do paciente da APS para AE, relacionando os encaminhamentos desnecessários com a baixa resolubilidade desse nível de atenção. Os médicos da APS, por sua vez, afirmaram que só encaminham para os outros níveis de atenção os pacientes que de fato necessitam ser consultados por especialistas, mas consideraram que existem limitações normativas. Serra e Rodrigues¹¹⁹ destacam que a deficiência de apoio técnico às equipes de Saúde da Família dificulta a tomada de

decisão clínica por seus profissionais, principalmente nos casos que estão no limite de seus conhecimentos, podendo contribuir para o aumento de encaminhamentos para os demais níveis de complexidade. Dessa forma, seria importante analisar no município pesquisado até que ponto a deficiência de apoio técnico está relacionada aos encaminhamentos desnecessários à AE, sendo relevante aprofundar questões no diálogo entre profissionais e apoiadores institucionais.

Em estudo realizado em 18 municípios da região norte de São Paulo, com rede composta por 97 unidades de APS, abordando a coordenação do cuidado na construção da RAS, identificaram-se dificuldades enfrentadas pelas equipes por não possuírem condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais), o que vem a comprometer a capacidade de coordenação¹¹¹. Essa visão das limitações também foi percebida pelos entrevistados, fazendo parte principalmente do cotidiano dos médicos da APS que, apesar de reconhecerem melhorias na organização da rede, referiram ainda existir precárias condições estruturais, organizacionais e problemas relacionados à atitude dos profissionais.

Cecílio *et al.*¹²⁰, em estudo qualitativo abordando a APS como centro de comunicação de redes temáticas, ressaltam três achados principais: (a) a visão da APS como posto avançado do SUS, produzindo valores de uso mesmo para pacientes utilizadores de serviços de alta complexidade; (b) a APS como lugar de coisas simples de pouca resolubilidade; (c) a APS como espaço da impotência compartilhada entre usuários e equipes, quando se trata dessa rede funcionar como coordenadora do cuidado. As últimas características, segundo esses autores¹²⁰, indicam que a APS ainda não reúne condições materiais e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central de coordenação. Na rede em estudo, os depoimentos revelam significados convergentes com os achados referidos pelos autores citados. Vale salientar que gestores e profissionais tendem a ter olhares diferentes sobre o foco do mesmo problema. Os gestores percebem as dificuldades, mas também dão ênfase aos investimentos na APS como importante avanço para o SUS.

No entanto, mesmo com visões distintas sobre o papel da APS, foi reconhecido pelos entrevistados que a implantação da ESF na rede de saúde contribuiu para ampliação da oferta de serviços, principalmente nas áreas mais vulneráveis, trazendo um efeito estruturante perante os vazios assistenciais. Esse efeito também foi verificado

na experiência de vários municípios que implantaram a ESF, resultando em melhorias na integralidade da atenção e no desenvolvimento de ações programáticas, quando comparadas com o modelo da APS tradicional^{30,109,121}.

Porém, os desafios identificados na rede de saúde de Caruaru indicam que ainda existe necessidade de ampliação da cobertura da população da APS, investimento na estrutura das unidades e no apoio diagnóstico, uma vez que, pelas normas organizativas da rede, alguns tipos de exames, como tomografia, ressonância magnética e ultrassonografia com doppler, só podiam ser solicitados pelo especialista, o que ocasionava o encaminhamento de pacientes para AE, com redução da sua capacidade resolutive.

Venâncio *et al.*¹²² identificaram dificuldades semelhantes quanto à restrição a alguns exames especializados pelas equipes da APS. É importante ressaltar que a indisponibilidade de determinados exames no sistema de saúde ou, ainda, a demora no agendamento, pode comprometer a dinâmica do atendimento e constituir-se em riscos para o paciente. Arantes *et al.*¹²³, em estudo de revisão da literatura, evidenciaram além da insuficiência de exames essenciais, a falta de medicamentos e outros insumos como situações recorrentes nas unidades da APS. No entanto, é preciso levar em conta que as solicitações de exames podem ser influenciadas por aspectos relacionados à organização do sistema de saúde, características do médico e do paciente, além das diferentes interações entre esses grupos¹²⁴. É fundamental o entendimento da complexa dinâmica que envolve a solicitação de exames pelos profissionais e os fatores que a influenciam. Tal conhecimento ainda é pouco explorado na literatura nacional^{16,125} e internacional^{126,127}.

Sobre a concordância de tratamentos, não houve consenso entre os médicos. Apesar da maioria dos médicos da APS estar de acordo com o tratamento indicado pelo médico do outro nível, o mesmo não foi evidenciado quanto à reconciliação de condutas pelos médicos da AE. Os apoiadores institucionais reforçam esse achado, ao identificarem duplicações de procedimentos de natureza diagnóstica e terapêutica, problema citado como recorrente no que diz respeito à prescrição de medicamentos. Esse resultado pode estar relacionado a vários problemas, como a rotatividade dos médicos, a falta de treinamentos, restrições a exames e medicamentos, além do longo tempo de espera para consulta em algumas especialidades.

O fato de poucos profissionais se conhecerem pode ser devido à rotatividade dos mesmos, dificultando o estabelecimento de vínculos entre eles^{35,120}. Em contraste, uma maior familiaridade pode ser resultado da proximidade de localização dos serviços onde atuam os médicos da APS e da AE e/ou da rede ter menor tamanho²⁶. Por outro lado, um longo tempo de espera para consulta na AE pode ter como consequência a evolução da doença e mudança na conduta terapêutica¹²⁷.

Sobre as divergências de condutas entre os profissionais, Jesus *et al.*¹²⁸, em estudo realizado em duas redes de saúde de municípios de grande porte, identificaram mudanças feitas nas prescrições dos médicos da APS pelos médicos da AE, às vezes apenas substituindo nomes comerciais dos medicamentos, ainda que mantendo o mesmo fármaco. Tal situação, se não for explicada ao paciente, pode deixá-lo inseguro em relação ao acompanhamento do médico da APS. Também foi relatado que alguns especialistas ao observarem divergências entre condutas induzem pacientes a desconsiderar a prescrição feita pelo médico da APS.

Romper a lógica compartimentalizada de funcionamento dos serviços de saúde não é tarefa fácil. Ao aprofundar a questão, a vertente qualitativa deste estudo revelou um consenso entre representantes da gestão e dos profissionais de saúde, quanto à percepção de superioridade dos especialistas em relação aos médicos da APS e restrições à prática clínica dos mesmos. Essa falta de entendimento entre os profissionais pode causar duplicação de condutas e/ou divergências de natureza diagnóstica e terapêutica, gerando sérias consequências para o paciente e inadequações na articulação entre os níveis de atenção.

Referências às tensões e divergências entre generalistas e especialistas são citadas como fatores que dificultam a coordenação, tanto em estudos sobre sistemas de saúde em outros países^{22,129}, como também sobre o caso brasileiro^{26,128}, embora não seja um tema amplamente analisado com a profundidade requerida.

Várias explicações emergem entre os autores, uma das quais remete à cultura convencionada na área médica, para qual o conhecimento do generalista estaria sempre aquém do especialista, concepção amplamente contestada por McWhinney e Freeman¹³⁰ como sendo um equívoco epistemológico. Nesse sentido, Feo *et al.*⁴⁴ identificaram que mesmo após 20 anos da reforma da APS na Espanha, a AE se mantinha como um compartimento estanque. Os autores questionam a percepção de supremacia da AE,

ressaltando que a lógica de funcionamento fragmentada facilita o surgimento de erros diagnósticos e tratamentos inapropriados⁴⁴.

Martinez *et al.*¹³¹ abordam a questão a partir da separação histórica entre as diferentes práticas profissionais na área de saúde e a forma fragmentada como até hoje estes são formados, o que contribuiria para que algumas categorias se sentissem em condição de superioridade na dinâmica do trabalho em saúde, com resistência a rever seus valores. Essa questão também pode se refletir no seguimento do paciente, a exemplo do encontrado no presente estudo onde a maioria dos médicos da APS informou que a consulta de acompanhamento do paciente é realizada, porém há falhas na comunicação oportuna com o responsável da transição. A troca de informações entre os médicos da APS e AE quanto a dúvidas, recomendações e consultas relacionadas a esse acompanhamento foi quase inexistente.

É importante refletir sobre esses achados, uma vez que o seguimento diz respeito ao acompanhamento do paciente quanto à natureza do episódio que motiva o atendimento em diferentes níveis, estando intimamente relacionado à continuidade do cuidado. Um aspecto relevante é a existência de um responsável clínico¹³² como coordenador do processo de atenção. Quanto a essa questão, o discurso dos entrevistados não revelou a identificação de tal responsável. Não houve consenso a esse respeito, observando-se variadas compreensões acerca de quem deveria assumir o papel.

Para Starfield²³, os profissionais da APS seriam os mais indicados para se responsabilizarem pelo percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. Alguns autores^{45,120} mostram-se reticentes a esse respeito, duvidando que o modelo de APS vigente possa dar conta de funções como essa e outras relacionadas à ordenação de fluxos na rede e exemplificam o fato de a APS nunca ter alcançado plenamente seu papel de porta de entrada preferencial para o conjunto de serviços de saúde. Contudo, o que está no centro da questão não é a legitimidade do perfil da APS, mas sim o necessário investimento para que ela seja fortalecida e possa, de fato, assumir seu papel como responsável pela coordenação entre os níveis de atenção.

Reconhece-se que a ESF representa uma nova base para articulações, devido à maior proximidade dos profissionais com a população e às interações no território de abrangência, o que possibilita a constatação de problemas que incidem sobre o processo saúde-doença^{14,65,118}. Para tanto, as ações empreendidas devem tomar como prioridade

a instituição de mecanismos de integração^{57,61} e a garantia de apoio técnico no âmbito da APS, a exemplo do trabalho desenvolvido pelo NASF, sendo este constituído por uma equipe de apoio formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam nos territórios de responsabilidade das equipes de saúde da família^{13,133}.

Na rede de Caruaru, apesar do número de NASF ainda ser insuficiente em relação à necessidade das USF nos territórios, no estudo qualitativo o apoio das equipes do NASF foi reconhecido pela maioria dos médicos da APS, apoiadores e um gestor como importante para coordenação da informação e da gestão clínica por possibilitar a interação e contribuição de profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeuta ocupacional, entre outros, e algumas especialidades médicas, ampliando a resolubilidade da APS, principalmente na atenção às doenças crônicas. Ressalta-se o potencial em se investir na ampliação do NASF, uma vez que este pode assumir importante papel no fortalecimento da coordenação intranível – entre as equipes da APS – e entre níveis – entre a APS e os demais serviços de saúde.

Experiências recentes buscam implementar uma nova concepção de redes de clínicos gerais para fortalecer a coordenação e condução dos cuidados pelo generalista em estreita cooperação com especialistas¹²⁹. Em Portugal, um mecanismo inovador na região de Lisboa foi a instituição do plano de carreira para os profissionais da APS, direcionada ao planejamento e gestão de práticas organizativas. A formação dos conselhos clínicos tem como propósito dinamizar a cultura da governança clínica e da qualidade, sendo apoiada por gestores locais responsáveis pelos resultados previamente pactuados²⁹. Nesse sentido, é possível observar uma tendência do fortalecimento do papel do generalista na condução da assistência e coordenação de cuidados especializados, hospitalares e sociais, de modo a promover a continuidade dos cuidados, em diversos países europeus^{27,28}.

No Brasil, compreendendo-se essa necessidade, a formação médica vem sendo debatida em diversos fóruns: há um consenso quanto à insatisfação no atendimento das necessidades da população e a imprescindível reformulação^{106,130}. O desafio de formar profissionais de saúde aptos para atuar no modelo de atenção que valorize o trabalho em equipe multiprofissional e com ênfase nos determinantes de saúde parece ser maior em relação à formação médica. A fragmentação curricular e a ênfase nas especialidades de forma precoce colaboram para a menor percepção de globalidade inerente à formação

do perfil de médico generalista, com uma visão ampliada da clínica e senso de responsabilidade social^{79,105}.

No entanto, apesar das dificuldades históricas, o movimento em prol da mudança vem acontecendo no Brasil, assim como em outros países, a exemplo do Canadá, Inglaterra, Portugal, Espanha, entre outros^{106,117}. Para acelerar a cooperação internacional na educação médica, a OPAS²⁰ propõe a participação integrada entre os países onde as tendências estão representadas em experiências clínicas que ocorram na APS, com ensino-aprendizagem baseado em problemas e também medicina baseada em evidências^{16,35}.

Quanto à acessibilidade, dimensão que se refere à garantia de atenção sem interrupção entre níveis de atenção, de acordo com a necessidade do paciente^{51,132}, o tempo de espera para conseguir realizar consulta com especialistas foi considerado longo. No estudo qualitativo, ao se ampliar o enfoque para além do tempo de espera, foi possível identificar que o problema não foi referido com a mesma intensidade para todas as especialidades. Para algumas, como endocrinologia e pneumologia, o acesso foi considerado ágil, sendo facilitado pelo sistema de marcação de consultas e procedimentos. Para outras, como oftalmologia, psiquiatria e neurologia, existiam filas com longo tempo de espera no sistema de regulação.

No Brasil, o longo tempo de espera para consultas especializadas está entre as principais barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no SUS^{111,134}. Entre os fatores para aumento da demanda estão a ampliação da cobertura da APS, aumento das doenças crônicas e, sobretudo, a insuficiência de recursos financeiros^{14,123}. Acredita-se que um tempo de espera aceitável para a primeira consulta ao especialista não deve ultrapassar dois meses^{124,134}. Contudo, em estudos realizados sobre acesso e utilização de serviços especializados, verificou-se que este tempo é muito variável⁴⁵. Em muitos municípios não há um monitoramento das filas, e, conseqüentemente, critérios de risco não são utilizados para sua gestão¹¹¹, situação encontrada na rede em estudo, onde tais critérios ainda não estavam implantados.

Estima-se que o tempo de espera para consulta, a depender da especialidade, pode variar de um mês a um ano^{45,65}. Como em outros municípios brasileiros, o problema da fila de espera é antigo, persistindo mesmo naqueles com um grande número de serviços de saúde especializados, como evidenciado em estudo na rede de

São Paulo, onde os gestores do SUS e seus usuários continuam enfrentando importantes obstáculos para acessá-los¹³⁴. Tal situação é apontada por Tesser e Poli Neto¹³⁵ como um dos grandes problemas do SUS, sendo a atenção especializada reconhecida pelo Ministério da Saúde como um “gargalo” na construção do sistema de saúde. Entre as razões, destaca-se que a atenção especializada tem sido regulada com forte influência da corporação médica e do mercado.

Em outra vertente, Conill *et al.*¹³⁶, ao discutir a problemática a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol, identificaram dois eixos de medidas complementares para melhoria da articulação: garantia de prazos máximos na esfera macrossocial, associadas a medidas locais para aumento da integração dos serviços; e resolubilidade da APS. Contudo, os autores ressaltam que para uma abordagem abrangente desse problema é necessário deslocar a discussão do monitoramento de listas e/ou da ampliação da oferta para abranger a garantia de um acesso oportuno e de qualidade.

Em Caruaru, para minimizar barreiras entre níveis de atenção é imprescindível aprofundar o conhecimento sobre as reais necessidades de saúde dos usuários para definição clara dos serviços de referência e fluxos de informação na rede. Ressalta-se a importância de iniciativas que venham promover a participação dos profissionais na discussão sobre os mecanismos de coordenação.

5.3. Conhecimento e uso de mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais

Os mecanismos são fundamentais para articulação entre níveis, favorecendo a coordenação e continuidade do cuidado. No entanto, entre o ganho potencial e a institucionalização na prática dos serviços, inúmeros desafios estão postos nas redes de saúde em diversos países^{57,73}.

Na rede em estudo, os resultados evidenciaram falhas na articulação entre níveis e problemas na implantação dos mecanismos, semelhantes a achados da literatura^{22,26,45,67}. No entanto, as dificuldades não foram verificadas da mesma forma para os dois níveis de atenção, havendo uma maior participação dos profissionais da APS do que da AE em promover a coordenação/articulação.

Sobre o conhecimento da existência dos diversos mecanismos de coordenação entre níveis na rede, o telefone institucional foi o mais reconhecido, seguido do resumo

de alta hospitalar e do Formulário de Referência (FR) e Contrarreferência (FCR). Os protocolos do MS e as sessões clínicas conjuntas foram os que apresentaram menor nível de conhecimento por parte dos profissionais.

5.3.1. Mecanismos de adaptação mútua

Nos sistemas de saúde, os FR e FCR são considerados os principais mecanismos e os mais comuns para a integração dos diferentes níveis de atenção^{47,58}. Em alguns contextos, como em países da América Latina, os meios de integração citados são praticamente restritos a esses mecanismos^{61,119}. No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu esse mecanismo como um dos elementos-chaves para articulação efetiva das redes^{24,31,121}.

No entanto, há uma baixa adesão a sua utilização, como evidenciado na rede em estudo, onde menos da metade dos médicos entrevistados informou conhecer o mecanismo. Os médicos que informaram conhecer, referiram como sua principal finalidade o repasse de informações para o outro nível, semelhante a outros estudos encontrados na literatura^{47,58,60}. Ressalta-se o papel administrativo desse formulário, finalidade também referida pelos profissionais, uma vez que foi percebido pouca valorização pelos mesmos, o que pode refletir na baixa qualidade de preenchimento e o seu uso apenas burocrático^{109,132}.

Quando comparados os níveis, os médicos da AE foram os que menos utilizaram. A baixa utilização é destaque ao se analisar o fluxo de envio e recebimento desses documentos, apresentando alta discrepância, principalmente o FCR. Contudo, tal situação não é uma particularidade da rede em estudo. Diversas pesquisas apontam como fragilidade a mesma situação encontrada^{60,67,111,119}. Vale salientar que a incipiência da contrarreferência provoca um grande prejuízo para a continuidade do cuidado e a utilização apenas burocrática desses formulários (FR e FCR), contrapõe-se a sua real finalidade de repassar informações úteis que contribuam para melhor qualidade da atenção e a comunicação entre níveis assistências^{66,77}.

Sobre essa questão, Giovanella e Almeida¹³⁷, em estudo sobre atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul, destacam que mesmo que a maioria dos países tenha definido novos modelos assistenciais, o papel da atenção

primária na continuidade do cuidado ainda não se completou. A insuficiente integração é um problema reconhecido e fragiliza o desempenho da APS como ordenadora do cuidado na rede. Serra e Rodrigues¹¹⁹ destacam como principais problemas a limitada oferta de consultas e exames, a inexistência ou precariedade da contrarreferência e má organização das atividades de regulação. Nesse sentido, os impasses encontrados nas informações sobre a utilização dos FR e FCR pelos profissionais ressaltam as divergências na relação entre a APS e AE, além da precária estrutura do sistema de informação da rede.

Houve convergência em relação aos achados do estudo quantitativo e qualitativo sobre os aspectos abordados, destacando-se a quase inexistência da contrarreferência. Além desse mecanismo, no estudo qualitativo os profissionais citaram a existência de uma central de regulação para articulações entre níveis. No entanto, essa informação difere do relato dos representantes da gestão, os quais referem a existência de uma central de marcação de consultas, uma vez que a regulação não se encontrava ainda implantada.

A diferença entre ambas consiste na complexidade, uma vez que a central de marcação de consultas geralmente utiliza um sistema de “cotas” para as unidades de saúde e nem sempre as unidades possuem um sistema informatizado. A central de regulação do acesso faz parte Política Nacional de Regulação¹³⁸, constituindo-se em um importante instrumento de gestão pública, formado por estruturas operacionais que gerenciam a relação entre a oferta e a demanda de serviços de saúde existentes na rede, respeitando critérios de riscos, protocolos e a logística do município, tendo como finalidade organizar os fluxos e contra fluxos de usuários, produtos e informações ao longo das redes.

A incipiência de recursos para o desenvolvimento das ações de regulação, controle e avaliação, evidenciada na rede em estudo, pode impor restrições ao seu adequado funcionamento. Almeida *et al.*⁴⁵ e Baduy *et al.*¹³⁹, ao analisarem estratégias de gestões municipais para produção do cuidado implantado por meio da regulação assistencial, identificaram resultados positivos na qualificação da atenção, redução de filas às especialidades e na satisfação dos profissionais.

Contudo, a existência de uma central de regulação por si só não garante acesso oportuno. Santos e Giovanella¹¹⁸, ao analisarem dispositivos para integração e regulação

assistencial numa regional de saúde na Bahia, identificaram como fatores dificultadores o subfinanciamento público da saúde, com restrição de serviços especializados e falta de estrutura. Albuquerque *et al.*¹⁴⁰ ressaltam que na maioria dos estados há concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem efetiva regionalização assistencial e sem regulação compartilhada com os municípios.

Diversos autores^{111,140,141} ressaltam a importância desse componente para o fortalecimento da administração municipal, especialmente para os municípios com mais de 100.000 habitantes. A esse respeito, concorda-se com os autores supracitados, salientando a necessidade de investimentos na estrutura e no processo de trabalho. Tais questões são importantes para qualificação da rede de serviços prestados à população.

O resumo de alta hospitalar representa o principal mecanismo de comunicação entre a APS e o hospital ou unidade de urgência/emergência, devendo conter a síntese dos aspectos mais importantes da internação, elemento essencial para o acompanhamento posterior do paciente. Contudo, é pouco utilizado, como foi observado no presente estudo, semelhante ao encontrado na literatura^{142,143}. Foi verificada uma discrepância entre níveis, quando analisado o envio e recebimento do mesmo na rede, sugerindo que quando enviado geralmente não é recebido.

Schout e Novaes¹⁴³ destacam que muitas vezes os médicos não valorizam a realização da síntese para alta hospitalar, pois, na compreensão destes o cuidar do paciente, sua tarefa principal, foi concluída e a eventual utilidade posterior desse relato parece menos importante. Nos serviços de Urgência/Emergência, por exemplo, há grande variedade de condições clínicas sendo atendidas, uma demanda geralmente maior do que a capacidade em condições satisfatórias e de difícil controle, tornando o registro uma atividade menos valorizada pelo profissional. Os resultados de alguns estudos demonstram que as informações, quando encaminhadas para APS, são insuficientes para um adequado acompanhamento, principalmente em relação à farmacoterapia^{112, 144}.

No entanto, o resumo de alta é registro-chave não apenas do ponto de vista clínico, mas também administrativo, financeiro e para pesquisa. A pouca utilização desse mecanismo na rede pode ocorrer por ausência de um fluxo formal e institucionalizado, que viabilize a troca de informações para os diferentes níveis. Muitas vezes, o paciente é o principal responsável pelo envio e recebimento de alguns

mecanismos de um nível a outro. Tal prática pode incorrer em risco de alterações no documento, erros médicos, além da perda e desvios dos formulários^{61,145}.

O telefone e os bilhetes foram bastante utilizados na rede e servem para os profissionais trocarem informações clínicas sobre os pacientes. Além desses, o *Whatsapp*, em menor escala, também foi citado como mecanismo entre níveis. O telefone pessoal era mais utilizado pelos médicos, enquanto gerentes e apoiadores fizeram referência ao telefone institucional como mais utilizado, possibilitando maior agilidade na resolução de demandas. Os médicos da APS utilizam mais o telefone que os especialistas, como verificado no estudo de Berendsen *et al.*⁷⁷, onde tratam de temas relativos ao tratamento dos pacientes e, quando se conhecem mutuamente, há nesse contato uma maior possibilidade de trocas.

Os bilhetes apresentaram função maior que o encaminhamento de pacientes entre níveis, sendo utilizado como forma de comunicação entre os médicos e seu uso justificado pela praticidade, facilidade e, também, pela inexistência de mecanismos formais. Neste sentido, Vargas *et al.*⁶¹ identificam a possibilidade de problemas para o compartilhamento, como registro de informações clínicas incompletas e insuficientes, que podem incorrer em erros no diagnósticos, tratamento e dificuldade para acompanhamento dos pacientes¹⁴⁵. Vale ressaltar que a maior utilização de mecanismos de comunicação informal indica lacunas na articulação entre níveis que não foi consolidada por mecanismos formais, revelando deficiência na implementação desses.

5.3.2. Mecanismos de padronização

Nos últimos anos, em decorrência da necessidade crescente de racionalização dos custos sanitários e uso de tecnologias que contribuam para melhoria da qualidade da atenção, observa-se uma expansão nos mecanismos de normalização ou padronização dos processos de coordenação da gestão clínica em vários países do mundo^{46,50}. No Brasil, a implementação de tais mecanismos, a exemplo das linhas de cuidados, protocolos de atenção à saúde e as sessões clínicas conjuntas que estão presentes no arcabouço normativo do SUS^{31,32}.

No presente estudo, identificou-se que os protocolos do MS e as sessões clínicas conjuntas são subutilizados pelos médicos, achado em concordância com resultado de

um estudo realizado em seis países latino-americanos onde foi identificada limitada implementação de mecanismos de coordenação da gestão clínica nas redes estudadas¹⁴⁶.

A subutilização de protocolos do MS pode estar relacionada à pequena participação dos médicos em capacitações sobre os protocolos que, apesar de ser um dos mecanismos mais valorizados pela literatura e efetivo na promoção da coordenação assistencial, ainda é pouco implementado na realidade das redes de saúde. Nos Estados Unidos e na Europa são mais frequentes os relatos de experiências exitosas envolvendo o uso de mecanismos de padronização^{147,148}. Ainda que pouco utilizado, verifica-se neste estudo que a APS os utiliza em maior quantidade e frequência do que a AE. Essa diferença entre os níveis de atenção sugere que esses mecanismos não estão sendo compartilhados^{131,149}.

Gutiérrez-Alba *et al.*¹⁵⁰, em estudo qualitativo sobre os desafios para implantação de guias de práticas clínicas (GPC) em instituições públicas do México identificou como barreiras institucionais para adesão dos profissionais, principalmente especialistas, a falta de incentivos, insuficiente tempo para consulta e aplicação das GPC, ausência de um programa de educação continuada, pouco acesso às GPC, carência de recursos materiais e de dirigentes com compromisso e liderança para execução e monitoramento. Vale destacar que desde o ano 2000, o sistema de saúde do México deu ênfase à implantação da gestão de qualidade, visando impulsionar a certificação e acreditação dos estabelecimentos de saúde. A exemplo do México, Colômbia²⁶, Brasil e outros países que definiram como diretriz a implantação das GPC, estar no arcabouço da política nacional representa um grande avanço. Contudo, é possível perceber os entraves entre a proposta e a realidade da sua implantação, num contexto de grandes diversidades.

A principal função dos protocolos compartilhados, apontada pelos médicos da rede, no presente estudo, foi a padronização da atenção. Esse achado diverge do encontrado por Serra e Rodrigues¹¹⁹ e outros estudos^{61,151} que identificaram o uso desses protocolos para avaliar a necessidade de encaminhamentos, adequar as referências e favorecer a comunicação entre os prestadores de serviços. Para Aller *et al.*¹⁴⁵ uma das explicações possíveis para sua subutilização seria a limitada compreensão do potencial desse mecanismo pelos médicos, mas destaca também a necessidade de apoio técnico e definição de horários para interações presenciais. A pouca adesão se contrapõe à ideia de

compartilhamento e apoio a tomada de decisões que deveria estar relacionada à utilização dessa ferramenta.

A sessão clínica conjunta foi o mecanismo menos conhecido e utilizado na rede em estudo. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Miranda-Mendizábal *et al.*¹⁴⁶ e reflete uma implantação bastante limitada, tendo como um dos principais problemas a dificuldade de envolvimento dos profissionais^{26,82,131}.

Os resultados referentes aos mecanismos de padronização reforçam a problemática que envolve a pouca confiança do especialista no médico da APS, relacionada à cultura de supremacia da AE e à participação dos médicos generalistas nas sessões conjuntas apenas como receptores de informações. Há um consenso na literatura de que a qualidade da força de trabalho em saúde é um fator crítico para o sucesso de qualquer reforma ou mudanças no setor, em especial na saúde pública^{79,152,153}. Nesse sentido, iniciativas de mudanças que não levem em conta a compreensão da cultura existente, antes de tentar introduzir uma nova cultura, tendem a falhar.

Sem dúvida, as reuniões conjuntas representam um tipo de mecanismo que contribui para a coordenação não só por seus conteúdos clínicos, que permitem definir e padronizar critérios sobre o manejo de casos, resolver dúvidas e encaminhamentos desnecessários, mas também por exercerem influência sobre outros fatores: conhecimento mútuo e confiança entre os profissionais. Contudo, estudos^{139,142} mostram que a existência de mecanismos não garante a sua utilização. Um dos investimentos para a melhoria da articulação entre níveis é a informatização dos serviços e das informações^{47,111}. Todavia, informatizar não garante o aumento do uso, visto que existem várias barreiras que não são sanadas apenas com o uso das tecnologias.

Mesmo em países onde os mecanismos estão implementados há algum tempo, identificaram-se limitações e entraves que diminuíram seu uso^{50,111,136,142}. Fatores como falta de habilidade na utilização, mecanismos mal implementados, experiências negativas anteriores, alta rotatividade de profissionais, desinteresse e descompromisso com a rede, recursos inadequados e falta de tempo para os registros são apontados como barreiras de utilização^{131,132,135}. A identificação desses entraves pode dar subsídios ao planejamento e avaliação de futuras intervenções.

A falta de tempo dos profissionais é uma das principais explicações para a baixa utilização ou a não utilização de alguns mecanismos. O estudo em tela reforça os

resultados da literatura^{67,143,154}, principalmente os especialistas que afirmaram não ter tempo útil, durante o período da consulta, para realização da articulação clínica. Essa situação pode estar ligada à alta demanda de pacientes, à remuneração por produtividade e prioridades diferentes entre os médicos da APS e da AE^{145,150,154}.

É interessante discutir que mesmo em sistemas orientados pelos princípios de territorialização e da coordenação de ações há várias décadas, ainda é frágil a integração entre a APS e AE, que funcionam com estruturas separadas de gestão, o que mostra a dificuldade para modificar culturas e interesses.

Para Hartz e Contandriopoulos³³ a prestação do cuidado em rede depende de pilares fundamentais como o sistema de governança (financiamento, gestão e informação) e a coordenação da atenção, território onde se inserem as equipes de saúde e os processos de cuidados. É indispensável, portanto, na estrutura organizacional uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, somando esforços para desconstruir barreiras entre os diversos níveis de atenção, na perspectiva de um sistema “sem muros”.

Nesse sentido, os aspectos relacionados com as características do sistema de saúde podem atuar de forma sinérgica ou antagônica à coordenação do cuidado em rede. No presente estudo emergiu como fator dificultador a persistência do modelo hospitalocêntrico, com maior aporte de recursos para atenção especializada. Diversos autores^{45,66,123} têm destacado desafios e esforços para a consolidação do SUS, no sentido de superar barreiras para integralidade e equidade da atenção.

É possível identificar avanços, entre os quais, a implementação e fortalecimento da ESF e investimentos nas ações para institucionalização do monitoramento e avaliação da APS no Brasil^{94,96,97} a exemplo do Projeto “Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação”, com ações voltadas para os gestores, com ênfase para os estados e municípios apoiados financeiramente pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), fruto de acordo de empréstimo internacional firmado pelo Brasil com o Banco Mundial^{90,97}. Também foram definidos incentivos a pesquisas sobre o uso e influência da avaliação em saúde, visando a melhoria da prática cotidiana de programas prioritários⁹⁵, em consonância com a proposta de consolidação das RAS^{17, 32-34,114}.

Sobre esses avanços, os gestores e apoiadores institucionais identificaram a implantação de alguns programas instituídos pelo Ministério da Saúde como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁵⁵, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)¹⁵⁶ e o Programa Mais Médicos^{35,157}, como facilitadores para coordenação da atenção entre níveis, por considerarem que esses programas contribuem para o fortalecimento da APS e possibilitam o trabalho das equipes de saúde pautado em metas a serem alcançadas pelo conjunto da rede (APS e AE), além de contribuir para a fixação de médicos no município, necessária para garantir a continuidade do cuidado.

No entanto, entre os desafios para que APS seja consolidada como coordenadora do cuidado, existe a necessidade de ampliação de recursos e investimentos, bem como o combate às desigualdades regionais nas condições de financiamento em saúde, que permanecem como questões não suficientemente equacionadas.

O reflexo dessas medidas no âmbito da organização das redes de saúde nos municípios, como em Caruaru, pode favorecer a implementação de estratégias e mecanismos que contribuam para o trabalho integrado e colaboração mútua, repercutindo na melhoria da qualidade da atenção, principalmente a problemas de saúde complexos que requerem a intervenção de diferentes níveis assistenciais e cuidado contínuo.

5.4. Limitações do estudo

No estudo quantitativo, não foi possível estabelecer associações estatísticas significativas entre a percepção da articulação entre níveis com fatores organizativos, provavelmente devido ao tamanho da amostra. No entanto, tais aspectos foram revelados e destacados no estudo qualitativo. Algumas dificuldades foram encontradas para o estudo, decorrente do limitado número de estudos na América Latina que abordassem a percepção dos profissionais sobre o conhecimento dos mecanismos e utilização de diversificadas ferramentas com foco na articulação entre níveis.

5.5. Considerações finais e Recomendações

No município de Caruaru, na percepção dos gestores e médicos da rede de saúde, a coordenação da informação e da gestão clínica, bem como o conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação, mostraram-se insuficientes para uma adequada coordenação da atenção entre níveis assistenciais aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto à coordenação da informação clínica entre níveis, os profissionais da APS e da AE reconhecem a necessidade da informação trocada entre os níveis para o cuidado ao paciente. No entanto, a maioria dos médicos considerou não haver troca de informações sobre os pacientes que atendem em comum. A equipe de gestão e os profissionais reconhecem a deficiência de acesso ágil e oportuno, destacando como principais problemas a inexistência de mecanismos adequados e a falta de diálogo entre os profissionais. Sob o ponto de vista dos médicos, existem lacunas no relacionamento com os níveis gerenciais, com trocas de informações com caráter meramente burocrático.

Em relação à coordenação da gestão clínica entre níveis, a maioria dos entrevistados considera que os médicos da APS encaminham os pacientes para a AE quando necessário. Contudo, há discordância dos especialistas sobre a adequação clínica dos encaminhamentos do paciente da APS para AE, relacionando com a baixa resolubilidade desse nível de atenção. Existe consenso entre a equipe da gestão e dos médicos da APS quanto à percepção de superioridade dos especialistas em relação aos médicos generalistas e restrições à prática clínica dos mesmos. O que se constitui em um problema para uma boa articulação.

A opinião dos gestores diverge da percepção dos médicos em relação existência de duplicações de procedimentos de natureza diagnóstica, terapêutica e principalmente à prescrição de medicamentos. Não há evidência de comunicação oportuna com o responsável pela transferência do paciente, não sendo frequente o intercâmbio sobre dúvidas e/ou recomendações relacionadas ao seu acompanhamento. Não existe consenso quanto ao papel do responsável clínico como coordenador do processo de atenção e de quem deveria assumir esse papel. Em relação à provisão da atenção aos pacientes entre níveis, uma deficiência significativa é o longo tempo de

espera para consulta com especialistas. Não há um monitoramento das filas e uso de critérios de risco para consulta com especialistas. A consulta de seguimento na APS não indicou problemas em relação ao tempo de espera. O apoio das equipes do NASF foi reconhecido pela maioria dos médicos da APS e representantes da gestão como importante para coordenação da informação e da gestão clínica.

Quanto ao conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação entre níveis, os resultados evidenciaram falhas na articulação entre níveis e problemas na implantação. Os mecanismos mais conhecidos foram: telefone institucional; resumo de alta hospitalar e FR e FCR. Os protocolos do MS e as sessões clínicas conjuntas foram os mecanismos menos conhecidos e utilizados pelos profissionais. Os mais utilizados pelos médicos foram telefone pessoal e bilhetes; e pelos gerentes, o telefone institucional.

Chama atenção a baixa utilização dos FR e FCR, principal mecanismo de articulação no sistema de saúde brasileiro, com uma contrarreferência quase inexistente. Os mecanismos são subutilizados, alguns quase inexistentes e quando utilizados apresentam divergências entre níveis. De modo geral, evidencia-se que os médicos da APS utilizam mais os mecanismos de coordenação entre níveis que os da AE.

Os resultados indicam uma coordenação entre níveis limitada e os relatos da maioria dos entrevistados relaciona a alguns fatores organizacionais da rede, como precárias condições de trabalho, rotatividade de profissionais, alta demanda de pacientes, incipiente informatização da rede e implantação dos mecanismos, falta de tempo dos profissionais para articulação clínica, deficiente comunicação entre a equipe gestora e os profissionais da rede, falta de conhecimento entre os profissionais que atuam em diferentes níveis e de processo de educação permanente. Contudo, não se pode esquecer os desafios enfrentados pela gestão municipal, fatores complexos que exigem um maior esforço político-institucional, como o financiamento das ações de saúde e as iniquidades presentes no cenário local.

Em relação à atitude dos profissionais, fatores que dificultam estão na raiz de uma formação profissional focada no ensino de especialidades e orientada para atenção hospitalar, sem valorização da APS como ordenadora do cuidado. Foram destacadas a falta de habilidades e confiança, desinteresse dos profissionais e a cultura de supervalorização do especialista. A experiência do cuidado depende de uma relação a

ser construída e talvez seja esta medida que os profissionais estejam “tateando” todo o tempo. O pouco conhecimento e a ausência de colaboração mútua contribuem para a fragmentação das práticas e do cuidado, repercutem negativamente na qualidade da atenção e dificultam a edificação de um modelo de atenção em rede.

Os resultados permitiram aprofundar o olhar para a complexidade das relações entre os atores e como podem influenciar na coordenação entre níveis. Ao perceber as tensões e fragilidades comunicacionais, torna-se premente pensar estratégias que instituem espaços para encontros e diálogos e oportunizem articulação entre AP e AE. Esse aspecto representa constante desafio e requer avaliação permanente.

Por fim, algumas recomendações podem ser inferidas dos resultados, em relação às mudanças necessárias que abordem aspectos estratégicos na rede de atenção:

- a) Estabelecer uma agenda de reuniões regulares entre as equipes da APS (médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros), NASF, AE e da gestão com a finalidade de discutir a qualificação, partindo da definição de competências e responsabilidades de cada categoria profissional e nível assistencial;
- b) Promover articulação com as universidades (Federal e Estadual) que possuem campos descentralizados de formação de profissionais no território do município para implantação de residências multiprofissionais e cursos que favoreçam o fortalecimento da APS e o modelo de atenção em rede.
- c) Investir em processos de educação permanente que considerem os diferentes perfis e necessidades, com utilização de metodologias ativas, participativas e que estimulem o protagonismo dos profissionais;
- d) Introduzir conteúdos sobre comunicação em saúde, destacando sua dimensão dialógica, sem secundarizar a comunicação informativa;
- e) Implantar mecanismos de *feedback* que, além de melhorar a qualidade e acompanhamento dos cuidados, favoreçam o conhecimento mútuo e a confiança entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais;
- f) Implementar a formação de grupos sistemáticos com a participação de usuários e profissionais das equipes de APS para discussão dos determinantes do processo saúde-doença e planos terapêuticos, estimulando a participação ativa da comunidade e pactos de corresponsabilidade no cuidado;

g) A implantação de uma central de regulação no município que contribua para melhoria da referência e contrarreferência, requer, além da organização dos recursos, instituir apoio técnico e pedagógico, com corresponsabilização dos profissionais e equipe da gestão;

h) Em relação aos aspectos estruturais, a organização da rede necessita de investimentos para melhorar as condições de trabalho na APS e um sistema de regulação que possibilite organizar fluxos de pacientes, com definição de critérios e redução do tempo de espera para os especialistas. A reorganização do processo de trabalho nas unidades deve garantir tempo suficiente para utilização dos mecanismos de coordenação. Para tanto, é fundamental investir na implementação de ações de monitoramento e avaliação, possibilitando apoio técnico e parcerias com as instituições de ensino presentes no território.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles [Internet]. Geneva: The Organization; 2018 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: The Organization; 2018 [citado em 2016 Ago 20]. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
3. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [Internet]. 2018 [citado em 2018 Out 14];391(1136):2236-71. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30994-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30994-2/fulltext)
4. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2030 [Internet]. Geneva: The Organization; 2013 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
5. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Disponível em: Lancet [Internet]. 2011 [citado em 2018 Out 14]; 377(9781):1949-61. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext)
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: O Instituto; 2016 [citado em 2018 Out 14] . Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
7. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde; 2011 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>
8. Ducan BB, Chor D, Aquino EM, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridades para o enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado em 2018 Out 14];46 Supl 1:126-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700017&script=sci_arttext

9. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Out 14]; 20(3):679-88. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00679.pdf
10. Malta DC, Silva MMA, Moura L, Morais Neto OB. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado em 2018 Out 14]; 20(4): 661-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-661.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista [Internet]. Brasília: O Ministério; 2015 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/caderno_40.pdf
12. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022 [Internet]. Brasília: O Ministério [citado em 2018 Out 14]; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
13. Malta DC. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Rev Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 2018 Out 14];25(2):373-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília: O Ministério; 2014 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/06105346-caderno-de-atencao-basica-n-35-cuidado-da-pessoa-com-doenca-cronica.pdf>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) [Internet]. Brasília: O Ministério, 2014 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
16. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

18. MacAdam M. Framework of integrated care for the elderly: a systematic review [Internet]. Ontario: Canadian Policy Research Network; 2008 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <http://www.integrationresources.ca/resources/frameworks-of-integrated-care-for-the-elderly-a-systematic-review/>
19. Pan American Health Organization. Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas 2013-2019 [Internet]. Washington: Paho; 2014 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/action-plan-prevention-control-ncds-americas.pdf>
20. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington: La Organización; 2010 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
21. Herrera Vázquez MM, Rodríguez AN, Nebot AC, Montenegro H. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 [citado em 2018 Out 14]; 21:261-73. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2007.v21n5/261-273/es/>
22. Montenegro H, Holder R, Ramagem C. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. Int J Integr Care [Internet]. 2011 [citado em 2018 Out 14];19:5-16. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/combating-health-care-fragmentation-through-integrated-health-service-delivery-networks>
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: O Ministério, 2011 [citado em 2018 Out 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
25. E-Gestor Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2017- [citado em 2018 May 30]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

26. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 [citado em 2018 May 30]; 31:736-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4916317/>
27. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado em 2018 May 30]; 22(5):951-63. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>
28. Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Kringos D, et al. Overview and future challenges for primary care. In: Kringos DS, WGW B, Hutchinson A, Saltman RB, editors. *Building primary care in a changing Europe*. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [citado em 2018 May 30]. p. 119-34. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458729/>
29. Lapão LV, RA Arcêncio, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciê Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado em 2018 May 30]; 22(3):713-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0713.pdf>
30. World Health Organization. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever* [Internet]. Geneva: The Organization; 2008 [citado em 2018 May 30]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0713.pdf>
31. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Seção 1 (Jun. 29, 2011) [citado em 2018 May 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado [Internet]. Brasília: O Ministério, 2014 [citado em 2018 May 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
33. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” [Internet]. *Caderno de Saúde Pública* 2004 [citado em 2018 May 30]; 20(Supl 2):S331-S336. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

34. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde. Saúde Debate [Internet]. 2014 [citado em 2018 Mar 01]; (52):38-49. [citado em 2018 Mar 01]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
35. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União (Out. 22, 2013) [citado em 2018 Mar 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
36. Morosini MVGC, Fonseca AF. Reviewing the Brazilian National Primary Healthcare Policy at such a time? Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado em 2018 Mar 01];33(1):e00206316. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/en_1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf
37. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic Illness. Managed are Quarterly [Internet]. 1996 [citado em 2018 Mar 01];4(2):12-25. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10157259/>
38. Nolte E, Knai C, Mckee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries [Internet]. Kobenhavn: WHO Regional Office Europe; 2008 [citado em 2018 Mar 01]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf
39. Merhy EE. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde, 2007 [Internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2007 [citado em 2015 Mar 14]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>
40. Merhy EE, Cecílio, LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar [Internet]. Campinas: Unicamp; 2003 [citado em 2015 Mar 14]. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>
41. Banks P. Policy framework for integrated care for older people: developed by the Carmen network [Internet]. London: King's Fund; 2004 [citado em 2018 Mar 14]. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/policy-framework-integrated-care-older-people-developed-carmen-network-penny-banks-1-august-2004.pdf
42. Navarrete MLV, Lorenzo IV, Calpe JF, Núñez RT. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis [Internet]. Rev Esp Salud Pública. 2005

[citado em 2018 Mar 14]; 79(6):633-43. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf>

43. Powell DG, Willians AM, Larsen k, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust* [Internet]. 2008 [citado em 2018 Mar 14]; 188(8 Supl):S65-8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01748.x?sid=nlm%3Apubmed>
44. Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit* [Internet]. 2006 [citado em 2018 Mar 14];4(2):357-382. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-coordinacion-entre-atencion-primaria-13091843>
45. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado em 2018 Mar 14]; 26 (2):286-98. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>
46. Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny A, editors. *Health care management*. 4. ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
47. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. *Arch Intern Med* [Internet]. 2011 [citado em 2015 Mar 18];171:56-65. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/226367>
48. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 85-104.
49. Mitchell SM, Shortell SM. The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. *Milbank Q* [Internet]. 2000 [citado em 2018 Mar 14];78 (2):241-89. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-0009.00170?sid=nlm%3Apubmed>
50. Terraza-Nuñez T, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [Internet]. [citado em 2018 Mar 14]; 2006;20:485-95. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n6/revision.pdf>

51. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002 [citado em 2018 Mar 14]. Disponível em: <https://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>
52. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mckendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* [Internet]. 2003 [citado em 2018 Mar 14];327(7425): 1219-21. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/327/7425/1219>
53. Ayres JR. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude Soc* [Internet]. 2009 [citado em 2018 Mar 14];18(2):11-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>
54. Mintzberg H. Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2003.
55. Unger JP, De PaepE P, Sem K, Soors W. *International Health and Aid Policies: the need for alternatives*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
56. Smith JE. Case management: a literature review. *Can J Nurs Adm* [Internet]. 1998 [citado em 2018 Mar 14];11(2):93-109. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9726178/>
57. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005 [citado em 2018 Mar 14]; (3):CD005471. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005471>
58. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman S, Verhaeghe R, Mortier E et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 14]; 69(11):1257-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
59. King D, Jones L, Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi-method approach to enlightened management [Internet]. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2006 [citado em 2018 Mar 14]. Disponível em: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1109-199_V01.pdf
60. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res* [Internet]. 2012 [citado em 2018 Mar 14];39(4):445-61. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s11414-012-9288-9>

61. Vargas I, Mogollon-Perez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vásquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 14];15:213. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447020/>
62. Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2009 [citado em 2018 Mar 14];30(3):397-405. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23637/000731383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. Holmes-bonney, K. Managing complaints in health and social care. *Nurs Manag (Harrow)* [Internet]. 2010 [citado em 2018 May 30]; 17(1):12-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/nm2010.04.17.1.12.c7641>
64. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* [Internet]. 1996 [citado em 2018 May 30];13(3):264-279. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/13.3.264>
65. Pinto AG, Jorge MS, Vasconcelos MG, Sampaio JJ, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado em 2018 May 30];17 (3):653-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11.pdf>
66. Fratini JRG, Rosita S, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2008 [citado em 2018 May 30]; 7(1):65-72. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v7i1.4908>
67. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, Eguiguren P, Cisneros AI et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan* [Internet]. 2018 [citado em 2018 May 30]; 33(4):494-504. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czy016>
68. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* [Internet]. 2009 [citado em 2018 May 30]; 9:1-11. Disponível em: <http://doi.org/10.5334/ijic.316>
69. Curry N, Ham C. *Clinical and Service Integration: the route to improve outcomes* [Internet]. London: The King's Fund; 2010 [citado em 2018 May 30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601513/>

70. Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. *Milbank Q* [Internet]. 2011 [citado em 2018 May 30]; 89:39-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00619.x>
71. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2007 [citado em 2018 May 30]. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/246446201766.pdf?expires=1590447987&id=id&accname=guest&checksum=C99EAE3D376AAE447B931B11C380725>
72. Øvretveit J. Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money? [Internet]. London: Health Foundation; 2011 [citado em 2018 May 30]. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>
73. Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Technical Review 9 [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 [citado em 2018 May 30]. Care Coordination, 7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44011/>
74. Van Houdt S, Heyrman J, Vanhaecht K, Sermeus W, De Lepeleire J. An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination. *Int J Integr Care* [Internet]. 2013 Apr-Jun [citado em 2018 Mai 30];13:e024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718267/>
75. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med* [Internet]. 2012 [citado em 2018 May 30]; 9(2): 77-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513700/>
76. Andvig E, Syse J, Severinsson E. Interprofessional Collaboration in the Mental Health Services in Norway. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2014 [citado em 2018 Mai 30]; 2014: 849375. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958657/>
77. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Jong BM, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009 [citado em 2018 May 30]; 9:143. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-143>
78. Gittell JH. Organizing work to support relational co-ordination. *Int J Hum Resour Manag* [Internet]. 2000 [citado em 2018 May 30];11:517-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/095851900339747>

79. Deslandes SF; Mitre, RMA. Communicative process and humanization in Healthcare. Interface Comunic Saúde Educ [Internet]. 2009 [citado em 2018 May 30];13 suppl 1:641-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>
80. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. Int J Qual HealthCare [Internet]. 2003 [citado em 2018 May 30];15:377-98. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14527982/>
81. Hartz ZMA. Meta-evaluation of health management: challenges for “new public health”. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [citado em 2018 May 30];17(4):829-37. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400004
82. Silva RR, Gasparini MFV, Barbosa M. Avaliação sob medida: produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL organizadores. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017 . p.11-27.
83. Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 263-72.
84. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-40.
85. Scriven M. Evaluation thesaurus. 4. ed. Newbury Park: Sage Publications; 1991.
86. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach.7. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004. p. 1-29.
87. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1997. p. 23-29.
88. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 41-60.
89. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.

90. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado em 2018 May 30]; 24(9):2091-102. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900015>
91. Weiss CH. Have we learned anything new about the use of evaluation? *Am JEval* [Internet]. 1998 [citado em 2018 May 30]; 19(1):21-33. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1098214099801787>
92. Contandriopoulos AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad. Saúde Pública*. 1999 [citado em 2018 May 30]; 15(2):253-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200008>
93. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Pan Salud Pública* [Internet]. 2009 [citado em 2018 May 30]; 26(5):377-84. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9754/01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
94. Hartz ZMA, Santos EM, Matida AH. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz MZA, Felisberto E, Silva LMV organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 169-87.
95. Figueiró AC, Hartz ZMA, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 2018 May 30]; 28(11):2095-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100009>
96. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2002 [citado em 2018 May 30]; 7(3):419-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300003>
97. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2006 [citado em 2018 May 30]; 11:553-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>
98. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Jul 31 [citado em 2018 Mar 01]; 5(7):e007037. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521516/pdf/bmjopen-2014-007037.pdf>

99. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2009.
100. Ministério da Saúde (BR). Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasília: O Ministério; 2016.
101. Secretaria de Saúde [Internet]. Caruaru: Prefeitura de Caruaru; 2016. [citado em 2018 Set 05]. Rede de atenção à saúde. Disponível em: <http://www.saudecaruaru.pe.gov.br/smscaruaru2013/index.php/mnu-rede-atencao-saude>
102. Bellini M, Pio DAM, Chirelli MQ. O apoiador institucional da atenção básica: a experiência em um município do interior paulista. Saude Debate [Internet]. 2016 [citado em 2018 Set 05]; 40(108):23-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080002>
103. Flick U. An introduction to qualitative research. 3. ed. Thousand Oaks CA: Sage Publication; 2006.
104. Minayo MCS. Fase de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 303-60.
105. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. Interface [Internet]. 2013 [citado em 2018 Mar 30];17(44):187-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>
106. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RG. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. Saude Debate [Internet]. 2018 [citado em 2018 Mar 30];42(Esp 1):189-207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s113>
107. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 [citado em 2018 Mar 30];15(5):2473-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500022>
108. Lin CY. Improving care coordination in the specialty referral process between primary and specialty care. N C Med J [Internet]. 2012 [citado em 2018 Mar 30];73:61-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22619859/>
109. Aleluia IRC, Medina MG; Almeida PF, Vilasboas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [citado em 2018 Mar 30]; 22(6):1845-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413->

81232017226.02042017

110. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2000 [citado em 2018 Mar 30];15:626-31. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495590/pdf/jgi_91119.pdf
111. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PFD, Martins CL, Mota, PHD, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [citado em 2018 Mar 30];22(4):1141-54. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en_1413-8123-csc-22-04-1141.pdf
112. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [citado em 2018 Mar 30];18(7):2029-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
113. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado em 2018 Mar 01];34(9):e00102917. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
114. Santos AF, Machado ATGM, Reis CMR, Abreu DMX, Araújo LHL, Rodrigues SC, et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 30];49:54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005519>
115. Silva ATCS, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [citado em 2018 Mar 17];28(11):2076-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>
116. Souza ALA, Feliciano KVO, Mendes MFM. A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 17];49(4):610-18. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0610.pdf
117. Feliciano KVO. Aspectos da comunicação nas práticas avaliativas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010 [citado em 2018 Mar 17];10 Supl 1:219-227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500019>
118. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 2018

Mar 17];32(3):e00172214. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>

119. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [citado em 2018 Mar 17];15 Supl 3:3579-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>
120. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapinheiro R, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado em 2018 Mar 17];17(11):2893-902. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>
121. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016 [citado em 2018 Mar 17];11(38): 1-13. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
122. Venâncio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis* [Internet]. 2016 [citado em 2018 Mar 17];26(1): 113-135. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>
123. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2016 [citado em 2018 Mar 17];21(5):1499-509. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
124. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: O Ministério; 2015 [citado em 2018 Mar 17]. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/5cnxs>
125. Souza AMV, Barbosa FTRG, Neto JFR, Araújo LM, Souza e Souza LP, Leite MT et al. Solicitação de exames diagnósticos no contexto da atenção primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Renome*. 2014;3(2):120-43.
126. Siström C, McKay NL, Weilburg JB, Atlas SJ, Ferris TG. Determinants of Diagnostic Imaging Utilization in Primary Care. *Am J Manag Care* [Internet]. 2012 [citado em 2018 Mar 17];18(4): 135-44. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22554039/>
127. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Appropriate utilization of advanced diagnostic imaging procedures: CT, MRI, and PET/CT [Internet]. Ottawa: The Agency; 2013. [citado em 2018 Mai 30]. Disponível em:

https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan_e.pdf

128. Jesus RPFS, Espírito Santo ACG, Mendes MFM, Samico IC. Health care professional's perceptions of coordination between levels of care in two large municipalities in the State of Pernambuco, Brazil. *Interface [Internet]*. 2018 [citado em 2018 Mar 01]; 22(65):423-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0026>
129. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2011 [citado em 2018 Mar 01];16(1):1081-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700040>.
130. McWhinney I, Freeman T. Manual de medicina da família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
131. Martínez DH, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit [Internet]*. 2009 [citado em 2018 Mar 01];23(4):280-86. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-72765>
132. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med [Internet]*. 2017 [citado em 2018 Mar 01];182:10-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617302241?via%3Dihub>
133. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento, CMB, Albuquerque LC, Iira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da atenção básica: limites e possibilidades. *SaúdeDebate [Internet]*. 2017 [citado em 2018 Mar 01];41(115):1075-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711507>
134. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis [Internet]*. 2010 [citado em 2018 Mar 01];20(3):953-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>
135. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2017 [citado em 2018 Mar 01];22(3):941-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
136. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2011 [citado em 2018

- Mar 01];16(6):2783-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>
137. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 2018 Mar 01];33 Supl 2:e00118816. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>
 138. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília. 2008 [citado em 2018 Mar 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
 139. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011[citado em 2018 Mar 12];27(2):295-304. Disponível em:
 140. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado em 2018 Mar 12];38(Esp):182-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>
 141. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, Pícoli RP. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde Debate* [Internet]. 2018;42(116):63-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>
 142. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: the role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health* [Internet]. 2013 [citado em 2018 Mar 12];41(8):874-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494813498951>
 143. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2007 [citado em 2018 Mar 12];12(4):935-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400015>
 144. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [citado em 2018 Mar 12];23 (4):1431-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025>.
 145. Aller M, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [citado em 2018 Mar 12];17(1):842. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2690-5>

146. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Mendes FMM, López J et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [citado em 2018 Mar 12]: [10 p.]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302462>
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>
147. Unnewehr M, Schaaf B, Marev R, Fitch J, Friederichs H. Optimizing the quality of hospital discharge summaries—a systematic review and practical tools. *Postgrad Med* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 30];127(6):630-39. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2015.1054256>
148. Murphy SF, Lenihan L, Orefuwa F, Colohan G, Hynes I, Collins CG, et al. Electronic discharge summary and prescription: improving communication between hospital and primary care. *Ir J Med Sci* [Internet]. 2016 [citado em 2018 Mar 30];186(2):455-59. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11845-016-1397-7>
149. Gerhardt T, Rotoli A, Riquinho D. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: Pinheiro R, Silva Junior A, Mattos R, organizadores. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco; 2008. p. 167-87.
150. Gutiérrez-Alba G, González-Block MA, Reyes-Morales H. Challenges in the implementation of clinical practice guidelines in major public health institutions in Mexico: a multiple case study. *Salud Públ Méx* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 30];57(6):547-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26679318/>
151. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev Adm Pública*. 2013 [citado em 2018 Mar 30];47(4):1021-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>
152. Dussault G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. *Educ Méd Salud* [Internet]. 1994 [citado em 2018 Mar 30];28(4) :478-89. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/45897/Educ-Med-Salud-1994-28-n4-p478-489-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
153. Leone C, Dussault G, Lapão LV. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 2018 Mar 30];30(1):149-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00135112>
154. Navarrete MLV, Lorenzo IV, Mogollon-Perez AS, Silva MRF, Unger JP, De Paepe P. Redes integradas de servicios de salud em Colombia y Brasil. Un estudio

de casos. Bogotá: Editorial Universidad del Rosário; 2017. p. 297-320.

155. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado em 2018 Mar 30]; 38 (Spe):94-108. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>
156. Oliveira CM, Cruz MM, Kanso S, Reis AC, Lima A, Torres RMC et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado em 2018 Mar 30];20(10): 2999-3010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014>
157. Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella G. More Doctors Program: mapping and analysis of academic production in the period 2013-2016 in Brazil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 2018 Mar 30];42(Esp1):346-360. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s124>

ANEXO 1

Questionário COORDENA para entrevista sobre a coordenação entre níveis

QUESTIONÁRIO DE COORDENAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO: COORDENA-BR
INFORMAÇÕES GERAIS
<p>O Instituto Medicina de Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em colaboração com as Secretarias Municipais de Saúde de Recife e Caruaru, está realizando um estudo para analisar a articulação do cuidado entre os níveis de atenção na rede de serviços de saúde desses municípios.</p> <p>Como parte deste estudo, está sendo realizada uma pesquisa para saber a opinião dos médicos de diferentes níveis da atenção da rede, considerando que a rede de serviços de saúde consiste em Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas Tradicionais, Policlínicas, Hospitais de Referência e outras unidades de atenção especializada do SUS.</p> <p>As informações fornecidas por você serão muito importantes porque vão identificar os problemas de articulação da atenção existentes e propor mudanças para melhorar o atendimento ao paciente. Os resultados do estudo serão relatados posteriormente, mas serão processados de forma agregada para garantir a sua confidencialidade.</p> <p>As pessoas que utilizarão essas informações respeitam a lei da confidencialidade*. As informações não serão divulgadas e nem utilizadas para outras finalidades que as mencionadas anteriormente. Neste sentido, asseguramos também a proteção da identidade do entrevistado.</p> <p><i>* Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde Agradecemos a sua colaboração.</i></p>
DADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
Entrevistador/a: _____
Data: ____ / ____ / ____
Hora do início: ____: ____
Local da entrevista: (1) Unidade de trabalho (2) Residência Outro, qual? _____
Unidade de saúde / hospital da rede do SUS onde trabalha o entrevistado

Qual é o trabalho que você desenvolve neste centro?
(1) Médico da atenção básica / Médico de saúde da família.
(2) Médico do ambulatório de outras especialidades.
(3) Médico da urgência hospitalar / UPA.
(4) Médico da atenção hospitalar.
1. ESCALA SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

* Responda segundo sua experiência habitual em relação a seu trabalho na rede de serviços (Caruaru ou DSIII – Recife)

ARTICULAÇÃO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA ENTRE OS NÍVEIS							
<i>* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: Sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca</i>	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muito poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
1.1 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum (diagnóstico, tratamentos, exames).					p. 1.4		
1.2 Estas informações são as necessárias para a atenção aos pacientes.							
1.3 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, levam em consideração as informações trocadas entre si sobre os pacientes.							
ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – CONSISTÊNCIA DA ATENÇÃO							
1.4 Os médicos da atenção básica encaminham os pacientes aos especialistas quando é necessário.							
1.5 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram.					p. 1.6		
1.5.1 Por que repetem os exames?							
1.6 Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes.							
1.7 Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, prescrevem.							
ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE							
1.8 Na prática, os médicos da atenção básica são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção.							
1.9 Os especialistas encaminham os pacientes para atenção básica para consulta de acompanhamento.							
1.10 Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da atenção básica.							
1.11 Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da atenção básica sobre o acompanhamento dos pacientes.							
1.12 Os médicos da atenção básica consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes.							
ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO							
<i>* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: Sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.</i>	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muito poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
1.13 Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta.							

1.14 Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da atenção básica, espera muito tempo até o dia da consulta.								
OPINIÃO GERAL SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO								
1.15 Você acredita que a atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas na rede é articulada.								

2. FATORES DOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO								
<i>* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: Sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.</i>	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muito poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>N A</i>	<i>N S</i>	<i>NR</i>
2.1 O profissional do apoio territorial ou coordenador de área facilita a articulação entre os médicos da atenção básica e os especialistas.								
2.2 Os gerentes/ diretores das policlínicas e das unidades hospitalares facilitam a articulação entre os médicos da atenção básica e os especialistas.								
2.3 Sua relação profissional com os médicos do outro nível de atenção da rede é boa.								
2.4 Você conhece pessoalmente os médicos do outro nível de atenção que atendem os pacientes que você trata.								
2.5 Você confia nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível que atendem os pacientes que você trata.								
2.6 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, precisam colaborar entre si para dar ao paciente a atenção que ele precisa.								

3. CONHECIMENTO E USO DOS MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO			
<i>* Responda segundo sua experiência na sua rede de serviços (Caruaru ou DS III – Recife)</i>			
Quais os mecanismos ou ferramentas de articulação entre níveis de atenção existem na sua rede de serviços (Caruaru ou DS III – Recife)? LER PERGUNTAS.			
3.1 Formulário de referência e contrarreferência?	(1) Sim	seção 4	(2) Não (98) NS/NR
3.2 Resumo de alta hospitalar?	(1) Sim	seção 5	(2) Não (98) NS/NR
3.3 Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre os níveis assistenciais?	(1) Sim	seção 6	(2) Não (98) NS/NR
3.4 Sessões clínicas conjuntas de médicos da atenção básica e especialistas?	(1) Sim	seção 7	(2) Não (98) NS/NR
3.5 Telefone institucional?	(1) Sim		(2) Não (98) NS/NR
3.6 Outros, quais? _____			
Apenas para quem respondeu à pergunta 3.1 que existem formulários de referência e de contrarreferência na rede			
4. FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA			

* Responda segundo a sua experiência de utilização do documento de referência e contrarreferência na Rede (Caruaru ou DS III – Recife).

4.1 Quando encaminha um paciente a outro nível, com que frequência utiliza os formulários de referência (se for médico da atenção básica) ou contrarreferência (se for especialista)? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca p.4.4 (98) NS/NR p.4.4

4.2 Para que os utiliza?

4.3 Como são enviados os formulários de referência e contrarreferência?

(1) Pelo paciente (2) Pela Central de Regulação Outros, quais? _____

4.4 Quando atende a um paciente encaminhado por um médico do outro nível, com que frequência recebe um formulário de referência (se for especialista) ou contrarreferência (se for médico da atenção básica)? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre —p.4.6 (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR p.4.6

4.5 Por que acha que não os recebe sempre?

Se respondeu *nunca* na pergunta 4.4, pular para a pergunta 4.10

4.6 Como recebe os formulários de referência e contrarreferência?

(1) Pelo paciente (2) Pela Central de Regulação Outros, quais? _____

4.7 Que informações recebe habitualmente no formulário de referência (se for médico da atenção básica) e de contrarreferência (se for médico da atenção básica) (Resposta

Para médicos da atenção básica

4.8 A informação recebida na contrarreferência responde ao motivo da referência? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR

4.9 Recebe a informação em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR

Para todos

4.10 Detecta dificuldades na utilização do formulário de referência ou contrarreferência?

(1) Sim (2) Não seção seguinte (98) NS/NR seção seguinte

4.11 Quais as dificuldades?

**Apenas para médicos que responderam na pergunta 3.2 que existem resumos de alta hospitalar na rede.
5 RESUMO DE ALTA HOSPITALAR**

** Responda segundo sua experiência de utilização do resumo de alta hospitalar na rede (Caruaru ou DS III – Recife)*

5.1 Para que é utilizado o resumo de alta hospitalar?

Para médicos da atenção básica

5.2 Com que frequência recebe um resumo de alta hospitalar? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre p. 5.4 (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR p. 5.4

5.3 Por que você acha que não os recebe sempre?

Se respondeu *nunca* na pergunta 5.2 pular para a pergunta 5.9

5.4 Como recebe o resumo de alta hospitalar?

(1) Pelo paciente (2) Pela Central de Regulação Outros, quais? _____

5.5 Que informações recebe habitualmente nos resumos de alta hospitalar? RESPOSTA MÚLTIPLA

(1) Diagnóstico (2) Motivo da internação (3) Indicações para o acompanhamento
(4) Tratamento farmacológico (5) Resultados de exames (6) Procedimentos realizados
(7) Nenhuma Outra informação, qual? _____ (98) NS / NR _____

5.6 Recebe a informação em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR

Para médicos especialistas que fazem atendimento aos pacientes hospitalizados

5.7 Com que frequência envia um resumo de alta hospitalar? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca p. 5.9 (98) NS/NR

5.8 Como envia o resumo de alta hospitalar?

(1) Pelo paciente (2) Pela Central de Regulação
Outros, quais? _____

TODOS

5.9 Detecta dificuldades na utilização do resumo de alta hospitalar?

(1) Sim (2) Não seção seguinte (98) NS/NR seção seguinte

5.10 Quais as dificuldades?

Apenas para os que responderam a questão 3.3 que existem Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção.

6. PROTOCOLOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COMPARTILHADOS PELOS NÍVEIS DE ATENÇÃO

** Responda segundo sua experiência com o uso de protocolos do ministério da saúde compartilhados pelos níveis de atenção na Rede (Caruaru ou DS III – Recife).*

6.1 Para que se utilizam os protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?

6.2 Quais você usa?

Se respondeu *nenhum*, pular para a pergunta 6.4

6.3 Você segue as recomendações dos Protocolos do Ministério de Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?
LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR

6.4 Detecta dificuldades na utilização dos protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?

(1) Sim (2) Não p.6.6 (98) NS/NR p.6.6

6.5 Quais as dificuldades?

6.6 Você acha que os protocolos foram elaborados levando em conta o ponto de vista dos médicos dos distintos níveis de atenção? *LER OPÇÕES DE RESPOSTA*

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR

6.7 Você já participou alguma vez de uma capacitação sobre o uso dos protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?

(1) Sim (2) Não (98) NS/NR

<p>Apenas para os que responderam a questão 3.4 que sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas são realizadas.</p> <p>7. SESSÕES CLÍNICAS CONJUNTAS ENTRE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS</p>	
<p><i>* Responda segundo sua experiência com as sessões clínicas conjuntas em que participam médicos de atenção básica e especialistas da rede (Caruaru ou DS III – Recife).</i></p>	
<p>7.1 Para que são realizadas sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7.2 Com quais especialidades?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7.3 A instituição lhe proporciona tempo para participar das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>(1) Sim (2) Às vezes (3) Não p. 7.5 (4) Não se realizam com minha especialidade p.7.9 (98) NS/NR</p>	
<p>7.4 Você acha o tempo suficiente?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS/NR</p>	
<p>7.5 Onde são realizadas? RESPOSTA MÚLTIPLA</p> <p>(1) Unidade de atenção básica (2) Unidade especializada (3) Unidade hospitalar</p> <p>Outros, quais? _____ (98) NS/NR</p>	
<p>7.6 Qual é o conteúdo das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>7.7 O que você acha do conteúdo? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Muito adequado (2) Adequado (3) Indiferente (4) Pouco adequado (5) Nada adequado (98) NS/NR</p>	
<p>7.8 Com que frequência participa das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR</p>	
<p>7.9 Detecta dificuldades na realização das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>(1) Sim (2) Não seção seguinte (98) NS/NR seção seguinte</p>	
<p>7.10 Quais as dificuldades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Para todos.</p> <p>8. OUTROS MECANISMOS: TELEFONE, BILHETE \ RECADO</p>	
<p>8.1 Utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA. RESPOSTA MÚLTIPLA</p> <p>(1) Sim, o institucional (2) Sim, o pessoal (3) Não p.8.3 (98) NS/NR p.8.3</p>	

<p>8.2 Com que frequência utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Com menor frequência (98) NS/NR</p>
<p>8.3 Utiliza bilhetes para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sim. (3) Não p.9.1 (98) NS/NR p.9.1</p>
<p>8.4 Com que frequência utiliza bilhetes para consultar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Com menor frequência (98) NS/NR</p>
<p>8.5 Por que os utiliza?</p> <p>_____</p>
<p>9. SUGESTÃO PARA MELHORIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO</p>
<p>9.1. O que você propõe para melhorar a articulação da atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas da rede?</p> <p>_____</p>
<p>10. FATORES ORGANIZACIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO</p>
<p>10.1 Quantos pacientes, em média, você atende por hora de trabalho? _____ pacientes</p>
<p>10.2 Você dispõe de quanto tempo, em média, por consulta? _____ minutos</p>
<p>10.3 Você acha que o tempo de consulta que pode dedicar para a articulação clínica (preencher formulários de referência ou contrarreferência, revisar protocolos do Ministério de Saúde em caso de dúvida) é suficiente? LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</p> <p>(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR</p>
<p>10.4 Há quanto tempo começou a trabalhar nesta unidade? _____ anos _____ meses</p>
<p>10.5 Qual é o seu vínculo com esta instituição? RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</p> <p>(1) Contrato por prazo determinado (2) Emprego público/estatutário (3) Emprego público/Celetista (4) Cargo Comissionado (5) Contrato por tempo indeterminado (6) PROVAB (7) MAIS MÉDICOS (8) Residente (98) NS/NR Outro, qual? _____</p>
<p>10.6 Como se dá sua remuneração nesta instituição? RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</p> <p>(1) Assalariado (2) Por produtividade (3) Bolsista (98) NR/NS</p>
<p>10.7 Quantas horas trabalha por semana nesta unidade? _____ horas</p>
<p>10.8 Complementa seu trabalho na rede pública com a atenção privada (fora do SUS)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS/NR</p>

10.9 Sua instituição supervisiona ou avalia regularmente a sua atividade clínica? (1) Sim (2) Não p.10.10 (98) NS/NR p. 10.10
10.9.1 Como é feita? _____
10.9.2 Você conhece os resultados da avaliação ou supervisão de atividade clínica? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (98) NS/NR
10.10 Sua instituição limita o número de encaminhamentos que pode realizar? (1) Sim (2) Não (98) NS/NR
* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente
10.11 Você pretende mudar de trabalho nos próximos 6 meses. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR
10.12 Você recebe um bom salário por seu trabalho. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR
10.13 Você está satisfeito/a com seu trabalho. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR
11 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS
11.1 Anotar sexo: (1) Masculino (2) Feminino (98) NS/NR
11.2 Data de nascimento _____ / _____ / _____
11.3 País de nascimento _____
11.4 Formação (especialidade) _____
12 PREENCHER DEPOIS DA ENTREVISTA
Você teria interesse em receber os resultados do estudo? (1) Sim <i>ANOTE OS DADOS DE CONTATO NO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (e-mail, telefone)</i> (2) Não
Existe algum comentário adicional que queira fazer sobre a entrevista? _____
* Muito obrigado/a ela sua participação
12.1 Hora de finalização: _____ : _____
12.2 Como foi a colaboração do entrevistado? (1) Boa (2) Regular (3) Ruim
12.3 Como foi a compreensão das perguntas? (1) Boa (2) Regular (3) Ruim
Observações gerais do entrevistador _____ _____

ANEXO 2



GUIA GRUPO FOCAL/ ENTREVISTA INDIVIDUAL SOBRE A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E GESTORES

Data e local da entrevista

Hora de início

Hora de fim

Moderadores

Coletar para cada participante : nome, idade , sexo ,titulação, cargo , instituição, rede e tempo no cargo.

*Os temas serão abordados em relação à assistência ao **paciente, em geral, e as patologias traçadoras (diabetes , DPOC ...)** , e no que se refere aos cuidados entre os diferentes níveis de atenção.*

1. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NÍVEIS NA REDE

a) Qual é o papel/funções da atenção básica na atenção de um paciente com DPOC e Diabetes? E da atenção especializada? O que você acha da forma como os níveis de atenção estão exercendo esse papel? O que poderia melhorar ?

b) O que você acha da coordenação (articulação) da atenção ao paciente entre a atenção básica e a atenção especializada na rede? Por quê?

c) Que elementos estão facilitando a coordenação entre os níveis de atenção na rede? Como? Por quê? E quais estão dificultando? Como? Por quê?

d) Como você acha que a coordenação da atenção (ou falta dela) influencia sobre a qualidade da atenção prestada ao paciente ?

e) Quem é o responsável clínico pela coordenação da atenção ao paciente entre os diferentes níveis de atenção ? O que você acha ? Como se dá o seguimento (acompanhamento) do paciente atendido em mais de um nível de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

f) O que você acha da coerência técnico-científica entre os tratamentos prescritos ao paciente nos diferentes níveis de atenção? Há duplicação, contradição ou contra-indicação entre os tratamentos? Por quê? O que poderia

melhorar ? (*Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados; Reconciliação de tratamentos; Adequação clínica da transferência do paciente; inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos*)

g) O que você acha da coordenação (articulação) entre os exames diagnósticos (clínicos, laboratoriais e radiológicos) que são realizados nos pacientes nos diferentes níveis de atenção? Por quê? O que poderia melhorar?

h) Como você acha que está o acesso do usuário entre os níveis de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

i) Como é a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção? O que você acha? Por quê? O que poderia melhorar ? Ajuda a resolver dúvidas entre os profissionais? Por quê?

2.MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO NA REDE

j) Que mecanismos são utilizados para coordenar a atenção ao paciente entre os diferentes níveis de atenção? O que você acha? Como você acha que esses mecanismos contribuem para a coordenação entre os níveis de atenção ? E na qualidade do atendimento ? E na formação dos profissionais?

(Se não for mencionado , perguntar especificamente pelos mecanismos que foram identificados na caracterização das redes: apoio matricial, protocolos de atendimentos, de acesso e de referência, mapas de atenção, supervisão direta, comunicação informal, grupo de trabalho multidisciplinar, central de regulação, gestão de casos, gerência de distrito, sistema de informação clínica, formato de referência e contra-referência)

k) E como você acha que os profissionais utilizam esses mecanismos? O que facilita seu uso? O que o dificulta? Por quê? O que poderia melhorar ?

l) Como foram planejados esses mecanismos (quem participou, como?) E como foram divulgados para os profissionais? E avaliado? O que você acha ? O que poderia melhorar ?

m) Quais as estratégias que você sugere para melhorar a coordenação da atenção entre os níveis de saúde na rede ?

ANEXO 3

Parecer de aprovação do Projeto Equity LA II – Comitê  tico de /investigação Clínica –
Consorti MAR Parc de Salut de Barcelona



Informe del Comitê  tico de Investigación Clínica

Do a M  Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comitê  tico de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que  ste Comitê ha evaluado el proyecto de investigación clínica n  2013/5048/I titulado
*"The impact of alternative care integration strategies on health care networks'
performance in different Latin American health systems"* propuesto por la Dra. M  Luisa
Vázquez Navarrete del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los
objetivos del estudio y est n justificados los riesgos y molestias previsibles para el
sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a
cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones econ micas que se solicitan está plenamente
justificado.

Y que éste Comit  acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el
Consorti de Salut i d'Atenció Social de Catalunya por la Dra. M  Luisa Vázquez
Navarrete, como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 12
de Marzo de 2013.

Lo que firmo en Barcelona, a 13 de Marzo de 2013

COMIT   TIC DEL PARC DE SALUT MAR
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado:
Doña M  Teresa Navarra Alcrudo

CEIC – Parc de Salut MAR
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Tel fon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parodesalutmar.cat

ANEXO 4

Parecer de aprovação do Projeto Equity LA II - Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3967 - 14 intitulado "O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de atenção à saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina." apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Isabella Samico** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 22 de janeiro de 2014.

Recife, 23 de janeiro de 2014


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei 3051 de 08/11/97
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei 3013 de 14/05/94
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/91
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 01.60511
INSCRIÇÃO ESTADUAL - 66666
CNPJ - 10.904.302/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (011) 2122-4100
Fax: (011) 2122-4322 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

ANEXO 5

Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira – IMIP

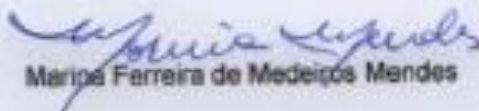
Assunto: Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e
Esclarecido (TCLE)

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Coordenação da Atenção entre Níveis Assistenciais às Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um Município do Estado de Pernambuco, Brasil", considerando que o referido estudo utilizará dados secundários, sendo um recorte do banco de dados (primeira etapa) do estudo linha de base da Pesquisa Equity LA II.

A Pesquisa Equity LA II está sendo desenvolvida conforme a legislação atual da EU (Carta de Direitos Fundamentais da UE, Diretivas 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de Outubro de 1995 e a Diretiva Europeia de Ensaio Clínico 2001/20/EC) e a legislação atual, códigos profissionais e de proteção de dados de cada país envolvidos (anexo 5). No Brasil, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife – PE (anexo 6). A autora do presente projeto de tese faz parte da equipe da Pesquisa Equity.

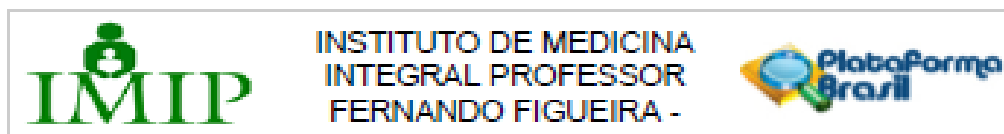
Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções 466 de 2012, e suas complementares no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Recife, 28 de Setembro de 2016.


Marisa Ferreira de Medeiros Mendes

ANEXO 6

Parecer consubstanciado – Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da coordenação da atenção entre níveis assistenciais às doenças crônicas não transmissíveis em um município do estado de Pernambuco, Brasil

Pesquisador: Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61426716.0.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIPIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.880.044

Apresentação do Projeto:

O presente estudo é um recorte da pesquisa Equity - LA II, sob o título "O Impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de Atenção à Saúde, em diferentes sistemas de saúde na América Latina". Sendo este um estudo multicêntrico, sob a coordenação geral do Consórcio de Saúde da Catalunha-Espanha com a participação de seis países latino-americanos – Brasil, Colômbia, Chile, México, Argentina e Uruguai. No Brasil, a coordenação do Projeto está sob a responsabilidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. A pesquisa Equity LA II tem como objetivo avaliar a efetividade de diversas estratégias de integração da atenção, na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RIS3), em distintos sistemas de saúde da América Latina [66]. presente estudo constitui-se em um recorte da pesquisa Equity - LA II, com foco no estudo de linha de base. Trata-se de um estudo avaliativo, com uma abordagem de métodos mistos. Serão utilizados métodos qualitativos e quantitativos para avaliação da rede de saúde quanto a coordenação entre níveis assistenciais e os fatores que influenciam sua operacionalização. No estudo qualitativo (primeira etapa), um desenho descritivo e de caráter fenomenológico [9], será desenvolvido para explorar percepções e experiências dos profissionais dos serviços de saúde e dos representantes da gestão acerca da coordenação da atenção entre níveis assistenciais e os

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-650
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4758 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeeticas@imip.org.br



Continuação do Parecer: 1.680/044

fatores que influenciam. No estudo quantitativo (segunda etapa), será realizado um corte transversal, derivado do inquérito com os profissionais médicos da rede de saúde de Caruaru, conduzido pela pesquisa Equity LA II.4.4. Operacionalização do Estudo Qualitativo A rede de saúde tem 63 unidades de Atenção Primária à Saúde

(APS) e 16 Unidades de Atenção Especializada (AE). No estudo qualitativo descritivo e fenomenológico, desenhou-se uma amostra teórica em duas etapas: 1) seleção das Unidades de Saúde (APS e AE) e 2) Informantes: APS - (08) médicos; (08) enfermeiras; AE - (6) médicos especialistas; Profissionais da gestão: (5) diretores/gerentes; (05) administrativos, com tamanho definido por saturação dos discursos. A amostra do estudo

qualitativo será flexível e reflexiva, o que significa que à medida que se vá descobrindo novos aspectos interessantes para responder aos objetivos do estudo, poderão ser incorporados outros critérios de variedade máxima do discurso. O tamanho final da amostra foi definido pela saturação da informação para responder aos objetivos do estudo. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com profissionais de saúde e com gerentes/dirigentes com o fim de analisar: (1) as

opiniões sobre a coordenação; (2) os fatores que influem; (3) seu impacto na qualidade da atenção (4); conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação existentes e (5) tipo de intervenções que melhorariam a coordenação. Foi utilizado um roteiro para entrevista com os informantes (anexo 2). Para obter a aprovação para sua participação, foi realizado contato prévio por telefone e visitas às unidades. Foi solicitado o consentimento informado por escrito aos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A autora do presente projeto de tese

fez parte do trabalho de campo como entrevistadora e da equipe de elaboração do relatório técnico do estudo. Operacionalização do Estudo Quantitativo: O estudo quantitativo de corte transversal, através de inquérito com aplicação de questionário. A amostra foi composta por 180 médicos, distribuída entre os dois níveis de atenção, cujo cálculo foi baseado na variação de 15% na percepção dos médicos/as sobre a coordenação da atenção entre níveis nas redes, com poder de 80% ($\alpha=0.20$) e nível de confiança de 95% ($\alpha=0.05$). Foram incluídos médicos que atendessem pacientes crônicos e trabalhassem na rede assistencial há mais de três meses.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço:	Rua dos Coelhos, 300	CEP:	50.070-650		
Bairro:	Boa Vista				
UF:	PE	Município:	RECIFE		
Telefone:	(81)2122-4755	Fax:	(81)2122-4762	E-mail:	comitedeticos@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.800.044

Avaliar a coordenação da atenção entre níveis assistenciais aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em um município do estado de Pernambuco, Brasil.

Objetivo Secundário:

Na atenção aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis:

Caracterizar a coordenação da informação entre níveis assistenciais e os fatores que a influenciam, quanto à transferência e utilização;

Analisar a coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais, quanto ao seguimento do paciente, acessibilidade e coerência da atenção;

Avaliar o conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais e os fatores associados que influenciam sua operacionalização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: O pesquisador refere que será o de contribuir com informações pertinentes e relevantes para organização e articulação da rede de atenção à saúde do município.

Riscos: Não descreve.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Tese de Doutorado. É oportuno e relevante para o tema estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicita dispensa do TCLE, no entanto não justifica os reais motivos.

Os demais termos obrigatórios estão adequados.

Recomendações:

Solicitação de dispensa do TCLE: descrever com os reais motivos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências, só recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitação de dispensa do TCLE: descrever com os reais motivos

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_800613.pdf	26/10/2016 15:49:04		Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (011)2122-4755 Fax: (011)2122-4782 E-mail: contateduc@imip.org.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 1.880.044

Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	26/10/2016 15:48:03	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Tese.pdf	28/09/2016 13:30:15	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Investigador				
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice1.pdf	28/09/2016 13:19:55	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Outros	Anexo6_CertificadoCEP_IMIP_Brasil.pdf	28/09/2016 11:00:35	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Outros	Anexo5_CertificadoCEIC_EquityLAIi.pdf	28/09/2016 10:55:38	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Outros	Anexo4_CartadeAnuencia_Caruaru.pdf	28/09/2016 10:54:12	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Outros	Anexo3_questionario.pdf	28/09/2016 10:52:48	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Outros	Anexo2_GuiaEntrevistaQUALI_EquityLAIi.pdf	28/09/2016 10:47:36	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto
Outros	Anexo1_ProtocoloPesquisa_EquityLAIi.pdf	28/09/2016 10:45:23	Marina Ferreira de Medeiros Mendes	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Dezembro de 2016

Assinado por:

Gláucia Virgínia de Guelroz Lins Guerra
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4758

Fax: (81)2122-4762

E-mail: comitedeetic@imip.org.br

ANEXO 7

Carta de Anuência Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru-PE

Secretaria de
Saúde



Prefeitura de
CARUARU



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada **“Avaliação da coordenação da atenção entre níveis assistenciais às doenças crônicas não transmissíveis em um município do estado de Pernambuco, Brasil”**, pela pesquisadora MARINA FERREIRA DE MEDEIROS MENDES, aluna do curso de Doutorado em Saúde Internacional da Universidade nova de Lisboa- Instituto de Higiene e Medicina Tropical, tendo como orientadora a Prof^ª. Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz e como coorientadora: Prof^ª. Dra. Isabella Chagas Samico. A pesquisadora esta autorizada a coleta de dados para referida pesquisa, na rede de saúde deste município.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que o pesquisador cumpra com os requisitos da Resolução do CNS nº 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins da pesquisa.

O pesquisador comprometem-se a trazer para esta Secretaria o relatório final da pesquisa através de cópia em compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Caruaru, 08 de Setembro de 2016.

Maria Aparecida de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Maria Aparecida de Souza
Secretária de Saúde
Caruaru - PE
Mat 090638