



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**ÍTALO RICARDO SANTOS ALELUIA**

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

**SALVADOR**

**2014**

**ÍTALO RICARDO SANTOS ALELUIA**

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária pelo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSC), na área de concentração em Política, Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Maria Guadalupe Medina

**SALVADOR**

**2014**

Ficha Catalográfica  
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

A366a Aleluia, Ítalo Ricardo Santos.

Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso / Ítalo Ricardo Santos Aleluia. -- Salvador: I.R.S.Aleluia, 2014.  
115f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Guadalupe Medina.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. I. Título.

CDU 614.2

---

**ÍTALO RICARDO SANTOS ALELUIA**

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada para apreciação da banca examinadora do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária com concentração em Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra. Patty Fidelis de Almeida**

**Instituto de Saúde da Comunidade/UFF**

---

**Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

**Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

---

**Dra. Maria Guadalupe Medina**

**(Orientadora)**

**Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente à minha Mãe; guerreira, batalhadora. Um exemplo de vida.*

*Dedico também, aos gestores e profissionais da atenção primária, para os quais é colocada a complexa atribuição de coordenar os cuidados, sobretudo nas condições crônicas.*

*Por fim, dedico este trabalho aos usuários dos serviços de Atenção Primária, cuja melhoria nos processos de gestão e coordenação dos cuidados pela APS, se relaciona com a garantia da continuidade e da integralidade na atenção.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiríssimo lugar, agradeço a Deus, por me conceder forças e esperanças nos momentos de extrema dificuldade e preocupação. Por ter viabilizado a conclusão, com sucesso, dessa etapa tão nobre da minha vida profissional.

Aos meus pais (em especial minha mãe) por todo o apoio, força e motivação. Mãe, sem você não conseguiria ter caminhado até aqui! Você é a minha inspiração!

À professora e orientadora Maria Guadalupe, por acreditar no meu potencial, pela confiança, compreensão e pelas oportunidades conferidas, mediante a participação dos projetos de pesquisa em Atenção Primária. Foram experiências únicas!

À professora Ana Luísa Vilasbôas, pelo senso de realidade transmitido, cortesia e palavras sábias. Ana, você é um exemplo de sabedoria!

Ao meu companheiro pelo apoio e compreensão nos momentos de preocupação e ausência. Por todos os momentos compartilhados e obstáculos superados. Ainda temos muito a viver!

Aos amigos especiais, Érica Almeida, Anderson Freitas, Milene Pereira, Milene Carvalho e Marta Silva, por todo carinho e momentos preciosos compartilhados. Conhecer vocês foi um presente de Deus!

Aos demais amigos e colegas construídos em minha trajetória de vida, bem como demais familiares que estão sempre torcendo pela minha ascensão profissional e realização pessoal.

Aos amigos e colegas do GRAB (especialmente a Valéria e Wellington), pelos momentos de alegria, apoio! Vocês também fazem parte dessa história!

À minha amiga e colega de trabalho Fabiane Costa, pelo incentivo infinito, pela confiança, pelos conselhos e oportunidades concedidas. Muito obrigado por tudo!

À Secretaria Municipal de Juazeiro/BA, gestores e profissionais das equipes pesquisadas, por apoiarem a realização da pesquisa e viabilizarem sua logística, com tamanha receptividade.

*“Eterno, é tudo aquilo que dura uma  
fração de segundos, mas com tamanha  
intensidade que se petrifica, e nenhuma força  
jamais o resgata”.*

***(Carlos Drummond de Andrade)***

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos. **Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.

## RESUMO

A crescente prevalência das condições crônicas no cenário epidemiológico brasileiro exige transformações na organização dos serviços de saúde que viabilizem melhorias na integração e continuidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) assumiu papel prioritário para integrar cuidados, serviços e informações, e tem como atributo fundamental a coordenação do cuidado. Embora o processo de coordenar o cuidado seja colocado como atributo fundamental da APS, cumprir essa função ainda é uma tarefa de difícil operacionalização em diversos municípios brasileiros. Esse estudo teve como objetivo avaliar a coordenação do cuidado no âmbito da APS em um município do Estado da Bahia. Trata-se de um estudo de caso único, com dois níveis de análise, em duas equipes de Saúde da Família. Considerou-se com fontes primárias de evidência as informações registradas no diário de campo do pesquisador, dados obtidos mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores e usuários da APS e, como fontes secundárias, o banco de dados do PMAQ-AB, a análise dos documentos da Secretaria Municipal de Saúde e das equipes de APS. Para avaliar a coordenação do cuidado, foram selecionadas condições traçadoras (a hipertensão e o diabetes) e elaborou-se uma imagem objetivo, com vistas a analisar comparativamente as equipes e estimar em que medida os critérios da coordenação do cuidado, adotados nesse estudo, têm sido cumpridos (ou não) por ambas. Adotou-se como categorias de análise o planejamento da assistência, a padronização de condutas, o referenciamento, a comunicação e o monitoramento do usuário. Os resultados evidenciaram que a coordenação do cuidado não tem sido cumprida por ambas as equipes, e que houve maior dificuldade para o cumprimento dos critérios relativos à padronização de condutas e à comunicação entre profissionais e serviços de saúde. A falta de protocolos assistenciais, a ausência de critérios para estratificação de riscos e o desconhecimento dos demais profissionais da rede, pelos profissionais da APS, dificultaram o compartilhamento de saberes e responsabilidades na construção de planos de cuidados. A ausência de registros informatizados e o descuido com os registros manuais da atenção prestada, certamente comprometeram a qualidade e a continuidade das informações assistenciais. A falta de tecnologias telecomunicativas e os problemas de articulação entre os serviços da rede colaboraram para a baixa comunicabilidade entre os níveis de atenção. Por fim, a ausência de sistemas informatizados, a desorganização e a insuficiência na oferta de exames e consultas restringiram o referenciamento vertical dos usuários, com baixa capacidade das equipes gerenciarem as filas de espera e monitorarem os fluxos e contrafluxos assistenciais. Considera-se de suma importância a implantação de sistemas informatizados e de tecnologias de telecomunicação; a criação e adoção de protocolos assistenciais, de estratégias de capacitação profissional, de avaliação e monitoramento regular dos serviços, que possam refletir sobre a capacidade das equipes de APS coordenarem o cuidado ao usuário. Reitera-se a importância de novas pesquisas que investiguem outros casos da microrregião, com eixos investigativos centrados na coordenação do cuidado e que considerem as relações e os conflitos do processo de trabalho entre os serviços e os profissionais dos três níveis de atenção.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Assistência integral à saúde. Coordenação do cuidado. Doenças crônicas Não Transmissíveis.



ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos. **Evaluation of care coordination within the primary health care: a case study.** Dissertation (Masters in Public Health). Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2014.

### ABSTRACT

The increasing prevalence of chronic conditions in the epidemiological scenario requires changes in the organization of health services which enable improvements in the integration and continuity of care. The Primary Health Care (PH) took a priority role to integrate care, services and information, and has as a fundamental attribute the coordination of care. Although the process of coordinating care is placed as a fundamental attribute of PHC, fulfill this function is still a difficult task to operationalize in several municipalities. This study aimed to evaluate the coordination of care within the PHC in a municipality in the State of Bahia. This is a single case study, with two levels of analysis into two teams of the Family Health. Were considered as primary the sources in addition to the information recorded in the researcher's field journal, of evidence the data obtained by semi-structured interviews with professionals, managers and users of the PHC, and as secondary sources, the database PMAQ - AB, the analysis of the documents and of the Municipal Health Department and of the PHC teams. To assess coordination of care, have been selected tracer conditions (hypertension and diabetes) and drew up a picture goal, aiming to comparatively analyze the teams and to estimate to what extent the criteria of coordination of care, adopted in this study, have been met (or not) both. It was adopted as analytical categories the care planning, the standardization of procedures, the referencing, the communication and the user tracking. The results showed that coordination of care has not been met by both teams, and it was more difficult for the fulfillment of criteria for standardization of procedures and communication between health professionals and services. The lack of care protocols, the lack of criteria for risk stratification and lack of other network professionals, by professionals of the PHC, hindered the sharing of knowledge and responsibilities in the construction of care plans. The lack of computerized records and careless with manual records of care provided certainly affect the quality and continuity of care information. The lack of telecommunication technologies and the problem of coordination between network services collaborated for low communicability between levels of care. Finally, the absence of computerized systems, the disorganization and the shortfall in the supply of tests and appointments restricted the vertical referencing of users, with low ability of teams to manage waiting line and to monitoring the flow and counterflow care. It is considered of paramount importance to implementation of information systems and telecommunications technologies; the creation and adoption of care protocols, strategies of professional training, assessment and regular monitoring of services that may reflect on the ability of PHC teams coordinate care to the user. Reiterate the importance of further research to investigate other cases of the microregion with investigative axes centered care coordination and consider the relationships and conflicts of the working process between services and professionals of the three levels of care.

**Keywords:** Health Evaluation. Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Coordination of care. Non-communicable Chronic Disease.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Sistematização da literatura internacional sobre as concepções, componentes e objetivos da coordenação do cuidado.
- Figura 1** - Imagem-objetivo para avaliação da coordenação do cuidado das condições traçadoras adotadas no estudo.
- Quadro 2** - Análise comparativa da coordenação do cuidado entre duas equipes de Saúde da Família no município caso, 2014.
- Quadro 3** - Categorias, critérios e fontes para avaliação da coordenação do cuidado no município caso.
- Quadro 4** - Lista de critérios que foram averiguados no banco de dados e suas respectivas questões apresentadas no instrumento de avaliação externa (módulo II) do PMAQ-AB.
- Quadro 5** - Sistematização das informações cotejadas para atribuição da pontuação relativa ao cumprimento dos critérios da coordenação do cuidado, pelas equipes de APS pesquisadas.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é produto elaborado por mim, no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Trata-se de um estudo de caso único, com duas equipes de Saúde da Família, realizado em um município do Estado da Bahia. O estudo teve como objetivos verificar em que medida as equipes de APS tem cumprido sua função de coordenadora do cuidado em sistemas municipais de saúde, buscando identificar as principais dificuldades para as equipes cumprirem essa função.

A dissertação é apresentada em formato de artigo. Entretanto, considerando a necessidade de melhor explicitação das questões teóricas, relativas à coordenação do cuidado, inclui-se uma seção específica sobre o referencial teórico. Desta forma, esse produto apresenta as seguintes seções: (a) referencial teórico do estudo; (b) artigo científico; e (c) apêndices.

Ressalta-se que, ao longo do curso de Mestrado, o exercício das reflexões sobre a coordenação do cuidado, a partir da literatura revisada, permitiu a elaboração de um capítulo de livro intitulado *“A coordenação do cuidado e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): contribuições possíveis para análise”* (ALELUIA et al., 2013), incorporado aos apêndices desse produto.

No referencial teórico, encontram-se sistematizadas as concepções, os objetivos, os componentes e os mecanismos relacionados à coordenação do cuidado. No artigo, os principais resultados da pesquisa e, nos apêndices, os quadros elaborados para análise dos dados, com as respectivas categorias, critérios de análise e fontes de evidência; os roteiros utilizados para coleta dos dados com os profissionais, gestores e usuários da APS; os roteiros utilizados para análise das informações documentais; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, por fim, o capítulo de livro aprovado e elaborado pelo presente autor e outros colaboradores, que *teve* como objetivos discutir o PMAQ-AB enquanto uma alternativa institucional indutora de processos de melhoria do acesso e qualidade da APS, bem como suas potencialidades e limitações metodológicas no que concerne à avaliação do atributo coordenação do cuidado.

## SUMÁRIO

FOLHA DE APROVAÇÃO	
DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
EPÍGRAFE	
RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
APRESENTAÇÃO	
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>14</b>
1.1 Concepções da literatura internacional sobre coordenação do cuidado	14
1.2 Componentes e mecanismos relacionados à coordenação do cuidado	16
1.3 O cenário brasileiro: a atenção primária como coordenadora do cuidado	25
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
<b>2 ARTIGO – AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS SAÚDE: ESTUDO DE CASO</b>	<b>32</b>
<b>RESUMO</b>	<b>32</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>32</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>33</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
Seleção e características do caso	37
Produção dos dados	39
Modelo e categorias de análise	40
Aspectos éticos	41
<b>RESULTADOS</b>	<b>41</b>
Coordenação do cuidado nas equipes de Saúde da Família	42

Planejamento da assistência individual	43
Padronização de condutas	47
Referenciamento	48
Comunicação	49
Monitoramento do usuário	50
<b>DISCUSSÃO</b>	51
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	55
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	56
<b>APÊNDICES</b>	64
<b>APÊNDICE A (Quadro 3)</b> - Categorias, critérios e fontes para avaliação da coordenação do cuidado no município caso.	65
<b>APÊNDICE B (Quadro 4)</b> – Lista de critérios que foram averiguados no banco de dados e suas respectivas questões apresentadas no instrumento de avaliação externa II do PMAQ.	67
<b>APÊNDICE C (Quadro 5)</b> - Sistematização das informações cotejadas para atribuição da pontuação relativa ao cumprimento dos critérios da coordenação do cuidado pelas equipes de APS pesquisadas.	70
<b>APÊNDICE D</b> – Roteiro para análise das informações documentais	83
<b>APÊNDICE E</b> – Roteiro para entrevista com profissionais e gestores da APS	85
<b>APÊNDICE F</b> – Roteiro para entrevista com usuários adscritos às equipes de APS	88
<b>APÊNDICE G</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
<b>APÊNDICE H (capítulo de livro aprovado)</b> - A coordenação do cuidado pela atenção primária à saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): contribuições possíveis para a análise	92

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 Concepções da literatura internacional sobre coordenação do cuidado

Embora existam inúmeros estudos na literatura internacional sobre a coordenação do cuidado, pode-se afirmar que ainda persiste certa dificuldade na definição do seu significado. Vários termos e modelos têm sido utilizados como sinônimos ou em conjunto. Dentre estes, estão frequentemente associados à coordenação, a colaboração, o trabalho em equipe, a continuidade do cuidado, a gestão da doença, a gestão de casos, a gestão do cuidado e o chamado modelo de atenção às condições crônicas. É difícil interpretar a interrelação entre estes conceitos e chegar a um denominador comum, sobre o que seria, de fato, a coordenação do cuidado <sup>1,2</sup>.

A partir da revisão da literatura realizada neste estudo foram sistematizadas as diversas concepções, componentes e mecanismos encontrados, apresentados no Quadro 1, os quais discutiremos de forma mais detalhada a seguir.

Alguns autores ressaltam a utilização do termo continuidade como sinônimo de coordenação. No entanto, o primeiro estaria relacionado à interação entre o indivíduo e o prestador de cuidados de saúde, expressando, portanto, a maneira como o usuário experimenta a coordenação entre os diversos prestadores de serviços de saúde. Já a coordenação, refletiria a ideia de interação entre diferentes prestadores de cuidados de saúde <sup>3</sup>.

A coordenação do cuidado pode ser considerada como um conjunto de práticas que visam conectar ações e serviços de saúde, entre diferentes fontes e por meio de mecanismos específicos, de modo que a atenção seja sincronizada e alcance um objetivo comum com menores possibilidades de produção de conflitos <sup>4,5,6</sup>.

De acordo com McDonald et al.<sup>2</sup> coordenação do cuidado também pode ser compreendida como uma organização deliberada da atenção à saúde, entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma condição, a fim de facilitar a adequada prestação do cuidado. A organização da atenção envolve a triagem de pessoal e recursos necessários, o gerenciamento e a troca de informações, entre os profissionais responsáveis por aspectos distintos do tratamento.

Para outros autores a coordenação é um processo pelo qual os sujeitos inseridos nas relações dos cuidados de saúde, em uma determinada sequência de cuidados,

compartilham informações entre profissionais sobre a atenção prévia, sobre avaliações, decisões e utilizações de serviços de saúde, de modo a viabilizar um esquema coerente de gestão do cuidado <sup>7</sup>.

De acordo com Chen et al.<sup>8</sup> coordenação do cuidado se traduz em direcionar pessoas com probabilidade de complicações e necessidade de cuidados complexos, de modo a atender suas especificidades e preencher lacunas assistenciais. Já na concepção de Starfield<sup>9</sup> a coordenação do cuidado traduz a ideia de unir o todo. “É um estado de estar em harmonia, numa ação ou esforço comum. Sem a coordenação do cuidado a longitudinalidade perderia muito do seu potencial e a integralidade seria dificultada.”

Ao analisar a literatura internacional podemos observar três vertentes explicativas para o surgimento da coordenação do cuidado. A primeira, aponta que as propostas de coordenação do cuidado emergiram da crescente necessidade da adoção de medidas para o controle de custos, de melhorias dos resultados sobre a qualidade dos atendimentos e da satisfação dos usuários segurados, sendo, esse fato, determinante para criação de programas de coordenação por seguros privados de saúde nos países norte-americanos <sup>2, 10</sup>.

As premissas da segunda vertente afirmam que as atividades de coordenação surgiram a partir de modificações nas demandas e necessidades de saúde decorrentes do aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas que levaram ao crescimento na procura por serviços de saúde mais complexos. Este cenário, colaborou para exigências de transformação das práticas centradas nos serviços, para práticas centradas nos usuários e suas reais necessidades <sup>11</sup>.

A terceira vertente explicativa destacou que as políticas orientadas para fortalecer a coordenação dos cuidados surgiram na tentativa de superar a fragmentação dos sistemas de saúde, a fim de colaborar para preencher lacunas entre diversos ambientes e proporcionar maior coerência e integração no processo de cuidado <sup>3</sup>.

Diante disso, a coordenação do cuidado assumiu prioridade para gestores de sistemas de saúde, especialmente quando se trata de assistir pacientes crônicos, já que nesta circunstância existe a necessidade de intervenções de múltiplos profissionais <sup>10, 12, 13</sup>.

Dentre os principais objetivos da coordenação do cuidado grande parte dos autores destacaram a promoção da continuidade assistencial, a melhoria da qualidade e o

potencial de interferir na redução dos custos da atenção à saúde <sup>8, 12, 14</sup>. Seu foco é direcionado, principalmente, para pacientes crônicos, por demandarem assistência de alto custo e por serem os mais susceptíveis aos efeitos negativos da fragmentação assistencial <sup>2</sup>.

Coordenar os cuidados tem como função facilitar a prestação dos serviços, em local e tempo oportunos, para usuários e familiares com distintas necessidades de saúde, de modo a viabilizar uma oferta adequada dos cuidados na ordem e momento certos, frente às interfaces entre atenção primária e especializada <sup>2, 7</sup>. É uma prática que deveria ser exercida predominantemente por médicos de cuidados primários e que teria como objetivo auxiliar os usuários a receberem serviços médicos especializados <sup>15, 16</sup>.

Estudos destacaram a importância de considerar os próprios usuários, familiares e distintos profissionais envolvidos na assistência para a coordenação do cuidado. Isto seria possível, na medida em que o ato de coordenar valorizasse os conhecimentos e as habilidades de cada ator, para potencializar uma resposta abrangente, coerente e contínua às necessidades de saúde dos usuários <sup>2, 17, 18, 19, 20</sup>.

## **1.2 Componentes e mecanismos relacionados à coordenação do cuidado**

No que concerne aos componentes relacionados à coordenação do cuidado, dentre os mais citados na literatura, destacaram-se o planejamento da assistência individual <sup>2, 8, 10, 14, 21, 22</sup>, a padronização de condutas <sup>2, 10, 15, 16, 23, 24, 25, 26</sup>, a comunicação e a troca de informações entre profissionais de distintos níveis de atenção e, entre estes, com usuários e familiares <sup>2, 6, 7, 8, 15, 16, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35</sup>, o encaminhamento <sup>10, 30, 31, 32</sup>, bem como o monitoramento dos usuários <sup>2, 8, 15, 16, 25, 36, 37</sup>.

Com relação aos mecanismos de coordenação mais utilizados, destacaram-se a utilização de tecnologias telecomunicativas como registros eletrônicos e informatizados <sup>2, 6, 7, 15, 16, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 49</sup>; utilização de guias, protocolos clínicos, mapas e diretrizes terapêuticas <sup>10, 15, 16, 23</sup>; construção de planos assistenciais <sup>2, 10, 14</sup>; registro de profissionais, equipes e encaminhamentos <sup>2, 6, 7, 10, 14, 15, 16, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 38</sup>; e a construção de sistemas de referência e contrarreferência <sup>10</sup>.

Uma coordenação ideal envolve abordagens multidisciplinares, a documentação dos serviços prestados aos usuários, a comunicação, o monitoramento e a integração na prestação de serviços <sup>27, 28, 29, 38</sup>. Para Gitel<sup>6</sup> a coordenação do cuidado se refere a



solucionar problemas de comunicação para compartilhar informações e conhecimentos entre os profissionais envolvidos na assistência.

Nas práticas de coordenação estudos indicaram a importância da avaliação dos pacientes para identificar necessidades e demandas assistenciais, identificar populações mais vulneráveis ao cuidado fragmentado e determinar prováveis desafios de coordenação <sup>2, 10</sup>.

A coordenação exige o estabelecimento de planos e integração de trabalhos, podendo associar-se a práticas com acordos formais e informais. Esta integração pode ser do tipo vertical (entre níveis, a exemplo de um centro de saúde primário com um hospital) ou horizontal (entre profissionais e setores do mesmo nível de atenção)<sup>14</sup>.

Desenvolver plano de cuidados inclui o planejamento de ações; a organização da atenção, conforme cada plano; e a identificação dos participantes-chave no cuidado, para especificar suas funções. Esses estudos também destacaram que os planos de cuidados precisam ser colocados em prática e devem ser monitorados para identificar necessidades de ajustes e falhas na coordenação <sup>2, 10</sup>.

Outro componente essencial da coordenação se refere à utilização de ferramentas para padronização de condutas como os protocolos clínicos, as diretrizes baseadas em evidência. Estas medidas teriam como objetivo facilitar os cuidados dos usuários da atenção primária que necessitam de assistência na atenção secundária. Os mesmos autores ressaltaram a necessidade de práticas de avaliação dos resultados e dos impactos da coordenação <sup>2, 10</sup>.

A comunicação e a troca de informações entre profissionais e usuários e entre profissionais de diferentes níveis de atenção, mostrou-se como componente crucial da coordenação do cuidado. A comunicação pode ser realizada mediante utilização de registros médicos eletrônicos, registro das equipes e de profissionais, além de registros de encaminhamentos e utilização de tecnologias telecomunicativas como telefones e e-mails. Isto garantiria o conhecimento pelos diferentes profissionais, sobre dados clínicos, recursos, dentre outros, entre os distintos níveis de atenção <sup>2, 5, 10, 23, 33, 34</sup>.

Os elementos necessários para que haja coordenação do cuidado dependem da conexão entre serviços de saúde, mediante a transferência de informação e planos unificados de atenção aos usuários, sincronizados entre as interfaces de cuidados <sup>21, 22, 40</sup>. Coordenar atividades independentes exige processos de programação e

retroalimentação. Através da programação são definidas funções, responsabilidades, habilidades e atividades necessárias. Ao passo que a retroalimentação possibilitaria melhor eficiência no retorno de informações para os profissionais de saúde <sup>5</sup>.

A utilização de guias de prática clínica, de mapas, de grupos de trabalho multidisciplinares e de estruturas matriciais foram destacados como mecanismos para auxiliar o processo de coordenação do cuidado ao longo do sistema de saúde. Tais mecanismos, permitiriam identificar e estratificar riscos, conhecer os serviços mais utilizados e avaliar o desempenho das ações <sup>2, 5, 10, 34</sup>.

O processo de coordenação do cuidado se faz por meio de mecanismos que criam “pontes” ou pontos de contato entre serviços e profissionais. A coordenação entre níveis pode ser, basear ainda, em parcerias com diferentes instituições, no planejamento estratégico, na utilização de sistemas clínicos informatizados e na gestão compartilhada <sup>34</sup>.

Coordenar o cuidado se relacionaria com a gerência de práticas e fluxos de informações de saúde, por meio de mecanismos de referência, com o intuito de efetivar a integração dos serviços de atenção primária com serviços especializados <sup>30, 31, 32</sup>.

Quanto às evidências sobre mecanismos de coordenação do cuidado, um estudo destacou a referência e a contrarreferência como um meio para viabilizar o encaminhamento de usuários para especialistas e atenção hospitalar. No entanto, a contrarreferência se mostrou como a prática pouco comum, apesar de ter sido apontada como prática fundamental para assegurar o acompanhamento do paciente <sup>10</sup>.

Como possibilidades de melhorias na coordenação dos cuidados também foi destacada a importância de aumentar as informações disponíveis sobre a assistência prestada aos usuários. Isto se relacionaria com a disponibilidade de registros médicos, a fim de organizar o referenciamento e auxiliar os setores regulatórios do sistema de saúde <sup>10</sup>.

Estudos evidenciaram que a transferência de informações sobre o cuidado, utilizando tecnologias telecomunicativas, foi imprescindível para melhorar coordenação da atenção às condições crônicas em organizações Norte-Americanas <sup>2, 35, 39</sup>. Corroborando com isto, países como melhores fluxos de informação apresentaram taxas mais altas de integração entre serviços de atenção secundária e terciária, além de ter facilitado a contrarreferência para os serviços de cuidados primários. Por outro lado,

países com deficiência na informatização apresentaram limitações na introdução de cuidados mais coordenados <sup>10</sup>.

Em um relatório internacional sobre revisões sistemáticas de coordenação do cuidado, foram identificados outros mecanismos relacionados a esse atributo como a utilização de equipes multiprofissionais, a gestão de casos, a gestão da doença e a educação profissional <sup>2</sup>.

Diversos estudos evidenciaram que a coordenação, quando desenvolvida por equipes multiprofissionais, apresentou maior eficácia no cuidado às distintas condições crônicas, na redução de hospitalizações evitáveis e de barreiras de acesso aos serviços de saúde <sup>41, 42, 43, 44, 45</sup>.

A gestão de casos pode ser compreendida como uma colaboração no processo de avaliação, planejamento, facilitação e defesa de opções e serviços, para atender às necessidades de saúde dos usuários, designada por um gestor de casos responsável por supervisionar e coordenar o atendimento de pacientes de alto risco com diversas combinações de problemas de saúde e sociais. Já a gestão da doença se refere a intervenções coordenadas e orientadas para o autocuidado e enfatiza a prevenção de complicações, por meio de estratégias de empoderamento, estando, geralmente, orientada para usuários com uma condição específica <sup>2, 46</sup>.

Os estudos que avaliaram a gestão de casos a evidenciaram como importante estratégia de coordenação de cuidados, por ter melhorado os resultados de saúde de pacientes com problemas mentais, insuficiência cardíaca e diabetes. Apesar disso, não houve evidência suficiente para determinar qual a formação ideal para um gestor de caso (enfermeiro, médico, assistente social, etc.), no entanto, a gestão do caso se desenvolve com mais eficácia quando seus gestores são devidamente qualificados e realizam o monitoramento dos usuários com a maior proximidade possível <sup>24, 25, 26</sup>.

Quanto à gestão da doença, estudos apontaram que esse mecanismo foi eficaz na melhoria da adesão ao tratamento. Porém, a heterogeneidade das definições de gestão da doença e da análise limitada de seus componentes específicos tornou difícil interpretar os resultados com relação à eficácia global e seu impacto na coordenação da assistência <sup>25, 37</sup>.

Quanto à educação profissional, nos estudos contemplados em uma revisão sobre coordenação do cuidado, não houve evidências suficientes para determinar a eficácia

deste mecanismo, embora os estudos tenham destacado a importância de incentivar o financiamento para qualificação dos profissionais que dediquem tempo às práticas de coordenação dos cuidados <sup>2</sup>.

Apesar das evidências sobre os diferentes mecanismos de coordenação, os esforços para identificar estratégias mais eficientes de coordenação dos cuidados apresentam limitações, devido à falta de marcos conceituais para orientar a avaliação dos cuidados e intervenções de coordenação, bem como pela incerteza quanto à melhor forma de medir a coordenação <sup>2</sup>.





Autor (es)	Concepções													Componentes					Mecanismos										
	Interação entre prestadores	Superar a fragmentação dos sistemas	Práticas de integração do cuidado	Articulação de intervenções /ações multiprofissionais	Promoção da continuidade assistencial	Otimização do tratamento	Estabelecer comunicação interprofissional	Facilitar a prestação do cuidado entre APS e AE	Potencializar respostas contínuas às necessidades de saúde	Práticas para facilitar o cuidado especializado	Gerenciamento de práticas e fluxos de informação	Comunicação entre profissionais	Planos de cuidado sincronizados	Planejamento da assistência individual	Comunicação	Referenciamento	Monitoramento do usuário	Padronização de condutas	Avaliação das necessidades	Estratificação de risco	Construção de planos assistenciais	Registro de condutas e profissionais de referência	Utilização de protocolos/diretrizes	Construção de sist. de referência e contrarreferência	Troca de informações interprofissional	Trabalho multidisciplinar	Registros eletrônicos/informatizados	Gestão do caso/doença	Gestão compartilhada
Cassady et al. <sup>31</sup>	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-
Kibbe <sup>32</sup>	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-
Lima e Broks <sup>33</sup>	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
Temkin-Greener <sup>23</sup>	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Sofaer et al. <sup>21</sup>	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wrobel et al. <sup>22</sup>	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Henao-Martínez et al. <sup>34</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X
Rundall et al. <sup>39</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
Oliver <sup>35</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-

Autor (es)	Concepções													Componentes					Mecanismos									
	Interação entre prestadores	Superar a fragmentação dos sistemas	Práticas de integração do cuidado	Articulação de intervenções /ações multiprofissionais	Promoção da continuidade assistencial	Otimização do tratamento	Estabelecer comunicação interprofissional	Facilitar a prestação do cuidado entre APS e AE	Potencializar respostas contínuas às necessidades de saúde	Práticas para facilitar o cuidado especializado	Gerenciamento de práticas e fluxos de informação	Comunicação entre profissionais	Planos de cuidado sincronizados	Planejamento da assistência individual	Comunicação	Referenciamento	Monitoramento do usuário	Padronização de condutas	Avaliação das necessidades	Estratificação de risco	Construção de planos assistenciais	Registro de condutas e profissionais de referência	Utilização de protocolos/diretrizes	Construção de sist. de referência e contrarreferência	Troca de informações interprofissional	Trabalho multidisciplinar	Registros eletrônicos/informatizados	Gestão do caso/doença
Mitchell <sup>41</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Harding et al. <sup>42</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Duffy et al. <sup>43</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Dennis <sup>44</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Crawford et al. <sup>45</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
Ziguras e Stuart <sup>24</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Norris et al. <sup>25</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Richards e Coast <sup>26</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Gohler et al. <sup>37</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-

Fonte: literatura revisada.



### 1.3 O cenário brasileiro: a atenção primária como coordenadora do cuidado

O tema coordenação do cuidado ganhou força no Brasil a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e teve como fatores determinantes a preocupação com os problemas de acesso e eficiência dos serviços de saúde, caracterizados pelo crescimento de listas de espera, duplicações de provas diagnósticas e aumento dos custos assistenciais <sup>47, 48</sup>.

Poucas concepções sobre coordenação do cuidado foram encontradas na literatura nacional, tendo em vista a escassez de estudos avaliativos a respeito desse tema tanto no país como na América Latina.

A concepção adotada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro define a coordenação do cuidado como a capacidade de promover a continuidade da atenção, através de equipes de saúde, cujos problemas que exigem monitoramento constante, deveriam ser articulados com os diversos pontos de atenção do sistema <sup>49</sup>. De acordo com Malta e Merhy<sup>50</sup> a coordenação do cuidado se refere ao desenvolvimento de mecanismos que visam criar “pontes” ou pontos de contato, entre serviços e profissionais de saúde.

Para o MS brasileiro a APS deve proceder à elaboração, o acompanhamento e a gestão de projetos terapêuticos, organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção <sup>51</sup>.

A organização da atenção coordenada pela APS, apoia-se na adequação do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento dos desafios colocados pelo novo cenário epidemiológico do Brasil. Diante disso, passaram a ser definidos conjuntos de estratégias a serem adotadas pela APS, a fim de torná-la mais qualificada e resolutiva para o pleno exercício de ordenamento do sistema e coordenação do cuidado <sup>49, 52, 53</sup>.

O papel coordenador da atenção primária à saúde deve ser consolidado em três planos de integração: o funcional, o organizacional e o educacional. O funcional, implica na abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade; a integração organizacional, envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde, em todos os pontos de atenção; a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersetorial, especialmente com os serviços de assistência social; e, por fim, a integração educacional, que visa desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde e dos usuários, através da educação permanente <sup>52, 53, 54</sup>.

Ao sistematizar alguns autores Medina<sup>55</sup> destaca que a integração dos cuidados ainda pode ser considerada sob a perspectiva de diferentes níveis, sendo a integração horizontal, estabelecida entre serviços de um mesmo nível de atenção e, a integração vertical, referente a serviços de níveis de atenção distintos. Ainda de acordo com a autora, a integração do cuidado pode ser classificada em clínica, apoiada sobre a constituição de equipes profissionais; funcional, referente a mecanismos que objetivam facilitar a cooperação entre atores; normativa, que tem como função garantir a harmonia entre o sistema coletivo de representações e as modalidades de organizações de serviços; e sistêmica, que tem como função assegurar a coerência entre o contexto ou o sistema no qual se insere.

A integração e coordenação, tomadas como atributos da abrangência alcançada pela atenção primária, são essenciais para garantia da qualidade e de resultados positivos sobre a saúde da população <sup>56</sup>. Nessa perspectiva, a coordenação dos cuidados é considerada como condição necessária para alcançar um atendimento integral e atender a um conjunto de necessidades da população que exijam a integração entre os níveis do sistema <sup>57</sup>.

Como base na literatura revisada, para este trabalho será adotada a concepção de coordenação do cuidado como um processo que visa integrar ações e serviços de saúde, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, para definir fluxos, para trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BROWN, R.; et al. **Coordinating care for Medicare beneficiaries: early experiences of 15 demonstration programs, their patients, and providers.** 2004.
2. MCDONALD, K.M.; et al. Care Coordination. **In: Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies.** AHRQ Publication n. 4, v.7, p.-0051-7, jun. 2007.
3. REID, R.; et al. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare.** 2002.
4. FEÓ, J.J.O.; CAMPO, J.M.F.; CAMACHO, J.G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? **VerAdmSanit.**, v. 4, n. 2, p. 357-82. 2006.
5. NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit.** v. 20, n. 6, p. 485–95. 2006.
6. GITTELL, J.H. Organizing work to support relational co-ordination. **Int J of Human Resource Management**, v. 11, n. 3, p. 517-39. 2000.
7. WENGER, N.S.; YOUNG, R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. Santa Monica, CA: RAND Health. **Report No.:** RAND report no. WR-176. 2004.
8. CHEN, A.; BROWN, R.; ARCHIBALD, N.; ALIOTTA, S. Fox PD. **Best practices in coordinated care.** 2000.
9. STARFIELD, B. Responsabilidades na atenção primária. **In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
10. HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination.** OECD Health Working Papers, n. 30, OECD Publishing. 2007.
11. TILJACK, H.; HUTTEN, J.; CALNAN, M. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. **In: Atenção primária conduzindo as redes de atenção.** OMS, 2006. 344 p.
12. LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L.V. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial em las organizaciones sanitarias integradas em Cataluña. **Gac Sanit.**,v.21, v.2, p. 114-23. 2007.

13. MARTINEZ, D.H.; NAVARRETE, M.L.V.; LORENZO, I.V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit.** v. 23, n. 4, p. 280–286. 2009.
14. GERVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **Semergen**, v. 31, n. 9, p. :418-23. 2005.
15. BICKELL, N. A.; YOUNG, G.J. Coordination of care for early-stage breast cancer patients. **J Gen Intern Med**, v. 16, n. 11, p. 737-42. 2001.
16. BOLLAND, J.M.; WILSON, J.V. Three faces of integrative coordination: a model of vinter organizational relations in communit y based v health and human services. **Health Serv Res.**, v. 29, n. 3, p. 341-66. 1994.
17. MCGUINNESS, C.; SIBTHORPE, B. Development and initial validation of a measure of coordination of health care. **Int J Qual Health Care**, v.15, n.4, p. 309-18. 2003.
18. KODNER, D.L. The quest for integrated systems of care for frail older persons. **Aging Clin Exp Res**, v. 14, n. 4, p. 307-13.2002.
19. PARKERTON, P.H.; SMITH, D.G.; STRALEY, H.L. Primary care practice coordination versus physician continuity. **Fam Med**, v. 36, n. 1, p. 15-21. 2004.
20. ALLEN, D.; RYAN, K. Prepared by the Care Coordination Work Group of the Massachusetts Consortium for Children with Special Health Care Needs. Care Coordination **IN: Massachusetts Findings & Recommendations of a Three-Year Study.** Jan. 2006.
21. SOFAER, S.; KRELING, B.; CARMEL, M. **Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide de development of measures.** New York: Baruch College School of Public Affairs, Division of Disability, Aging and Long-term Care; 2000.
22. WROBEL, J.S; et al. The relationship between provider coordination and diabetes-related foot outcomes. **Diabetes Care.**2003;26:3042-7.
23. TEMKIN-GREENER, H.; GROSS, D.; KUNITZ, S.J.; MUKAMEL, D. Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. **Med Care**, v. 42, n. 5, p. 472-81. 2004.
24. ZIGURAS, S.J.; STUART, G.W.A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. **Psychiatric Services**, v. 51, n. 11; p.1410-21.2000.

25. NORRIS, S.L.; NICHOLS, P.J; CASPERSEN, C.J.; et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. **Am J Prev Med.**, v. 22, n. 4, p. 15-38. 2002.
26. RICHARDS, S.; COAST, J. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. **J Health Serv Res Policy**, v. 8, n. 3, p. 171-9. 2003.
27. GILBERT, M.; COUNSELL, C.M. Coordinated care for the SCI patient. **SCI Nurs.**, v.12, n. 3, p.87- 9. 1995.
28. FORREST, CB; et al. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.**, v.154, n.5, p.499-506.2000.
29. BOERMA, W.G.W. Coordenação e integração em atenção primária europeia. **In: Atenção primária conduzindo as redes de atenção.** OMS, 344 p., 2006.
30. COOLEY, W.C.; MCALLISTER, J.W.; SHERRIEB, K.; CLARK, R.E. The Medical Home Index: development and validation of a new practice-level measure of implementation of the Medical Home model. **Ambul Pediatr**, v. 3, n.. 4, p. 173- 80. 2003.
31. CASSADY, C.E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.P.; BERK, R.A.; NANDA, J,P,.; Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4. p. 998-1003. 2000.
32. KIBBE, D.C. Physicians, care coordination, and the use of web-based information systems to manage chronic illness across the continuum. **Case Manager**, v. 12, n. 5, p. 6-61. 2001.
33. LIMA, B.R.; BROOKS, M.L. Coordination of services for outpatients under concurrent medical and psychiatric care. **Gen Hosp Psychiatry.**, v. 7, n. 4, p. 330-3. 1985.
34. HENAO-MARTÍNEZ, D. Et al. Integración Asistencial de los Organizaciones em Cataluña, España. **Rev. Salud Pública**, v. 10, n.1, p. 33-48.2008.
35. OLIVER, A. "The Veterans Health Administration: An American Success Story?" **The Milbank Quarterly**, v. 85, n. 1, p. 5 -35. 2007.
36. MACINKO, J. Et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12. 2010.
37. GOHLER, A.; JANUZZI, J.L.; WORRELL, S.S.; Et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. **J Card Fail**, v. 12, n. 7, p. 554-67. 2006.

38. HEALEY, A.N.; UNDRE, S.; VINCENT, C.A. Developing observational measures of performance in surgical teams. **Qual Saf Health Care**, v.1, p. 33-40. 2004.
39. RUNDALL, T.G. et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations, **British Medical Journal**, v. 325, n. 370, p. 958-961. 2002.
40. YOUNG, G. Et al. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. **Health Serv Res**, v. 33, p. 1211-36. 1998.
41. MITCHELL, G.K. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. **Palliat Med**, v. 16, n. 6, p. 457-64. 2002.
42. HARDING, R.; et al. Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic review of the evidence. **Sex Transm Infect**, v. 81, n.1, p. 5-14. 2005.
43. DUFFY, J.R.; HOSKINS, L.M.; CHEN, M.C. Non pharmacological strategies for improving heart failure outcomes in the community: a systematic review. **J Nurs Care Qual**, v. 19, n. 4, p.349-60. 2004.
44. DENNIS, C.L. Preventing postpartum depression part II: A critical review of non biological interventions. **Can J Psychiatry**, v. 49, n. 8, p. 526-38. 2004.
45. CRAWFORD, M.J.; et al. Providing continuity of care for people with severe mental illness- a narrative review. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 39, n. 4. p. 265-72. 2004.
46. PUIG, P.L.; et al. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 34-43. 2009.
47. ALMEIDA, P. F. de. Estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. IN: ALMEIDA, P. F. **Estratégias de coordenação de cuidados: fortalecimentos da Atenção Primária à Saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos**. Escola Nacional de Saúde Pública: ENSP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, RJ, 2010.
48. ALMEIDA, P. F. de,; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.
49. BRASIL. M. S. Contribuições para a construção de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS no SUS. In: **Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no SUS**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2010.

50. MALTA, D. C. ; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação e Saúde**. v. 14, n. 34, p. 53-605, Jul/Set. 2010.
51. BRASIL. M. S. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**.
52. MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. MG: Belo Horizonte. 2005. jun, p.2-29.
53. MENDES, E.V. **A situação das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde**. In: **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. 549 p.
54. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção: reforma organizacional na atenção primária europeia**. 1 ed. 2006. 344 p.
55. MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. Universidade Federal da Bahia: UFBA. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Tese (Doutorado). Salvador, Ba, 2006.
56. SISSON, M.C.; et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.991 1004, 2011.
57. ALMEIDA, P.F. de; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A.; Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

## 2 ARTIGO

### AValiação DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

#### RESUMO

Esse estudo teve como objetivo avaliar a coordenação do cuidado, no âmbito da APS, em um município do Estado da Bahia. Trata-se de um estudo de caso único em duas equipes de Saúde da Família. Os dados primários do estudo foram obtidos mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores, usuários da APS e informações do diário de campo do pesquisador, e os secundários a partir das informações do banco de dados do PMAQ-AB e dos documentos municipais e das equipes de APS. Evidenciou-se que relativamente a coordenação do cuidado não tem sido cumprida no município, destacando-se como principais dificuldades a falta de protocolos assistenciais, a não implementação de sistemas informatizados e de tecnologias de telecomunicação, os problemas de articulação entre os serviços da rede, a desorganização na oferta de exames e consultas, decorrentes de estrangimentos de ordem mesmo e macro do próprio sistema municipal de saúde. Novas pesquisas que investiguem outros casos e os conflitos que se estabelecem entre os níveis assistenciais são de suma importância para orientar práticas assistenciais e de gestão, que possam contribuir para a coordenação do cuidado ao usuário pela APS.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Assistência Integral à Saúde. Coordenação do Cuidado. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

#### EVALUATION OF CARE COORDINATION WITHIN THE PRIMARY HEALTH CARE: A CASE STUDY

#### ABSTRACT

This study aimed to evaluate the coordination of care, in the PHC, in a municipality of the state of Bahia. This is a unique case study in two teams of the Family Health. The primary study data were collected through semi-structured interviews with professionals, managers and users of the PHC and the researcher's field journal, and the secondary sources were the information from the database PMAQ-AB and the municipal documents. It was evident that the coordination of care has not been met by both teams, highlighting the main difficulties the lack of care protocols, non-implementation of computer systems and telecommunication technologies, the problem of coordination between network services and disorganization in offer examinations and consultations, due to constraints of order and even macro municipal health system. Further research to investigate other cases and the conflicts that arise between the levels of care are of paramount importance to guide care and management practices that can contribute to the coordination of care to the user by PHC.

**Keywords:** Health Evaluation. Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Coordination of care. Non-communicable Chronic Disease.



## INTRODUÇÃO

A crescente prevalência das condições crônicas no cenário epidemiológico do Brasil tem exigido transformações na organização dos serviços de saúde. A busca por meios que possam promover melhorias na integração destes serviços tornou-se uma realidade mais que necessária, inclusive no âmbito da APS<sup>1,2</sup>.

Com as modificações relacionadas ao aumento da expectativa de vida, dos novos padrões de consumo e de modos de viver, o aumento na carga de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) tem sido um importante desafio para os sistemas municipais de saúde, tendo em vista que sua prevalência vem crescendo em velocidade significativa, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil. Isto tem conferido grandes impactos sobre a qualidade de vida da população e sobre o orçamento dos sistemas de saúde<sup>2,3,4,5,6</sup>.

A atenção às condições crônicas exige melhorias na prestação do cuidado relativas ao acesso, à qualidade e à continuidade da atenção, mediante a integração de serviços entre os diferentes níveis do sistema<sup>1,2</sup>. Isto contribuiria para uma atenção menos onerosa, de melhor qualidade e com maior especificidade para responder às necessidades dos doentes crônicos<sup>6</sup>.

Nesse sentido, estudos ressaltam que as ações de coordenação do cuidado possibilitariam melhorias na continuidade e na integralidade da atenção, na medida em que reduziriam barreiras de acesso aos distintos serviços de saúde, articulando-os em tempo e local oportunos<sup>7,8</sup>.

No âmbito da APS, faz-se necessário que o cuidado às condições crônicas esteja orientado por práticas de coordenação, com vistas a integrar os níveis assistenciais, facilitando assim, o ordenamento de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações. Esse fato coloca a APS em um cenário de constantes conflitos de responsabilidades, para ordenar e reordenar serviços de saúde e garantir cuidados mais sincronizados<sup>8,9,10,11,12</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm destacado a importância de garantir a integralidade e a continuidade na atenção aos doentes crônicos, cujo *locus* da atenção deve priorizar as ações no âmbito dos cuidados primários, com apoio dos serviços de atenção secundária e terciária inseridos em uma rede de atenção<sup>13,14,15</sup>.

Os recentes movimentos de reforma nos sistemas de saúde dos últimos 20 anos, têm apontado a necessidade da APS se constituir como ordenadora do sistema de saúde. No Brasil, a reforma organizacional ganhou maior força a partir da década de 90, quando se formulou uma política com abrangência nacional, na qual, a APS assumiu papel crucial na reorganização do modelo de atenção à saúde, com ênfase para os sistemas municipais<sup>16, 17, 18</sup>. No entanto, a velocidade com que o atual cenário epidemiológico brasileiro tem se transformado, dificulta a garantia de uma atenção integral e coordenada pela APS em sistemas municipais de saúde<sup>1</sup>.

Estudos evidenciaram que os sistemas de saúde não se encontram preparados para as novas demandas do adoecimento crônico, contribuindo assim, para respostas de baixo impacto frente às novas necessidades de atenção às DCNT<sup>19, 20</sup>.

O modelo de atenção calcado na fragmentação se configura como uma realidade persistente, caracterizado pelo atenção desarticulada e com deficiências comunicacionais entre os serviços, justificando, assim, iniciativas para o desenvolvimento de ações de coordenação que facilitem a integração assistencial<sup>12, 15, 19, 20, 22</sup>. Para alguns autores, a fragmentação assistencial tem sido responsável por induzir barreiras de acesso a serviços fundamentais, como os ambulatoriais especializados e os serviços de apoio ao diagnóstico<sup>12, 22, 23</sup>.

De um lado, autores ressaltam que a falta de coordenação pode contribuir para erros de diagnóstico e de tratamento, aumentando os custos para o sistema e a utilização indevida de recursos<sup>23</sup>. Do outro, afirmam que na existência do cuidado fragmentado, a eficiência da atenção é comprometida com constituição de longas filas de espera, duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações desnecessárias<sup>1, 24</sup>.

Pesquisas e documentos técnicos destacaram a magnitude de problemas relacionados à coordenação do cuidado no âmbito da APS, evidenciados diante das fragilidades no ordenamento e na definição de fluxos assistenciais para atenção hospitalar, de urgência e ambulatorial especializada<sup>11, 25, 26</sup>.

No âmbito internacional, estudos apontaram importantes problemas de coordenação entre níveis assistenciais. Isto tem colaborado para duplicação de provas diagnósticas, utilização inadequada dos serviços de urgência, descontinuidade na atenção de usuários hospitalizados e diminuição na qualidade da atenção prestada, com longo tempo de espera para consulta com especialistas<sup>20, 27, 28</sup>.

Nos municípios brasileiros, pesquisas demonstraram numerosos problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema e sua capacidade de ofertar uma atenção integral e coordenada. São frágeis os mecanismos de referência e contrarreferência, há desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades para registro de dados clínicos, repercutindo em barreiras de acesso aos serviços especializados<sup>1,29, 30,31</sup>.

Por outro lado, estudos evidenciaram associação positiva entre coordenação e continuidade do cuidado, melhor qualidade, maior eficiência e menores custos na atenção<sup>32,33</sup>.

De acordo com Almeida et al.<sup>34</sup>, na América Latina, as reformas centradas na coordenação do cuidado ainda são incipientes, contribuindo para um número limitado de estudos que tratam deste tema na região. Nestas circunstâncias, apesar da APS ser colocada no Brasil como coordenadora do cuidado na rede de atenção, esse atributo se configura como um desafio permanente para as equipes<sup>1, 6, 25, 34, 35</sup>. Isto justifica a realização de um maior número de pesquisas que possam contribuir para a compreensão das barreiras que dificultam esse processo, permitindo assim, repensar melhorias e práticas de gestão que contribuam para construir a viabilidade de uma atenção mais contínua, integrada e com melhor qualidade.

Desse modo, considerando as questões colocadas, cabe perguntar: a APS tem cumprido a sua função de coordenadora do cuidado em sistemas municipais de saúde? Quais os principais obstáculos das equipes para cumprir a função de coordenadora do cuidado na APS?

O presente estudo teve como objetivos avaliar a coordenação do cuidado no âmbito APS em um município localizado na região Norte do Estado da Bahia e identificar as principais dificuldades para as equipes de cuidados primários cumprirem essa função.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso único<sup>36</sup> com dois níveis de análise, desenvolvido em um município do Estado da Bahia.

Com base no referencial teórico adotado a coordenação do cuidado foi considerada como um processo que visa integrar ações e serviços de saúde, em que

distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, para definir fluxos, para trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

Na avaliação da coordenação do cuidado foram definidas como condições traçadoras a hipertensão e o diabetes, considerando as seguintes justificativas: (a) alta prevalência; (b) amplo conhecimento epidemiológico; (c) existência de consensos sobre a atenção profissional; (d) longo tempo de inserção na agenda das políticas nacionais de prevenção, tratamento e controle, implementadas no âmbito da APS; e (e) maior probabilidade de encontrar usuários elegíveis para o estudo.

Foi elaborada uma imagem-objetivo (Figura 1) correspondente à coordenação do cuidado tanto no plano horizontal quanto vertical da assistência, a partir do referencial teórico adotado e dos documentos oficiais que normatizam a atenção às condições traçadoras<sup>37, 38, 39, 40</sup>.

De acordo com a imagem-objetivo a coordenação do cuidado pela APS se iniciaria através do planejamento da assistência individual. Isso corresponderia à organização da atenção, por meio da avaliação das necessidades do usuário pela equipe multiprofissional; da construção de planos terapêuticos compartilhados; da identificação de participantes-chave na assistência e da divisão de responsabilidades entre profissionais e serviços de saúde<sup>26, 41</sup>.

Em seguida, as práticas de coordenação do cuidado procederiam por meio do registro regular da assistência e da utilização de ferramentas padronizadas (protocolos e/ou diretrizes terapêuticas), com vistas a facilitar a tomada de decisão terapêutica e a definição de fluxos assistenciais entre os distintos serviços da rede de atenção<sup>26, 41</sup>.

A partir do fluxo assistencial definido ocorreria o encaminhamento do usuário seja de forma horizontal ou vertical para serviços e/ou profissionais de referência. Esse encaminhamento estaria condicionado à utilização de instrumentos específicos que auxiliariam tanto a integração de fluxos assistenciais quanto a comunicação entre profissionais e serviços de saúde<sup>21, 42, 43</sup>.

Especificamente nos encaminhamentos para a atenção terciária, poderiam existir possibilidades de fluxos realizados diretamente a partir do nível dos cuidados primários ou mesmo a partir da atenção especializada. Reitera-se que estes encaminhamentos seriam intermediados por atores responsáveis pela regulação da oferta e da demanda de serviços do nível terciário, com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde, em tempo e local oportunos.

Na imagem-objeto, considerou-se ainda, a importância do processo de referenciamento estar pautado na prática regular da contrarreferência pelos profissionais de todos os níveis de atenção.

Quanto à comunicação, tanto os profissionais da APS quanto aqueles lotados nos níveis secundário e terciário, deveriam estabelecer estratégias de comunicação para troca de informações no que tange a dados clínicos, assistenciais, recursos, dentre outros, a partir de mecanismos e fluxos de comunicação institucionalizados durante o referenciamento ou durante o contrarreferenciamento<sup>26, 41</sup>.

Por fim, o monitoramento de usuário seria um componente fundamental da coordenação do cuidado. Esse componente se concretizaria mediante a utilização de instrumentos e estratégias para acompanhar os usuários tanto nos encaminhamentos quanto após contrarreferência para a unidade de atenção primária. Durante esse monitoramento também seria necessária a comunicação entre profissionais e serviços.

### **Seleção e características do caso**

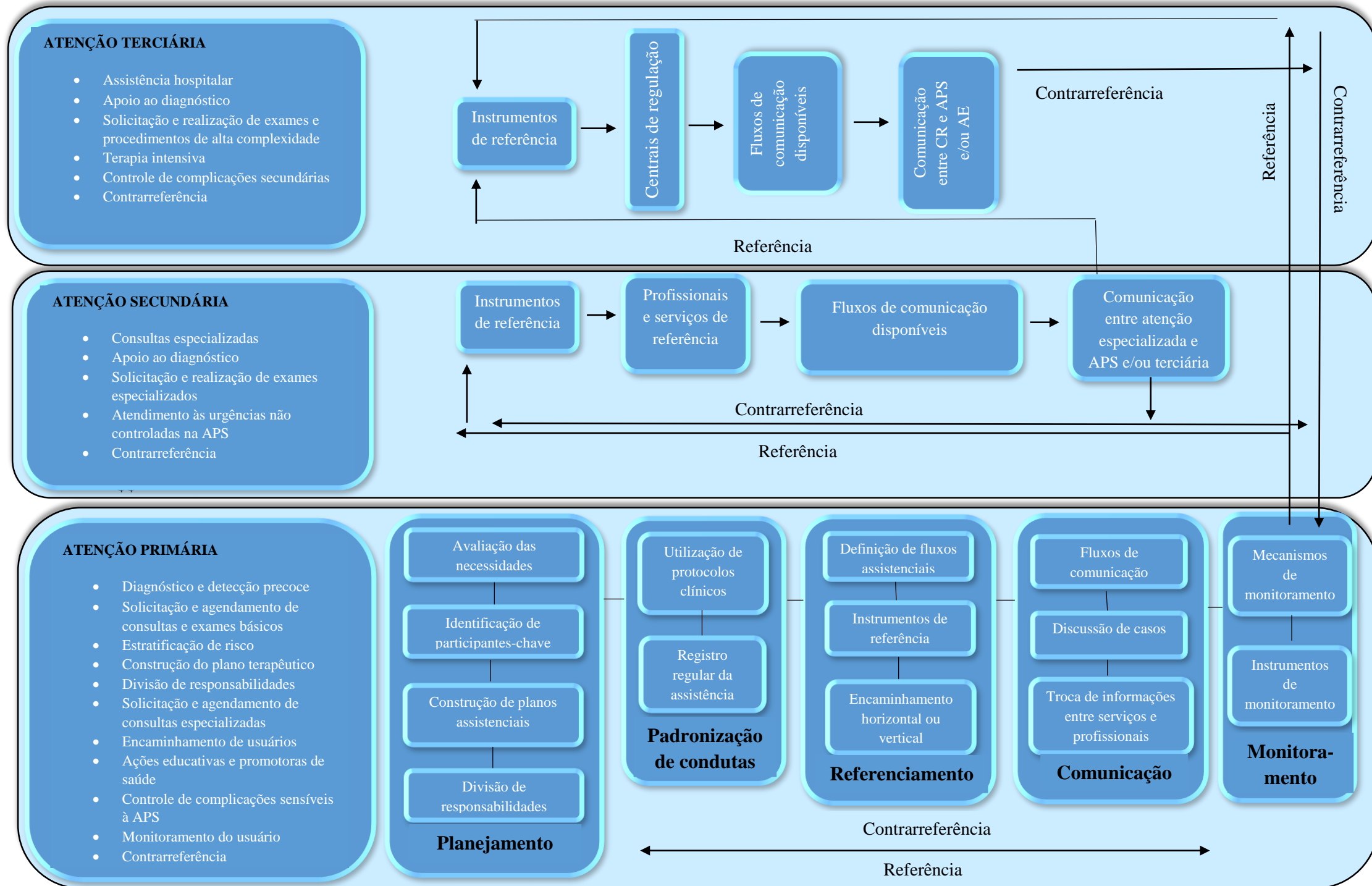
A seleção do caso atendeu aos seguintes critérios: (a) ser um município de médio porte; (b) estar em gestão plena do sistema de saúde; (c) apresentar continuidade administrativa político-partidária; (d) possuir alta cobertura de Saúde da Família; e (e) alto percentual de adesão das equipes de Saúde da Família ao PMAQ-AB.

O caso selecionado para esta pesquisa foi um município de referência macrorregional da região Norte do Estado, com população estimada de quase 200 mil habitantes, localizado a 515 km da capital baiana, com extensão territorial de 6.500 km<sup>2</sup>, densidade populacional de 34,45 (hab/km<sup>2</sup>) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,7<sup>44, 45, 46, 47</sup>.

Para aprofundar a análise sobre a coordenação do cuidado foram selecionadas duas equipes de Saúde da Família do município com diferentes resultados de desempenho

(equipe A, "exitosa" e equipe B, "não exitosa"), considerando-se critérios relativos à coordenação do cuidado presentes no banco de dados do PMAQ (Apêndice B).

**Figura 1** – Imagem-objetivo para avaliação da coordenação do cuidado de usuários hipertensos e diabéticos



### **Produção dos dados**

A coleta dos dados foi realizada em outubro de 2013 mediante as seguintes fontes de evidência: (a) o banco de dados do PMAQ-AB; (b) documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das equipes de APS; (c) entrevistas com gestores da APS, (d) entrevistas com profissionais e usuários adscritos a equipes de Saúde da Família (SF) e (e) informações registradas no diário de campo do pesquisador.

Com relação aos dados do PMAQ foram utilizadas informações sobre organização das agendas, agendamentos de consultas na unidade de saúde, agendamento de consultas especializadas, utilização de protocolos, exames solicitados pela equipe, ordenamento e definição de fluxos, além de informações específicas sobre a atenção ao portador de hipertensão e diabetes (Apêndice B).

Quanto aos documentos utilizou-se agendas/livros-ata, fichas de referência e contrarreferência, fichas de solicitação de procedimentos, prontuários e fichas de cadastro e acompanhamento do Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), protocolos de acesso a exames e procedimentos de média e alta complexidade, protocolos de cardiologia da central de regulação municipal, o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências da Microrregião e o Guia de Referência da Rede de Atenção Interestadual.

No que concerne aos gestores foram incluídos nas entrevistas dois apoiadores de distrito e um Diretor de Atenção Básica, por já terem atuado no processo assistencial das respectivas equipes e por se tratarem de informantes-chave com um amplo conhecimento sobre o processo de trabalho das equipes selecionadas.

Para a entrevista com os profissionais foram pré-selecionadas oito equipes com base no desempenho do PMAQ-AB e, em seguida, a seleção foi refinada para a escolha de duas equipes com base na discussão com profissionais da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e da Atenção Básica, considerando-se como critérios adicionais a localização das equipes e o tempo de permanência dos profissionais.

Sobre os profissionais da APS foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: (a) aqueles mais envolvidos nas atividades de coordenação do cuidado; (b) que agregassem maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, e (c) atuantes no município ou equipe há, pelo menos, um ano. Assim, foram realizadas quatro entrevistas com médicos e enfermeiros, sendo dois profissionais atuantes na equipe A e dois na equipe B.



Para seleção dos usuários considerou-se como critérios de inclusão aqueles cadastrados regularmente e adscritos às respectivas equipes; portadores de hipertensão e/ou diabetes; com histórico de frequência regular ao serviço de APS; com boa adesão ao tratamento; que necessitaram de encaminhamento para consultas especializadas, no âmbito da APS ou atenção secundária; ou que necessitaram de agendamento de exames de média e/ou alta complexidade; ou de encaminhamento para serviços de urgência, emergência e/ou hospitalares. Esses usuários foram selecionados a partir de informantes-chave, a exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde e profissionais envolvidos na marcação dos exames e consultas na unidade.

A amostra de usuários desse estudo foi condicionada ao grau de saturação das informações obtidas nas entrevistas, totalizando 11 usuários, sendo seis pertencentes à equipe A e cinco à equipe B.

Para coleta de informações dos documentos e fontes de dados primárias foram construídos roteiros semiestruturados (Apêndices D, E e F). A coleta dos dados primários foi precedida de um estudo piloto em uma equipe de APS do município de Salvador-Ba no mês de setembro de 2013.

### **Modelo e categorias de análise**

A imagem-objetivo serviu de referência para análise comparativa das semelhanças e divergências entre as equipes, de modo a identificar, em que medida, os critérios da coordenação do cuidado tem sido cumpridos (ou não) e quais apresentaram maior dificuldade de operacionalização entre ambas. Nela, encontram-se sistematizadas as atribuições de cada nível de atenção, bem como os componentes e processos envolvidos na operacionalização do atributo da coordenação do cuidado.

As categorias de análise adotadas nesse estudo foram: (a) Planejamento da Assistência Individual, (b) Padronização de Condutas, (c) Referenciamento, (d) Comunicação e (e) Monitoramento de usuários.

Escolheu-se a técnica de análise de conteúdo para os dados primários, obedecendo às três etapas propostas por Minayo<sup>48</sup>: a primeira correspondeu à leitura flutuante das respostas e sistematização das ideias iniciais (pré-análise), a segunda consistiu na exploração do material para codificação das questões conforme as categorias e critérios de análise e a terceira correspondeu ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Todas as informações foram processadas com o auxílio do programa NVIVO (versão 10.0) e analisadas mediante os critérios agrupados por categorias (Apêndice A e B).

Na análise do cumprimento de cada critério da coordenação do cuidado foi realizado um cotejamento entre os excertos e as distintas fontes de evidência, com vistas à construção de argumentos para atribuição de uma pontuação, que variou de zero (não cumprimento) a três cruces (cumprimento pleno do critério) (Apêndice C). Atribuiu-se pontuação tanto em relação ao cumprimento de cada critério quanto para as dimensões de análise (categorias do estudo).

### **Aspectos éticos**

Essa pesquisa foi autorizada pela gestão da SMS mediante assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G) e o projeto dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e aprovado sob parecer nº 391.647/2013.

## **RESULTADOS**

O município estudado tinha, em outubro de 2013, 54 equipes de APS implantadas, com estimativa de cobertura populacional de 93% da Estratégia Saúde da Família (ESF). A rede de serviços de urgência e emergência estava distribuída em uma unidade de suporte avançado, duas unidades de suporte básico e uma central de regulação. A rede hospitalar era composta de cinco hospitais de referência, segundo as diversas especialidades <sup>46</sup>. No período da avaliação externa do PMAQ-AB, 45 equipes de APS (78%) aderiram ao processo de avaliação externa.

Quanto às características políticas, o município encontrava-se em gestão plena do sistema municipal, com continuidade administrativa político-partidária e manutenção da gestão da SMS <sup>44, 45, 46</sup>.

Sobre as características epidemiológicas, destacaram-se como principais causas de mortalidade geral por local de residência, em 2011, as mortes por sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; as causas externas de morbimortalidade e as mortes por doenças do aparelho circulatório, respectivamente. Como principais causas de morbidade hospitalar por local de residência, de janeiro a

dezembro de 2013, predominaram a gravidez, o parto e o puerpério; as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho digestório, respectivamente<sup>49</sup>.

A Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco<sup>46</sup>, criada através de parcerias entre os estados da Bahia e Pernambuco, tem como proposta a reorganização das ações e serviços de média e alta complexidade, entre o município caso e outro município de médio porte localizado no Estado de Pernambuco. A rede tem como objetivo complementar os cuidados primários e trata-se da primeira experiência brasileira envolvendo a regulação interestadual de leitos hospitalares.

### **Coordenação do cuidado nas equipes de Saúde da Família**

As equipes selecionadas para essa pesquisa foram equipes completas, uma localizada próxima à zona urbana (equipe A) e outra na periferia da cidade (equipe B).

Quanto ao cronograma de marcação das consultas, a equipe A mantinha uma agenda com turnos e horários engessados para grupos específicos (diabéticos, hipertensos, pré-natal, etc), ao passo que a equipe B mantinha seu cronograma flexível, cuja agenda se encontrava aberta para diversos grupos simultaneamente durante a semana, com a possibilidade dos usuários escolherem o dia e o turno de marcação da consulta.

Pôde-se evidenciar que o atributo da coordenação do cuidado não foi bem operacionalizado no município, tendo em vista que 14, dos 22 critérios analisados, não foram cumpridos; quatro, foram cumpridos parcialmente; e apenas quatro, foram cumprimentos plenamente por ambas as equipes (Quadro 2).

Dentre os critérios não cumpridos, destacaram-se, principalmente, aqueles relativos às categorias padronização de condutas e comunicação. Já os critérios cumpridos parcialmente corresponderam às dimensões planejamento da assistência individual, referenciamento e monitoramento dos usuários. Destaca-se que alguns dos critérios cumpridos plenamente estiveram restritos à existência de instrumentos não informatizados para o encaminhamento, para troca de informações e para o monitoramento de usuários, além da existência de registro dos encaminhamentos realizados. Reitera-se que ambas as equipes não apresentaram grandes diferenças na maioria dos critérios avaliados, exceto em relação aqueles relativos ao planejamento da assistência individual.

### **Planejamento da assistência individual**

No que concerne ao planejamento da assistência individual do usuário, as principais diferenças entre as equipes estiveram relacionadas à inexistência da construção de planos terapêuticos compartilhados. Ambas não possuíam critérios ou instrumentos para estratificar riscos e definir com mais segurança, os fluxos e os pacientes prioritários tanto para o agendamento de consultas na unidade quanto para o encaminhamento a profissionais e serviços de referência.

Sobre o processo de agendamento de exames e consultas especializadas houve concordância entre os profissionais de ambas as equipes, usuários e gestores da APS. Nesse sentido, há similaridade no fluxo das consultas e exames especializados a partir de cotas distribuídas por distrito e por equipe de APS, coordenada por uma central de marcação municipal. Todas as marcações são descentralizadas e realizadas na própria unidade de saúde, via sistema integrado com a central.

**Quadro 2** – Análise comparativa da coordenação do cuidado entre duas equipes de Saúde da Família no município caso, 2014.

<b>Categorias e critérios correspondentes</b>	<b>Equipe A</b>	<b>Equipe B</b>
<b>I Planejamento da assistência individual</b>	-	++
1. Construção de planos terapêuticos individuais compartilhados entre profissionais da equipe	-	+++
2. Planejamento da assistência com base em estratificação de riscos	-	-
3. Solicitação e Agendamento de exames e consultas básicos	++	+++
4. Solicitação e Agendamento de exames e consultas especializadas	++	++
5. Existência de listas e contatos de profissionais e serviços de referência	-	-
6. Identificação e articulação com profissionais de outros níveis na construção do projeto terapêutico	-	-
<b>II Padronização de condutas</b>	-	-
1. Existência de protocolos e diretrizes terapêuticas	-	-
2. Utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas	-	-
3. Registro regular da assistência prestada	++	++
<b>III Referenciamento</b>	-	++
1. Critérios de encaminhamento utilizados pela equipe condizentes com os documentos normativos	++	++
2. Existência de instrumentos para referenciar e contrarreferenciar usuários	+++	+++
3. Existência de referências e fluxos definidos para as hipertensão e diabetes	-	-
4. Existência de contato com central de regulação no processo de encaminhamento (quando necessário)	-	+++
5. Existência de listas/guias com contatos e dados dos profissionais e serviços de referência da rede	-	-
<b>IV Comunicação</b>	-	-

1. Existência de tecnologias telecomunicativas para troca de informações	-	-
2. Fluxos e canais de comunicação institucionalizados para troca de informações entre profissionais e serviços	-	-
3. Existência de instrumentos não informatizados para trocar informações	+++	+++
4. Existência de troca de informações regular entre profissionais da APS e outros níveis de atenção	-	-
5. Existência de discussão de casos regular entre profissionais das equipes de APS	-	-
6. Existência de discussão de casos regular entre as equipes de APS e outros níveis de atenção	-	-
<b>V Monitoramento de usuários</b>	++	++
1. Existência de registro regular dos encaminhamentos realizados	+++	+++
2. Existência de instrumentos para o monitoramento do usuário	+++	+++

**Legenda:** Cumprido plenamente (+++); Cumprido parcialmente (++); Não cumprido (-)

Existiram discordâncias entre profissionais e gestores no quesito organização das agendas de marcação e existência de demanda reprimida para o acesso a consultas especializadas. Esse fato demonstrou certa fragilidade na comunicação entre profissionais e gestores, bem como a não institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação regular dos serviços de APS.

Foram apontados importantes dificultadores no processo de agendamento tanto dos exames quanto das consultas. Dentre eles, podemos citar as solicitações concomitantes de exames e consultas por outros serviços, também localizados no âmbito da APS; a insuficiência na quantidade das cotas distribuídas pelo município; a demanda significativa de usuários; e a desorganização da oferta, relativa à inexistência de cronogramas pré-estabelecidos sobre a distribuição quantitativa de consultas e exames especializados para cada equipe de APS.

Mesmo com a descentralização no processo das marcações, a desorganização da oferta repercute em uma flutuação mensal das cotas, de modo que não se estabelece uma regularidade na sua distribuição e interfere no planejamento das equipes, já que os profissionais não possuem uma previsibilidade do número de encaminhamentos que poderão ser realizados no próximo mês.

O desconhecimento dos profissionais sobre os critérios para distribuição quantitativa das consultas e exames especializados no município também foi apontado. Evidenciou-se que são realizados cálculos estimativos orientados por parâmetros assistenciais e pelo número de usuários adscritos às equipes de APS. No entanto, o gerenciamento das cotas pela central de marcação não se baseia explicitamente em critérios epidemiológicos, de necessidades e de estratificação de risco, bem como não são discutidos e compartilhados com os profissionais da APS. É possível que esse fato contribua para distribuição não equitativa das cotas entre os distritos e as equipes, além de, certamente, criar barreiras de acesso para o encaminhamento dos usuários tanto à atenção especializada quanto aos serviços de apoio ao diagnóstico.

Houve concordância entre profissionais e gestores sobre a insuficiência nas cotas das consultas, exames especializados e demanda considerável de usuários. Porém, nos chamou à atenção que o perfil e a competência técnica do profissional de APS foram apontados, pela gestão, como um possível “indutor” demasiado dos encaminhamentos, dificultando assim, o planejamento e a otimização na distribuição das respectivas cotas no município.

Quando analisado o processo de identificação dos participantes-chaves no cuidado pelas equipes, nenhum dos profissionais referiu a existência de listas e/ou guias com contatos e dados dos profissionais e serviços de referência da rede. No entanto, o município atualmente dispõe de um Guia de Referência com a organização dos dados relativos a todos os serviços da rede interestadual de saúde, demonstrando, que apesar da existência desta ferramenta para auxiliar o planejamento da assistência, os profissionais não a conhecem e/ou utilizam. É provável que isso implique diretamente sobre a capacidade das equipes identificarem profissionais-chave no cuidado, dificultando não somente a construção do plano de cuidados, mas inclusive a divisão e o compartilhamento de responsabilidades entre os distintos profissionais e serviços da rede.

### **Padronização de condutas**

Os únicos instrumentos identificados nas unidades de saúde para o registro regular da assistência foram o “livro-ata”, utilizado apenas pelos enfermeiros, e os prontuários, utilizados por pelo médico e enfermeiro. Entretanto, não foi observada a existência de registros informatizados nas equipes pesquisadas.

Observou-se um significativo descuido em ambas as equipes com os prontuários da unidade. Foram frequentes problemas relacionados à despadronização dos registros; à inexistência de numeração nas folhas e, em alguns deles, de carimbo e identificação do profissional responsável pelo registro; à ilegibilidade; ao imprevisto das folhas utilizadas para o registro da assistência (folhas de cadernos, rascunhos, etc); e à conservação do próprio prontuário, já que várias folhas estavam danificadas e sem ordem cronológica.

Foi unanimidade entre profissionais e gestores, a inexistência de protocolos clínicos no município que orientem a definição de fluxos para hipertensos e diabéticos. Há menção a protocolos específicos para os profissionais de enfermagem que estão, reconhecidamente, desatualizados e cuja utilização não foi referida por nenhuma das equipes. Apenas um dos profissionais da equipe B referiu a utilização de protocolos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS).

Ressalta-se a recente contratação de um profissional pela gestão municipal, para desenvolver protocolos clínicos cujo foco está orientado para pacientes hipertensos e diabéticos.



## **Referenciamento**

Houve unanimidade entre profissionais, usuários e gestores da APS sobre o processo de encaminhamento para atenção especializada em ambas as equipes. Esse processo se dá mediante a solicitação do procedimento e/ou consulta pelo médico da APS, na qual, é preenchida a ficha de referência e anexados relatórios ou guias de solicitação de procedimentos.

Já nos encaminhamentos para os serviços de emergência, identificou-se que ambas as equipes não são reconhecidas como porta de entrada, pelo pouco contato dos profissionais da APS com profissionais dos serviços de emergência, tendo em vista que os próprios usuários ratificaram a procura desses últimos por conta própria. Ademais, não foram observadas situações que caracterizassem o referenciamento horizontal em nenhuma das entrevistas.

Entre as equipes de APS e o serviço de regulação municipal há pouca comunicação. Percebeu-se que não há uma compreensão ampliada dos profissionais sobre a importância de estreitar a comunicação direta com CR, a fim de garantir o encaminhamento em tempo e local oportunos, inclusive nas situações de urgência. Apenas um profissional da equipe B referiu algum tipo de comunicação direta com CR e a participação dos apoiadores de distrito na intermediação de contatos e informações entre as equipes de APS e os demais serviços da rede.

As circunstâncias mais comuns dos encaminhamentos estão relacionadas à necessidade de confirmações diagnósticas com o especialista, ao acompanhamento de rotina, mediante realização de exames complementares de média e alta complexidade, à ocorrência de descompensações dos níveis glicêmicos e/ou pressóricos, sendo, este último, unanimidade entre profissionais e gestores.

Os principais instrumentos utilizados para o encaminhamento de pacientes a outros serviços foram a ficha de solicitação de procedimentos, a ficha de referência e contrarreferência e o relatório médico. No entanto, em ambas as equipes, evidenciou-se a desmotivação no preenchimento da ficha de referência, tendo em vista que o processo de contrarreferência é pouco comum no município tanto pela atenção secundária quanto pela terciária. Certamente, isso tem influenciado negativamente o empenho dos profissionais das unidades de saúde quanto ao preenchimento de informações

imprescindíveis à comunicação entre a equipe de APS e os serviços de atenção secundária e terciária da rede.

Problemas relacionados à contrarreferência foram apontados como rotineiros no município por ambas as equipes, sendo um obstáculo para conferir concretude ao processo de referenciamento, já que prejudica a comunicação interprofissional e o monitoramento do usuário durante os encaminhamentos realizados.

Dentre os fatores que certamente contribuem para os problemas persistentes na contrarreferência, os profissionais e os gestores apontaram fragilidades na articulação da própria rede, pela ausência de tecnologias telecomunicativas, que pudessem facilitar a comunicação entre os profissionais e os serviços, a falta de conscientização, hábito e de empenho dos profissionais.

Quanto aos documentos para orientar a definição dos fluxos assistenciais foram identificados o protocolo (improvisado) de acesso à exames e procedimentos de média complexidade, o protocolo de cardiologia e o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências (ambos restritos ao uso da CR) e um Guia de Referência da Rede de Atenção Interestadual. Reitera-se que nenhum desses instrumentos foram referidos e/ou identificados nas equipes pesquisadas.

Os obstáculos para o referenciamento dos usuários estiveram relacionados à ausência de protocolos e diretrizes clínicas; a ausência de tecnologias telecomunicativas que auxilie na superação das fragilidades da comunicação entre profissionais da APS e demais profissionais de outros pontos de atenção; a desorganização da oferta e a insuficiência de consultas e exames.

### **Comunicação**

Ambas as equipes enfrentam importantes problemas de comunicação tanto horizontal quanto vertical. Evidenciou-se que não existem discussões de caso como um meio para viabilizar a troca de informações entre profissionais da APS e entre estes e a atenção secundária e terciária.

As explicações para a fragmentação na comunicação, sobretudo vertical, tem sido determinada pelo desconhecimento do profissionais da APS sobre os especialistas da rede; pela inexistência de registro informatizados e integrados entres os distintos serviços; pela não adesão e falta de empenho profissional, em algumas entrevistas, justificada pela falta de tempo ou mesmo, pela não institucionalização desse processo no sistema

municipal de saúde.

Apesar das dificuldades relatadas gestores mencionaram uma iniciativa pontual do sistema municipal de saúde, com vistas à capacitação dos profissionais da APS e atenção secundária para estreitar a comunicação entre ambos os níveis, através do projeto “Gestão da Clínica no Território”, realizado concomitantemente em parceria com os municípios de Belo Horizonte-MG e Campinas-SP. No entanto, a característica pontual da iniciativa não garantiu a continuidade da articulação pretendida para institucionalizar a comunicação entre profissionais e serviços.

Vale destacar que houve uma importante discordância entre gestores e profissionais sobre a comunicação interprofissional, já que os primeiros afirmaram a existência de discussões de caso e reuniões de distrito como um veículo de comunicação, no entanto, isto não ficou evidente nas entrevistas com os profissionais. Certamente, o fato ratifica o distanciamento entre as próprias equipes e entre estas e seus respectivos apoiadores de distrito.

Chamou à atenção o fato do PMAQ-AB ter sido apontado como um indutor de mudanças positivas no processo de comunicação das equipes, já que na percepção dos gestores, isso tem incentivado a ocorrência de discussões para o monitoramento dos indicadores e resultados pactuados com o programa, embora isso também não tenha sido relatado pelos profissionais de ambas as equipes.

Os principais instrumentos e meios identificados para viabilizar a comunicação se restringem à ficha de referência e contrarreferência ou contato telefônico. Vale destacar que a utilização da ficha de referência e contrarreferência não tem logrado êxito no município, tendo em vista a prática pouco frequente da contrarreferência.

Sobre o contato telefônico, apenas os gestores fizeram referência a esse meio para estabelecer comunicações. Todavia, diante da observação infraestrutural das unidades de saúde pesquisadas não foi evidenciada a existência de um aparelho telefônico específico para uso dos profissionais das unidades. Há que se destacar ainda, que mesmo diante da possibilidade de uma comunicação por telefone, os profissionais não demonstraram conhecimento ou apresentaram qualquer instrumento com os contatos dos profissionais e serviços de referência da rede.

### **Monitoramento do usuário**

Evidenciou-se que o monitoramento do usuário é um ponto bastante difícil para

as equipes operacionalizarem, tanto durante o referenciamento quanto após a contrarreferência. Quando há necessidade de um monitoramento mais intensivo dos usuários, gestores e profissionais apontaram a realização de visitas domiciliares ou agendamento de consultas de rotina na unidade de saúde.

A maioria dos usuários encaminhados realizados não são monitorados em tempo oportuno, devido a inexistência de tecnologias telecomunicativas nas unidades pesquisadas, a exemplo do prontuário eletrônico, que permitam uma melhor integração das informações em um único banco. Outra questão diz respeito às fragilidades na contrarreferência dificultarem o retorno de informações imprescindíveis para o monitoramento e readequação do plano terapêutico pela equipe de APS, de modo que a equipe se torna refém das visitas domiciliares ou retorno do paciente à consulta na unidade, por demanda espontânea.

Observou-se que boa parte dos profissionais apresentou dificuldade para descrever os meios de monitoramento dos usuários e não souberam apontar instrumentos existentes na equipe. No entanto, a partir da análise documental foram identificados instrumentos de monitoramento dos usuários similares em alguns aspectos e divergentes em outros, entre as equipes. Nos aspectos similares identificaram-se livros-ata e listas com registros dos encaminhamentos e fichas individuais de acompanhamento de hipertensos e diabéticos do MS. Nos aspectos divergentes, a equipe A possuiu, além dos anteriores, a ficha de cadastro do HIPERDIA e uma ficha de acompanhamento individual, elaborada para utilização específica pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Apesar da fragilidade no monitoramento do usuário, ambas as equipes apontaram os ACS como importantes atores deste processo, já que eles exercem o papel de integrar informações relativas aos usuários às equipes de APS, seja por meio das visitas seja por meio da busca ativa dos faltosos.

## **DISCUSSÃO**

A coordenação do cuidado é colocada como atributo essencial para a organização dos serviços, na perspectiva de redes centradas na atenção primária<sup>24, 50, 51</sup>. Ações pautadas na coordenação do cuidado facilitariam a prestação da atenção de forma mais integrada, racional e qualificada<sup>41, 52</sup>.

Embora o ato de coordenar o cuidado tenha sido objeto cada vez mais frequente de pesquisas avaliativas, estudos no âmbito internacional e nacional evidenciaram a persistência de uma série de dificuldades para sua operacionalização<sup>20, 27, 28, 29, 30, 31</sup>.

No Brasil, pesquisas recentes demonstraram que o atributo da coordenação do cuidado não tem sido cumprido em municípios brasileiros, sendo que os principais fatores restritivos também estão relacionados com o processo de referenciamento e com a comunicação interprofissional, assim como nos resultados dessa pesquisa<sup>1, 6, 34, 53, 54, 55</sup>.

Chamou-nos a atenção, as discrepâncias encontradas entre os nossos resultados, no que se refere ao desempenho das equipes investigadas, e os resultados do PMAQ-AB. Embora tenhamos encontrado, nesse estudo, pior desempenho das equipes pesquisadas, não houve diferenças expressivas entre elas. Esse fato pode ser explicado pela adoção de critérios distintos, sendo que exploramos, neste estudo, aspectos ligados à organização do processo de trabalho, além de termos identificado fatores restritivos relativos ao nível meso e macro da organização do sistema municipal de saúde, que interferiram sobremaneira na capacidade das equipes coordenarem o cuidado ao usuário.

As dificuldades apontadas no planejamento assistencial evidenciaram a necessidade de se instituir práticas de cuidado pautadas no compartilhamento de responsabilidades tanto dos profissionais quanto destes com os usuários, bem como o estabelecimento de critérios para estratificação de riscos, com vistas a garantir maior racionalidade nas solicitações de exames, procedimentos e encaminhamentos, evitando, assim, a duplicação de meios e conflitos de responsabilidades entre os serviços que compõem a rede de atenção.

Estudos apontaram que a construção de planos assistenciais no manejo de condições crônicas devem estar pautados em uma relação colaborativa entre profissionais e entre estes e os usuários<sup>56, 57, 58</sup>. Assim, os usuários deveriam ser incluídos nas decisões terapêuticas e os profissionais deveriam construir planos de forma compartilhada, com vistas a aumentar a confiança e melhorar a relação interpessoal na prestação do cuidado.

Considerando os problemas apontados no agendamento das consultas, exames e encaminhamentos a serviços de referência, ratifica-se a necessidade da implantação de mecanismos que possibilitem controlar com mais eficiência as filas de espera, garantir maior imparcialidade no controle das agendas, bem como acompanhar o fluxo dos usuários e redistribuir as cotas, em função das necessidades dos distritos e das equipes.

Alguns municípios brasileiros já implantaram sistemas de regulação informatizados e integrados para marcação de exames, procedimentos, consultas e leitos hospitalares. Como resultados, encontrou-se que essa alternativa tem viabilizado melhor monitoramento das filas de espera, melhor priorização dos encaminhamentos regulares e de urgência; redução de absenteísmos nas consultas especializadas, das filas e do tempo de espera; melhor análise dos encaminhamentos e controle das agendas <sup>59, 60</sup>.

Os entraves identificados no planejamento assistencial, na padronização de condutas, no referenciamento e na comunicação, deflagram a necessidade da criação de protocolos e da implantação de prontuário eletrônico único, a fim de tornar mais eficiente o processo de encaminhamento, o registro da atenção prestada e a troca de informações entre os serviços da rede.

Pesquisas apontaram que padronização de condutas e rotinas de trabalho em unidades de atenção primária, por meio de protocolos, possibilitaram melhor acompanhamento e definição de fluxos assistenciais dos usuários. Estas pesquisas consideram, ainda, que padronizar condutas e rotinas pode aumentar a competência dos profissionais e a qualidade da assistência nos serviços <sup>61, 62</sup>.

Problemas relacionados ao referenciamento de usuários e à deficiência comunicacional entre os profissionais e serviços também foram evidenciados em outros municípios do Brasil, com grande similaridade àqueles apresentados no município pesquisado <sup>25, 34, 53, 63, 64</sup>.

Assim como nesse estudo, equipes de APS de outros estados brasileiros apresentaram participação frágil no processo de referenciamento das situações de urgência e baixa comunicabilidade com os serviços de pronto atendimento <sup>53, 60</sup>.

Diante dos problemas identificados, vale destacar uma série de evidências, no âmbito internacional, que atestaram o impacto positivo das estratégias de educação profissional sobre mudanças nas práticas de saúde, que refletiram desde a qualidade dos registros até os encaminhamentos para outros serviços de diferentes níveis de atenção <sup>65, 66, 67, 68</sup>.

Pesquisas sobre a utilização de sistemas informatizados pelos serviços de saúde indicaram que este recurso facilitou a comunicação entre os serviços, o acesso a relatórios clínicos e à resultados de exames e evoluções <sup>66, 69</sup>. Essa prática foi colocada por outros estudos como inovadora e com potencial para monitorar ações e encaminhamentos, de

modo a disponibilizar, em um único banco, diversos dados referentes a toda linha de cuidados<sup>70, 71</sup>.

Nesse sentido, considera-se de suma importância a implementação não somente de registros informatizados, mas de tecnologias telecomunicativas que reduzam barreiras e estreitem a relação entre os profissionais da APS e profissionais da atenção secundária e terciária do município. Além do mais, as estratégias de capacitação profissional, certamente, assumiriam importância tanto para qualificar a padronização de condutas quanto para sensibilizar e auxiliar a institucionalização da comunicação entre profissionais e serviços.

As divergências entre gestores e profissionais nos distintos aspectos do processo de trabalho das equipes, apontaram para a oportunidade da institucionalização de práticas de avaliação e monitoramento regular dos serviços, visando garantir melhor coerência entre o planejamento e a execução das atividades, sobretudo aquelas essenciais para o cumprimento da função de coordenadora do cuidado pelas equipes de APS.

Avaliação e monitoramento permanente dos serviços de atenção primária foram recomendados por diferentes autores. Considerou-se que essas tecnologias de gestão contribuíram para melhorar o desempenho dos serviços de APS<sup>72, 73, 74, 75</sup>.

No quesito monitoramento do usuário, as dificuldades apontadas refletem a influência de fatores que variaram desde as deficiências ligadas à padronização das condutas à comunicação interprofissional. Tais deficiências colaboraram para um monitoramento inoportuno e pautado na demanda-dependente.

As evidências sobre o monitoramento do usuário de outros municípios demonstraram semelhanças com os resultados dessa pesquisa<sup>60</sup>. Porém, outras experiências brasileiras se destacaram pela implantação de sistemas informatizados e integrados que regulam o acesso do usuário aos demais níveis de atenção e que, simultaneamente, tem viabilizado o microgerenciamento das filas de espera, o monitoramento dos fluxos, das condutas e dos fatos ocorridos em outros serviços<sup>59</sup>.

Como principais limitações desse estudo, há que se destacar a sua característica de ser um estudo de caso único. Considera-se que extrema relevância estudos comparativos de outros casos que integrem experiências de Rede de Atenção Interestadual no Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como propósito, avaliar em que medida as equipes de APS tem cumprido sua função de coordenadora do cuidado em sistemas municipais de saúde e quais os principais obstáculos enfrentados para cumprirem essa função.

Os resultados do estudo mostraram que a coordenação do cuidado não tem sido cumprida no município e que os obstáculos para conferir concretude ao atributo da coordenação variam desde questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes a questões vinculadas às dimensões meso e macro da organização do sistema municipal. Diante dos critérios analisados, destacaram-se como sendo os menos desenvolvidos aqueles pertencentes às dimensões “padronização das condutas”, “comunicação” e “monitoramento do usuário”.

Os problemas identificados, a exemplo da falta de protocolos, do reconhecimento de sistemas informatizados para a regulação do acesso e registro das condutas, de tecnologias telecomunicativas e o desconhecimento dos profissionais da APS sobre o demais profissionais da rede, colaboram para a baixa capacidade das equipes construírem planos terapêuticos compartilhados, definirem fluxos assistenciais mais coerentes e concretos, trocarem informações entre profissionais e serviços distintos e monitorarem o fluxo do usuário ao longo da rede de serviços.

A unanimidade sobre a desorganização e a insuficiência na oferta de consultas e exames especializados apontam para a urgência de estratégias que possam garantir encaminhamentos com base em critérios explícitos e padronizados, com vistas a evitar a duplicidade de meios e fins, durante o referenciamento de usuários para atenção secundária e terciária.

Diante das insuficiências identificadas no sistema de referência e contrarreferência e do descuido com os registros da atenção prestada, a implantação de sistemas que permitam a integração de informações sobre a atenção ao usuário e um melhor gerenciamento das filas de espera, também são de suma importância para conferir melhor organização da rede. Isso contribuiria não somente para reduzir a demanda reprimida, mas também viabilizar a comunicação entre serviços e o monitoramento dos usuários encaminhados, inclusive pelos profissionais da APS.

Considera-se que os dissensos entre profissionais da mesma equipe e entre as equipes e a gestão deflagram a urgente necessidade de aproximar profissionais e gestores,



por meio de discussões e estratégias de avaliação e monitoramento dos serviços de APS, de forma regular e participativa.

O distanciamento entre as equipes de APS com a Central de Regulação e atenção de urgência/emergência apontam para a necessidade da revisão de papéis e responsabilidades entre estes serviços, por meio de ações de capacitação profissional que possam garantir a participação mais efetiva da APS, no ordenamento de fluxos de usuários diante da agudização dos quadros crônicos seja para a atenção de urgência e emergência seja para atenção hospitalar.

A unanimidade sobre a ausência da contrarreferência evidencia a baixa participação dos níveis secundário e terciário para fortalecer o sistema de referência e contrarreferência do município. Esse fato implica não somente na fragmentação assistencial, mas, sobretudo, dificulta o retorno de informações essenciais para o monitoramento do usuário pelas unidades de atenção primária e para elaboração de ajustes no plano de cuidados.

Em síntese, considera-se de suma importância a realização de mais pesquisas avaliativas sobre a coordenação do cuidado, cujo eixo investigativo possa abarcar as relações e os conflitos de responsabilidades entre os níveis primário, secundário e terciário nas práticas de coordenação do cuidado ao usuário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, P.F. de ; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A.; Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.
2. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação e Saúde**, 14(34), P. 53-605, jul/set, 2010
3. MENDES, E.V. **A situação das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. In: As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. 549 p.
4. LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943. 2004.

5. SCHMIDT, M. I.; Et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377. n. 9781. p. 1949 – 1961, Jun. 2011.
6. GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p.1081-1096, 2011.
7. TILJACK, H.; HUTTEN, J.; CALNAN, M. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. **In: Atenção primária conduzindo as redes de atenção.** OMS, 2006. 344 p.
8. HARTZ, Z. M de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336. 2004.
9. FEÓ, J.J.O.; CAMPO, J.M.F.; CAMACHO, J.G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? **Ver Adm Sanit.**, v. 4, n. 2, p. 357-82. 2006.
10. PIRES, M. R. G. M.; et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1009-1019. 2010.
11. SISSON, M.C.; et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.991 1004, 2011.
12. MARTINEZ, D.H.; NAVARRETE, M.L.V.; LORENZO, I.V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit.** v. 23, n. 4, p. 280–286. 2009.
13. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília, DF, Organização Mundial da Saúde. 2003. 105 p.
14. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital.** Brasília, DF, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.
15. BRASIL. M. S. Contribuições para a construção de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS no SUS. **In: Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no SUS.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2010.

16. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 7-S27, 2008.
17. CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde**, v. 14, n. 3, p. 877-906. 2007.
18. AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A.; SOUSA, M.F. de. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. **In:** ALMEIDA-FILHO, N. de. Saúde coletiva: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720 p.
19. BENGUA, R. Empantanados. **RISAI**, v.1, n. 1. 2008.
20. NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit.** v. 20, n. 6, p. 485-95. 2006.
21. MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. MG: Belo Horizonte. 2005. jun, p.2-29.
22. HENAO-MARTÍNEZ, D. Et al. Integración Asistencial de los Organizaciones em Cataluña, España. **Rev. Salud Pública**, v. 10, n.1, p. 33-48.2008.
23. PUIG, P.L.; et al. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 34-43. 2009.
24. LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L.V. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial em las organizaciones sanitarias integradas em Cataluña. **Gac Sanit.**,v.21, v.2, p. 114-23. 2007.
25. ESCOREL, S. L. Et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2. 2007.
26. HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination**. OECD Health Working Papers, n. 30, OECD Publishing. 2007.
27. CHUMBLER, N.; MANN, W.; WUS, S. A.; KOBBER, R. The association of home-telehealth use and care coordination with improvement of functional and cognitive functioning in frail elderly men. **Telemed J E Health**, v. 10, n. 2, p. 129-37. 2004.
28. BICKELL, N. A.; YOUNG, G.J. Coordination of care for early-stage breast cancer patients. **J Gen Intern Med**, v. 16, n. 11, p. 737-42. 2001.

29. FACHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
30. IBÁÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
31. CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994- 2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, Suppl, p. S191-S202, 2002.
32. KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.W.; HUTCHINSON, A.; ZEE, J.; GROENEWEGEN, P.P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 65. 2010.
33. NORRIS, S.L.; NICHOLS, P.J; CASPERSEN, C.J.; et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. **Am J Prev Med.**, v. 22, n. 4, p. 15-38. 2002.
34. ALMEIDA, P. F. de.; et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.
35. ALMEIDA, P. F. de. Estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. IN: ALMEIDA, P. F. **Estratégias de coordenação de cuidados: fortalecimentos da Atenção Primária à Saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos**. Escola Nacional de Saúde Pública: ENSP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, RJ, 2010.
36. YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: BOOKMAN, 2005.
37. BRASIL. M. S. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: DF, 2006b. 64 p.
38. BRASIL. M. S. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: DF, 2006c. 58 p.
39. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**; v. 9, n.1, p. 1-51, 2010.

40. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3 ed. Itapevi-SP. 2009. 400 p.
41. MCDONALD, K.M. Et al. Care Coordination. **In: Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies**. AHRQ Publication n. 4, v.7, p.-0051-7, jun. 2007.
42. BRASIL. M. S. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**.
43. MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. Universidade Federal da Bahia: UFBA. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Tese (Doutorado). Salvador, Ba, 2006.
44. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano e IDH**. 2003. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH\\_Municipios\\_Brasil\\_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Ranking2003](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003)
45. BAHIA (Estado). **Plano Diretor de Regionalização. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/Superintendência de Regulação**. 2009. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/PDR\\_POP2009\\_atualizado18-06-2012.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP2009_atualizado18-06-2012.pdf). Acesso em: 10/04/2013.
46. BAHIA (Estado). PERNAMBUCO (Estado). **Subprojeto Regional QualiSUS-Rede: região interestadual Pernambuco-Bahia**. Juazeiro/Petrolina, mai, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUBPROJETO-QUALISUSREDE-BAePEweb.pdf>. Acesso em: 09/04/2013.
47. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IGE **Cidades: censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
48. MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
49. BRASIL, M. S. Informações de Saúde: epidemiológicas e morbidade e estatísticas vitais. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **[Online]** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 05-01-2013.
50. GERVAS, J.; RICO, A. La coordinación em el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **Semergen**, v. 31, n. 9, p.:418-23. 2005.

51. CHEN, A.; BROWN, R.; ARCHIBALD, N.; ALIOTTA, S. Fox PD. **Best practices in coordinated care.** 2000.
52. WENGER, N.S.; YOUNG, R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. Santa Monica, CA: RAND Health. **Report No.:** RAND report no. WR-176. 2004.
53. CECILIO, L.C. de O.; Et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva** v.17, n.11, nov. 2012.
54. ASSIS, E. G. de. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.1, Feb. 2012.
55. AGUILERA, S. L. V. U.; et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-39, jul./ago. 2013.
56. BASTOS, L. S. et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciênc. saúde coletiva.** v.16, n.1, p. 1417-1426. 2011.
57. CICCONE MM. Et al. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). **Vasc Health Risk Manag**, 2010.
58. CHAN B. Et al. Satisfaction with referral relationships between general practice and allied health professionals in Australian primary health care. **Aust J Prim Health**, v. 17, n. 3, p. 250-8. 2011.
59. GIOVANELLA, L. Et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p. 783-794. 2009.
60. DIAS, M. P. “Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. Escola Nacional de Saúde Pública: ENSP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, RJ, 2012.
61. ASSUNCAO, M. C. S. et al. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública.** v.35, n.1, p. 88-95. 2001.

62. FELIPE, G. F. et al. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 42, n. 4, p. 620-627. 2008.
63. SANTOS, A. M. do. Posição Da Estratégia Saúde Da Família Na Microrregião De Vitória Da Conquista. **IN: SANTOS, A. M. do. “Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde”**. Escola Nacional de Saúde Pública: ENSP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Originalmente apresentada como tese de doutorado. Rio de Janeiro, RJ, 2013.
64. OLIVEIRA, G. S. M. **“Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro”**. Escola Nacional de Saúde Pública: ENSP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, RJ, 2013.
65. RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 4, p. 604-612, Jun. 2009.
66. PERTEL, T. et al. **Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary health care level in Estonia**. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2010. 68 p.
67. KATZ, I. et al. Managing type 2 diabetes in Soweto-The South African Chronic Disease Outreach Program experience. **Prim Care Diabetes**. v.3, n. 3, p.157-64, Aug. 2009.
68. KETOLA, E. et al. Quality improvement programme for cardiovascular disease risk factor recording in primary care. **Qual Health Care**. v.9, n.3, p.175-80, Sep. 2000.
69. GARCÍA G. M. Et al. Results of a coordination and shared clinical information programme between primary care and nephrology. **Nefrologia**., v. 31, n. 1, p. 84-90.2011.
70. MARTINS, C. H. F. **Ambiente de informações para apoio à decisão dos gestores do controle do câncer de mama**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Originalmente apresentada como tese de mestrado. Rio de Janeiro: RJ, 2009.120 p.
71. PERSSON, L. G. et al. Quality improvement in primary health care using computerised journal, exemplified by a smoking cessation programme for diabetic patients. **Scand J Prim Health Care**. v. 18, n. 4, p. 252-3, Dec. 2000.

72. SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun. 2011.
73. XIMENES NETO, F. R. G. ; CUNHA, I. C. K. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto contexto - enferm**. v. 15, n. 3, p. 427-433. 2006.
74. UCHIMURA, N. S. et al. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 55, n. 5, p. 569-574. 2009.
75. SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 32, n. 3, p. 502-508. 2011.



# APÊNDICES

**APÊNDICE A (Quadro 3) -** Categorias, critérios e fontes para avaliação da coordenação do cuidado no município caso.

<b>Categoria</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Fontes</b>
<b>Planejamento da assistência individual</b>	<p>Construção de planos terapêuticos individuais compartilhados entre profissionais da equipe</p> <p>Planejamento da assistência com base em estratificação de risco</p> <p>Solicitação e agendamento de consultas e exames básicos</p> <p>Solicitação e agendamento de exames e consultas especializadas</p> <p>Existência de listas e contatos de profissionais e serviços de referência</p> <p>Identificação e articulação com profissionais de outros níveis na construção do projeto terapêutico</p>	Análise documental, entrevista com profissionais da APS, gestores usuários.
<b>Padronização de condutas</b>	<p>Existência e utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas</p> <p>Registros regular da assistência prestada</p>	Entrevista com profissionais da APS, gestores e análise documental
<b>Referenciamento</b>	<p>Crítérios de encaminhamento condizentes com os documentos normativos</p> <p>Existência de instrumentos utilizados para referenciar e contrarreferenciar usuários</p> <p>Existência de referências e fluxos definidos para as condições traçadoras adotadas nesses estudo</p> <p>Existência de contato com central de regulação no processo de encaminhamento (quando necessário)</p> <p>Existência de listas/guias com contatos e dados dos profissionais e serviços de referência da rede</p>	Análise documental, entrevista com profissionais da AP, gestores e usuários.
<b>Comunicação</b>	Existência de tecnologias telecomunicativas utilizadas pelas equipes para trocar informações	Entrevista com profissionais da APS, gestores e análise documental.

	<p>Fluxos e canais de comunicação institucionalizados para troca de informações entre profissionais e serviços</p> <p>Existência de instrumentos não informatizados para trocar informações</p> <p>Existência de troca de informações regular entre profissionais da APS e outros níveis de atenção</p> <p>Existência de discussão de casos regular entre profissionais da equipes de APS</p> <p>Existência de discussão de casos regular entre a equipes de APS e outros níveis de atenção</p>	
<b>Monitoramento do usuário</b>	<p>Existência de registro regular dos encaminhamentos realizados</p> <p>Existência de instrumentos para o monitoramento do usuário</p>	<p>Análise documental, entrevista com profissionais da APS e usuários</p>

**Nota:** quadro adaptado segundo as referências de Almeida (2012; 2010a; 2010b), Medina (2006), Hofmarcher et al. (2007) e Mcdonald et al., (2007).

**APÊNDICE B (Quadro 4)** – Lista de critérios utilizados para classificar as equipes, averiguados no banco de dados de módulo II do PMAQ-AB (ciclo I) e suas respectivas questões.

<b>Categoria</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Questões</b>
<b>Planejamento da assistência individual</b>	<p>Agendamento de consultas na unidade de saúde</p> <p>Agendamento de consultas especializadas</p> <p>Programação de consultas para usuários com necessidade de cuidado continuado (hipertensos e diabéticos)</p> <p>Exames solicitados pela equipe de APS para hipertensão arterial e diabetes</p>	<p>A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? Existe documento que comprove?</p> <p>Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas?</p> <p>Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?</p> <p>Como são agendadas as consultas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus?</p> <p>Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na unidade de saúde?</p> <p>A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?</p> <p>Quais exames são solicitados pela equipe para hipertensão e diabetes?</p>
<b>Padronização de condutas</b>	<p>Utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas</p>	<p>Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento? Existe documento que comprove?</p> <p>A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para quais condições?</p>

<b>Comunicação</b>	<p>Troca de informações entre profissionais da APS e outros níveis de atenção</p> <p>Fluxos e canais de comunicação institucionalizados</p> <p>Ferramentas utilizadas pelas equipes de APS para troca de informações</p> <p>Organização de listas com contatos de profissionais e serviços de referência</p>	<p>Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?</p> <p>Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?</p> <p>Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? Qual é o fluxo institucional de comunicação?</p> <p>Qual canal está disponível na unidade de saúde para que o contato se efetive?</p> <p>Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefones e/ou e-mails? Existe documento que comprove?</p>
<b>Referenciamento</b>	<p>Ordenamento e definição de fluxos</p>	<p>Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?</p> <p>Quais as centrais de marcação disponíveis?</p> <p>Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? Existe documento que comprove?</p> <p>A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe?</p> <p>Indique quais são as referências e fluxos definidos. Existe documento que comprove?</p> <p>Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?</p>

<p><b>Monitoramento dos usuários</b></p>	<p>Fichas de cadastro ou acompanhamento de hipertensos e diabéticos</p>	<p>A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? Existe documento que comprove?</p> <p>A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?</p> <p>A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus com maior risco/gravidade?</p> <p>A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção.</p>
------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Fonte:** instrumento de avaliação externa II do PMAQ.

Critério	Excertos	Evidências	Argumentos
<b>Planejamento da assistência individual</b>			
<b>Construção de planos terapêuticos individuais compartilhados entre profissionais da equipe</b>	<p>“Ele passa por uma consulta de enfermagem, em que a gente faz o cadastro desse paciente para ser cadastrado na própria secretaria, já que a gente manda a primeira via para lá e fica com a segunda anexada ao prontuário. E aí, geralmente, ele já vem do médico com o esquema terapêutico já prescrito, né? Medicação e tal... Aí sim, a gente vai fazer essas consultas de acordo com a necessidade dele. Vai ter a consulta de enfermagem, que basicamente é orientação, é a análise se ele realmente está tomando a medicação correta, esse tipo de coisa, e aí a gente vai sempre, de forma mensal, tendo a visita do agente de saúde a esse paciente (profissional 02, equipe A).”</p> <p>“Normalmente a gente consulta, marca... o médico sempre marca o retorno também. Para mim ele tem esse acesso também, de encaminhar para mim, para ter esse retorno. Faz as orientações, faz o cadastro também, que nós temos que fazer o cadastro do paciente, avaliar a medicação... Ou também quando a medicação é trocada e a depender de alguns casos que necessite de nutricionista, né? Que tenha dificuldade de aceitação da dieta ou da medicação também, é acionado o NASF com a psicóloga... dessa parte de aceitação e a nutricionista também, a gente aciona ela, caso necessite também (profissional 02, equipe B).”</p>	Profissionais da APS	A construção do plano de cuidados entre as equipes apresentou pouca diferença, porém na equipe B as evidências mostraram que seus profissionais planejam a atenção aos usuários de forma compartilhada entre os profissionais da própria equipe e entre estes e as equipes multiprofissionais de apoio matricial, a exemplo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
<b>Planejamento da assistência com base em estratificação de riscos</b>	“[...] a gente tenta orientar essa parte de mudança de estilo de vida. Se realmente for constatada uma descompensação da PA e da glicemia, já entra com a medicação, de preferência... Eu prefiro os medicamentos que tem na unidade, porque são pacientes carentes, então para não onerar o paciente esse tipo de medicação. É pactuado a consulta comigo e com a enfermeira. Caso tenha necessidade a gente solicita o apoio do NASF com relação à nutricionista, que ela já vem aqui dar esse suporte [...] (profissional 01, equipe B).”	Profissionais da APS	Embora uma das equipes construa o plano de cuidados de forma compartilhada, ambas não apresentaram qualquer indício ou métodos institucionalizados para estratificação de riscos dos pacientes hipertensos e diabéticos. Certamente a ausência de protocolos clínicos contribua para pouca efetividade na padronização de condutas, o que interfere diretamente na estratificação de risco e na priorização dos pacientes tanto no agendamento das consultas na unidade quanto das consultas e exames especializados.

	<p>“A gente procura variar essas consultas entre médicos e enfermeiros. Geralmente esse paciente que passa pelo enfermeiro, ele já tem a consulta... Quando sai daqui, já tem essa consulta agendada. Então a gente colocou essa... Como eu disse, essa mescla de enfermeiro e médico, geralmente, de três em três meses, passando pelo médico e dependendo da necessidade desse paciente, se ele é um paciente compensado ou não, a gente marca mensal ou bimensal (profissional 2, equipe A).</p>		<p>A frequência de consultas parece variar em função de casos descompensados que exijam acompanhamento mais frequente. Apesar disso, não houve qualquer referência da equipe sobre a estratificação de riscos para determinar as necessidades desses pacientes.</p>
<p><b>Solicitação e agendamento de exames e consultas básicos</b></p>	<p>“São agendadas uma vez na semana, toda quinta-feira abre a marcação para os pacientes e aí é de acordo com a ordem de chegada, vai marcando, mas, sobrando vaga neste dia, as vagas ficam abertas para qualquer dia da semana serem completadas aquelas vagas, para serem atendidas (profissional 01, equipe A).”</p> <p>“Antigamente a gente trabalhava com a tabela fixa, assim, de horário, tinha dia de Hiperdia, dia de gestante, de pré-natal... a gente viu que estava dificultando o fluxo de outros pacientes quando tinha uma agenda fixa, engessada. Estava com problemas. Porque assim, a gente ficava só com um tipo de grupo de pacientes, por causa disso a gente resolveu deixar a agenda aberta. [...] (profissional 01, equipe B).”</p> <p>“A gente procura variar essas consultas entre médicos e enfermeiros. Geralmente esse paciente que passa pelo enfermeiro, ele já tem a consulta... Quando sai daqui, já tem essa consulta agendada. Então a gente colocou essa... Como eu disse, essa mescla de enfermeiro e médico, geralmente, de três em três meses, passando pelo médico e dependendo da necessidade desse paciente, se ele é um paciente compensado ou não, a gente marca mensal ou bimensal (profissional 2, equipe A).</p>	<p>Profissionais da APS</p>	<p>De acordo com as evidências, o agendamento de consultas e exames básicos não tem se configurado como um ponto significativamente crítico. Entretanto, percebeu-se que há diferenças entre as equipes no que tange ao compartilhamento dos atendimentos e à agenda de marcação. Isso pois a equipe B possui uma agenda de marcação “aberta” e a equipe A “fechada”, de modo que esta última não viabiliza o processo de marcação em dias e horários a serem escolhidos pelo usuário. Nesse sentido, considerando que as consultas e os exames são distribuídas por turno, a agenda fechada, dificulta, certamente, o acesso do usuário que não tenha disponibilidade para marcá-los às quintas, como é feito no caso da equipe A.</p>
<p><b>Solicitação e agendamento de exames e consultas especializadas</b></p>	<p>“Aí, de acordo com os meus encaminhamentos, o paciente que passa por mim, que eu vejo que está com alguma dificuldade... na dosagem de medicação... a medicação não está servindo, a que a gente tem disponível no SUS... então aí eu encaminho para um especialista e esse encaminhamento é direcionado para a central de marcação, que é aqui</p>	<p>Profissionais, gestores, usuários da APS e PMAQ-AB</p>	<p>Sobre o processo de marcação de consultas e exames especializados, houve concordância entre profissionais, gestores e usuários da APS. Entretanto embora as equipes realizem as solicitações e o agendamento seja descentralizado diretamente para a unidade de saúde, identificou-se que esse critério tem sido</p>



mesmo no posto, e eles são agendados posteriormente, assim que libera vaga no sistema, através do computador mesmo, a recepcionista agenda para eles serem atendidos por um especialista (profissional 01, equipe A).”

“Eu acho que é mesmo a quantidade insuficiente de vagas. Eu acho que essa é a principal. Eu acho que seria a única, porque não existe hoje uma dificuldade no agendamento. O paciente já sai de lá com essa guia marcada, com data, sabendo o local, tudo. Na unidade isso é bem prático em relação a isso, a esse agendamento. A dificuldade mesmo é em relação à quantidade de vagas (gestora de distrito 01).

“Essa questão de vagas disponíveis, porque a gente fica sem saber quantas vagas vão ter no mês. A gente fica sem conseguir fazer uma programação de quantos pacientes a gente pode marcar para um cardiologista, quantos pacientes podem ir para um endócrino por mês, a gente não sabe. Vai de acordo com o que a Secretaria manda e assim, se a Secretaria só manda um, só vai poder ir um paciente daqui do posto (profissional 01, equipe A).”

“O prestador, na verdade, ele libera as vagas, porque vai depender do prestador. Se esse mês ele tem congresso, viagem, ele sempre abre menos vagas. Ou... depende da quantidade. Se o prestador liberar, por exemplo, cem, aí eles vão dividir igualmente pelas unidades de saúde da família, porque hoje só marca na unidade. Antes marcava na policlínica e em outros lugares. Agora só marca diretamente na unidade de saúde (gestora de distrito 01).”

“Fiz a consulta aqui, eles me deram a requisição, eu deixei aqui e eles marcaram, aí eu fui e fiz (usuária 01, equipe A).”

“Tem vez que demora... não é todas [...] já teve tempo de esperar lá pra dois meses, três meses. (usuário 03, equipe A).”

cumprido parcialmente, tendo em vista o desconhecimento dos profissionais da APS, relativo a datas, cronogramas e quantitativo de consultas especializadas a serem disponibilizadas pelos sistema mensalmente e/ou semanalmente, para sua população adstrita (desorganização da oferta); a dependência das equipes de APS relativa ao quantitativo de consultas e procedimentos liberadas pelos prestadores credenciados da rede, para a central de marcação (que varia todo mês); além de que as equipes não possuem critérios padronizados para definir com mais precisão os fluxos, estratificar riscos e definir com mais clareza aqueles pacientes com maior prioridade para o encaminhamento à procedimentos e consultas especializados.

Outras questões que dificultam o agendamento dizem respeito à insuficiência das cotas liberadas para cada equipe e APS, à demanda sempre significativa de usuários e as solicitações simultâneas de procedimentos e consultas especializadas por outros serviços também localizados no âmbito da APS. Certamente os fatores apontados acima repercutem diretamente no acesso do usuário à AE, conforme alguns depoimentos. Por esse motivo o respectivo critério foi considerado parcialmente cumprido.

<b>Existência de listas e contatos de profissionais e serviços de referência</b>	<p>“Não. Infelizmente não.” (profissional, 02, equipe A)</p> <p>“Não, não existe.” (Apoiadora de distrito 1)</p>	Profissionais e gestores da APS	Não foram mencionados o conhecimentos nem a utilização de listas com contatos de profissionais e serviços de referência da rede. No entanto, nos chamou à atenção o fato do município possuir um guia de referência da rede interestadual com todos os dados sobre os serviços de saúde, incluindo endereço, contatos, etc.
<b>Identificação e articulação com profissionais de outros níveis na construção do projeto terapêutico</b>	<p>“Eu, particularmente, não tenho o número de contato, né? Como eu consulto aqui também não conheço os próprios profissionais... Mas, assim, por trabalhar na central de regulação eu passo a conhecer alguns profissionais, mas, assim, a nível de telefone, que na central de regulação a gente só fica por telefone, mas, pessoalmente, não conheço tanta gente. Então fica a questão dos números que eu não tenho, de conhecer os profissionais e, muitas vezes, até saber quais as especialidades que tem em cada hospital.” (profissional, 01, equipe A)</p>	Profissionais da APS	Em ambas as equipes identificou-se importante dificuldade relativa ao desconhecimento dos profissionais sobre os serviços de referência da rede, sobretudo quanto ao profissionais e seus respectivos contatos para divisão e compartilhamento de responsabilidade. Considerando ainda, que as equipes não conhecem nem utilizam listas com os contatos dos serviços e profissionais de referência, o respectivo critério foi considerado não cumprido.
<b>Padronização de condutas</b>			
<b>Existência e utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas</b>	<p>“Olha, infelizmente a gente não tem esses protocolos, certo? É mais, assim, de conhecimento mesmo, né? Se há a necessidade de tal paciente, a gente... eu mesmo, quando entrei, não tinha muita noção de como era esse encaminhamento, porque não existe um protocolo fixo de você... tal paciente você vai encaminhar para tal lugar. É mais de conhecimento mesmo depois que você pega o jeito, mas não tem protocolo fixo na unidade.” (Profissional 02, equipe A)</p> <p>“Eu uso o protocolo do Ministério da Saúde, o próprio protocolo da Sociedade de Hipertensão e Diabetes.” (Profissional 01, equipe B)</p> <p>“Não temos ainda. Está em construção.” (Diretora de Atenção Básica)</p>	Gestores, profissionais da APS, análise documental e PMAQ-AB	Nas unidades de saúde pesquisadas não foram encontrados protocolos clínicos para as condições traçadoras. Houve referência a protocolos do Ministério da Saúde, por apenas um profissional e a um protocolo da enfermagem, reconhecidamente desatualizado, por uma gestora da APS.
<b>Registro regular da assistência prestada</b>	<p>“Bom, eu tenho o meu livro de consultas que eu coloco todo paciente que passa por mim. Eu coloco data, nome, idade, número da família, agente de saúde, tipo de consulta e na outra página, na página seguinte, eu coloco o que foi feito. Por exemplo, se foi solicitado exame laboratorial, se foi</p>	Profissionais, gestores da APS e análise documental	Os instrumentos utilizados para registro da assistência ao usuários encontrados foram o “livro-ata” (utilizado apenas pelo enfermeiro) e o prontuário. O livro ata, apesar de funcionar como um controle dos exames e encaminhamentos realizados, ele não é

	<p>solicitado um procedimento tal, se foi encaminhado para tal local (profissional 02, equipe A)</p> <p>“Existe um livro de registro no protocolo que elas colocam quando foi solicitado, a data, quando foi marcado e quando foi realizado esse exame (Gestora de distrito 01).”</p>		<p>compartilhado com os demais profissionais da equipe e não fornece informações completas sobre a atenção prestada. Já o prontuário, destaca-se importantes problemas em ambas as equipes, relativo ao descuido demasiado e à desorganização dos registros, caracterizada pelo imprevisto das folhas, despadronização, ilegibilidade, folhas danificadas e fora de ordem, dentre outros. Em síntese, embora haja algum tipo de registro da assistência prestada, não foram encontrados registros informatizados, que aliado ao descuido e a desorganização dos instrumentos citados anteriormente, comprometem a continuidade e a qualidade das informações produzidas em ambas as unidades de saúde.</p>
<b>Referenciamento</b>			
<p><b>Critérios de encaminhamento condizentes com os documentos normativos</b></p>	<p>“A gente faz o relatório, né? Detecta a necessidade, faz o relatório, anexa a folha de contrarreferência e encaminha esse paciente. Dependendo da situação para a UPA, o Regional, esses locais.” (profissional 02, equipe A)</p> <p>“A gente faz um breve relatório do estado do paciente, como ele chegou aqui, como a gente conduziu até aquele momento, entra em contato com o SAMU para conseguir o transporte e aí ele vai para o serviço de atenção. Que no caso aqui é a UPA ou então o hospital regional.” (profissional 01, equipe B)</p> <p>“Passo por aqui, aí marca a guia, aí depois você é atendida em outro lugar.” (usuária 04, equipe A).</p> <p>“Normalmente é descompensação mesmo, quando eles são encaminhados ou complicações cardiovasculares. Coração, palpitações, esses tipos de complicações... (profissional, 02, equipe B)</p> <p>“Por alguma complicação, por... os níveis... os níveis considerados... os marcadores estão altos. Por exemplo, se a gente tiver um paciente coma pressão muito elevada, se a gente ver um risco alí, a gente faz o</p>	<p>Profissionais, gestores e usuários da APS</p>	<p>Não houve diferenças no processo de encaminhamento de usuários para outros pontos de atenção entre as equipes pesquisadas, sendo, portanto, um ponto de unanimidade entre profissionais, gestores e usuários. Entretanto, percebeu-se que ambas as equipes não possuem critérios explícitos e padronizados para determinar o encaminhamento dos usuários, tendo em vista que na maioria das situações os encaminhamentos são baseados em situações de complicações e descompensações. Apesar disso, tanto nos documentos normativos do Ministério da Saúde quanto dos consensos nacionais e internacionais, diversos critérios (além das complicações) são apontados como indicadores para o encaminhamento do usuário, pela equipe de APS, a outros serviços, de modo a garantir não somente o controle de complicações, mas avaliações mais específicas, dentre outras. Nesse sentido, tendo em vista a ausência de critérios padronizados, esse item foi considerado cumprido parcialmente.</p> <p>Além do mais, diante de situações de urgência e emergência, evidenciou-se que os usuários de ambas as equipes, não a</p>

	<p>encaminhamento para uma avaliação especializada lá nesse setor. Se a glicemia desse paciente está muito elevada, a gente faz o encaminhamento também [...]. (profissional, 02, equipe A)</p> <p>“Casos descompensados mesmo. Quando eles estão até com alguma crise. Lá na unidade em que eu trabalhei, tem muito paciente, muito mesmo, que sempre quando eles estavam descompensados, que tinham algum mal estar, eram encaminhado [...] (Diretora de Atenção Básica)</p>		<p>reconhecem como porta de entrada em tais situações, de modo que se dirigem diretamente para os serviços de urgência e emergência ou hospitais da região sem, no entanto, recorrer primariamente à equipe de APS. Isso pode ilustrar possíveis falhas no papel das equipes de APS enquanto porta de entrada preferencial, refletindo na sua frágil participação no que tange aos encaminhamentos para estes serviços.</p>
<p><b>Existência de instrumentos utilizados para referenciar e contrarreferenciar usuários</b></p>	<p>“Existe um papel ... essa ficha de referência é a mesma ficha de contrarreferência, né? Então a gente preenche uma historinha no local de referência e aí o especialista contrarreferência para a gente, explicando essa historinha. Eu, nos primeiros dois meses que comecei a trabalhar aqui, preenchia esse papel e explicava, nos mínimos detalhes, a historinha do paciente, esperando um retorno. Como esse retorno nunca aconteceu, eu passei a não preencher mais esse papel.” (profissional, 01, equipe A)</p> <p>“A gente faz um breve relatório do estado do paciente, como ele chegou aqui, como a gente conduziu até aquele momento, entra em contato com o SAMU para conseguir o transporte e aí ele vai para o serviço de atenção. Que no caso aqui em Juazeiro é a UPA ou então o hospital regional.” (profissional, 01, equipe B)</p> <p>“Existem. Referência e contrarreferência, mas não é bem aplicada. A gente tá tentando... Não sei se mudando o formato... A ficha esteja de acordo com o que os profissionais gostariam de escrever... Não sei. Levamos para a gestão clínica e para a educação permanente para a gente discutir.” (Diretora de Atenção Básica)</p> <p>“Passo por aqui, aí marca a guia, aí depois você é atendida em outro lugar.” (usuária 04, equipe A).</p> <p>“É essa questão... contrarreferência são, mas na maioria das vezes sem uma resposta, entendeu? Eles mandam de volta de lá para cá, mas não informam o que foi feito, a conduta que teve, as orientações que foram</p>	<p>Profissionais, gestores, usuários da APS e PMAQ-AB</p>	<p>Ambas as equipes utilizam como principais instrumentos para o referenciamento de usuários a ficha de referência e contrarreferência, as guias de solicitação de procedimentos e o relatório médico. Embora as equipes realizem o preenchimento da do respectivos instrumentos, o processo de referenciamento tem sido frágil em decorrência da prática pouco comum da contrarreferência pelos profissionais dos níveis secundário e terciário, implicando em importantes perdas de informação.</p>

	<p>feitas, o passo-a-passo que esse paciente vai procurar, entendeu? Ele manda ele de volta “procure o postinho de saúde” (profissional, 02, equipe B)</p> <p>“Eu preenchia, eu perdia tempo, o paciente ficava muitas vezes esperando. Outros pacientes lá fora, querendo ser atendidos e eu demorando, preenchendo com todos os detalhes o papel e nunca obtive uma resposta.” (profissional, 01, equipe A)</p>		
<p><b>Existência de referências e fluxos definidos para as condições traçadoras adotadas nesse estudo</b></p>	<p>“Normalmente é descompensação mesmo, quando eles são encaminhados ou complicações cardiovasculares. Coração, palpitações, esses tipos de complicações... (profissional, 02, equipe B)</p> <p>“Casos descompensados mesmo. Quando eles estão até com alguma crise. Lá na unidade em que eu trabalhei, tem muito paciente, muito mesmo, que sempre quando eles estavam descompensados, que tinham algum mal estar, eram encaminhado [...] (Diretora de Atenção Básica)</p>	<p>Profissionais, gestores, análise documental e PMAQ-AB</p>	<p>Ambas as equipes não possuem referência e fluxos definidos para portadores das condições traçadoras. Fato evidente, pela ausência de protocolos, critérios de encaminhamentos padronizados, ausência e desconhecimento de contatos dos serviços e profissionais de referência. Por outro lado, foram encontrados documentos com a descrição de fluxos de solicitação de procedimentos de alta média e complexidade, bem como fluxos para situações de urgência e emergência hipertensivas. Todos restritos à central de regulação e não referidos pelas equipes de APS.</p>
<p><b>Existência de contato com central de regulação no processo de encaminhamento (quando necessário)</b></p>	<p>“Eu trabalho na central de regulação também, mas, assim, a central de regulação só trabalha com urgência e emergência. A central de regulação não trabalha com atendimento ambulatorial. O atendimento ambulatorial a marcação é feita na própria unidade de atenção básica [...]então a central de regulação não tem essa ligação com a unidade.” (profissional, 01, equipe A)</p> <p>“Na verdade é muito difícil para internamento o encaminhamento não acontecer, mas elas também têm a mesma liberdade. Elas sempre procuram o apoiador e a gente faz esse contato com a regulação. Para a equipe contatar com a regulação eu não vejo dificuldade não, porque, assim, a gente até faz reuniões regulares com a regulação. Eles sempre que precisam vão diretamente na regulação.” (Apoiadora de distrito 01).</p>	<p>Profissionais e gestores da APS</p>	<p>As equipes se diferenciaram nesse aspecto, tendo em vista que a equipe A não parece apresentar uma relação de proximidade com a central de regulação, ao passo que a equipe B parece não somente manter o contato direto com a CR, nas situações necessárias, mas também utiliza os apoiadores de distrito como uma ponte de comunicação entre a unidade de saúde e a central.</p>

	<p>“A gente, as vezes, quando realmente necessita, um caso urgente, eu mesma ligo para o coordenador direto, na central ou vou pessoalmente lá, para ter um acesso, conversar pessoalmente, tentar encaminhar e resolver o problema.” (profissional, 02, equipe B)</p>		
<p><b>Existência de listas/guias com contatos e dados dos profissionais e serviços de referência da rede</b></p>	<p>“Não. Infelizmente não.” (profissional, 02, equipe A)</p> <p>“Não, não existe.” (Apoiadora de distrito 1)</p>	<p>Profissionais e gestores da APS</p>	<p>Não foram mencionados conhecimentos nem a utilização de listas/ com contatos de profissionais e serviços de referência da rede. No entanto, nos chamou à atenção o fato do município possuir um guia de referência da rede interestadual com todos os dados sobre os serviços de saúde, incluindo endereço, contatos, etc.</p>
<b>Comunicação</b>			
<p><b>Existência de tecnologias telecomunicativas utilizadas pelas equipes para trocar informações</b></p>	<p>“A gente, na maioria das vezes faz o quê? Faz o encaminhamento e anexa a folha de contrarreferência, para que o serviço de especialidade informe a gente a conduta que foi realizada, e mande esse paciente, contrarreferencie esse paciente. Mas nem sempre a gente obtém essa resposta. Muitas vezes a folha vem em branco ou então nem vem.” (profissional, 02, equipe A)</p> <p>“Geralmente é por telefone.” (Apoiadora De distrito 01)</p> <p>“Só o telefone. É difícil eles assim ... e-mail só com o apoiador, mas com os serviços especializados só o telefone.” (Diretora de Atenção Básica)</p> <p>“No município já existe uma ficha de contrarreferência. Então a gente sempre... Os profissionais das unidades preenchem a ficha de referência e já deixam grampeada a ficha de contrarreferência para tentar.” (Apoiadora de distrito 02)</p>	<p>Profissionais, gestores da APS e PMAQ-AB</p>	<p>Os principais meios e instrumentos utilizados se restringem à ficha de referência e contrarreferência ou contato telefônico. Apesar desses meios terem sido referidos, percebe-se, que a ficha de referência e contrarreferência não tem sido bem aplicada (sobre tudo nos serviços especializados e de atenção hospitalar), de modo que a comunicação tem sido bastante fragmentada entre as equipes de APS e os serviços de outros pontos de atenção. Desse modo, a descontinuidade das informações e o diálogo interprofissional deficiente tem contribuído para um atendimento fragmentado e descontínuo, na medida em que os meios e instrumentos existentes não facilitam um integração única das informações, sobre o processo assistencial do usuário ao longo da rede de serviços. Ademais não foram encontradas utilização de tecnologia telecomunicativas, a exemplo de prontuários eletrônicos, teleconsultorias, teleconsultas, dentre outros. Por esses motivos o presente critério foi considerado não cumprido.</p>

<p><b>Fluxos e canais de comunicação institucionalizados para troca de informações entre profissionais e serviços</b></p>	<p>“Eu acho que o maior deles é a adesão dos próprios profissionais que estão em atendimento. Eles falam que ao preencher mais aquele documento, estariam perdendo um certo tempo. Que não teria tempo para preencher e eu acredito que não seja dessa forma, porque se, talvez, eles preenchessem esse documento, aquele usuário não retornaria para o serviço de urgência com tanta frequência e sim a unidade de saúde já iria entender o caso daquele paciente e já iria fazer aquele acompanhamento. Acho que iria minimizar a demanda na rede especializada, né? (apoiadora de distrito 02)</p> <p>“Acho que isso tudo é questão de rotina do trabalho. Se a gente começasse a fazer uma rotina de referência, como a gente faz ... como a gente tem feito para a maternidade, pré-natal de alto risco... A gente faz uma referência toda certinha. E uma coisa mais fácil também de desenvolver essa referência, porque é um pré-natal que é uma coisa de continuidade. Até mesmo isso a gente tem dificuldade deles manterem essa contrarreferência para a gente também.” (profissional, 02, equipe B)</p> <p>“A gente, as vezes, quando realmente necessita, um caso urgente, eu mesma ligo para o coordenador direto, na central ou vou pessoalmente lá, para ter um acesso, conversar pessoalmente, tentar encaminhar e resolver o problema.” (profissional, 02, equipe B)</p>	<p>Profissionais e gestores da APS</p>	<p>Os únicos canais de comunicação possíveis entre as equipes se restringem à ficha de referência e contrarreferência ou contato telefônico (fato apenas referido por gestores e um profissional). No entanto, ficou evidente que o sistema de referência e contrarreferência (inclusive) não tem sido uma rotina bem institucionalizada no município, tendo em vista que os serviços de atenção secundária e terciária não preenchem as informações da ficha e isso tem desestimulado os profissionais das equipes a, também, preencherem a ficha de referência.</p> <p>Além disso, embora o contato telefônico tenha sido citado, diante da observação da infraestrutura de ambas as unidades, não foi evidenciada a existência de um aparelho telefônico específico da unidade, de modo que as afirmações da gestão não traduz a realidade infraestrutural da equipes, ficando o contato telefônico, restrito à utilização dos aparelhos telefônicos particulares dos profissionais. Ademais, apenas um dos profissionais revelou que o contato telefônico tem sido um meio para comunicação, além do que, em outros trechos das entrevistas a maioria destes profissionais revelaram o desconhecimento sobre os contatos e serviços de referência existentes do município. Assim, esse critérios também foi considerado não cumprido.</p>
<p><b>Existência de instrumentos não informatizados para trocar informações</b></p>	<p>“No município já existe uma ficha de contrarreferência. Então a gente sempre... Os profissionais das unidades preenchem a ficha de referência e já deixam grampeada a ficha de contrarreferência para tentar.” (Apoiadora de distrito 02)</p> <p>“A gente, na maioria das vezes faz o quê? Faz o encaminhamento e anexa a folha de contrarreferência, para que o serviço de especialidade informe a gente a conduta que foi realizada, e mande esse paciente, contrarreferencie esse paciente. Mas nem sempre a gente obtém essa</p>	<p>Profissionais, gestores da APS e análise documental</p>	<p>As equipes apresentaram como principais instrumentos que permitem a circulação de informações entre os serviços da rede, a ficha de referência e contrarreferência, a guia de solicitação de procedimentos e o relatório médico. Portanto, o critério foi considerado cumprido, apesar das fragilidades já apontadas nos sistema de referência e contrarreferência.</p>

	resposta. Muitas vezes a folha vem em branco ou então nem vem.” (profissional, 02, equipe A)		
<b>Existência de troca de informações regular entre profissionais da APS e outros níveis de atenção</b>	<p>“Eu, particularmente, não tenho o número de contato, né? Como eu consulto aqui também não conheço os próprios profissionais... Mas, assim, por trabalhar na central de regulação eu passo a conhecer alguns profissionais, mas, assim, a nível de telefone, que na central de regulação a gente só fica por telefone, mas, pessoalmente, não conheço tanta gente. Então fica a questão dos números que eu não tenho, de conhecer os profissionais e, muitas vezes, até saber quais as especialidades que tem em cada hospital.” (profissional, 01, equipe A)</p> <p>“Primeiro é o acesso. A gente não tem muito acesso à informação, assim, informação que eu digo, ao contato direto ou indireto com esses níveis de especialidade. Não existe contato mesmo. Outra dificuldade, não sei se vai se encaixar nessa sua pergunta, mas muitas vezes é esse paciente que é encaminhado para esse serviço, ele não obtém resposta do nível, esse nível de atenção. Não é atendido, não diz porque e não manda a resposta para a gente, certo? A dificuldade maior é justamente essa, a questão do contato. De não ter.” (profissional, 02, equipe A)</p>	Profissionais da APS e PMAQ-AB	A análise dos dados permitiu evidenciar que não há regularidade na troca de informações entre os profissionais da APS e aqueles lotados nos demais níveis de atenção. O fato foi justificado principalmente pelo desconhecimentos dos profissionais da APS sobre os contatos telefônicos dos profissionais, sobre o conhecimento dos próprios profissionais e as especialidades existentes na rede, além da ausência de fluxos e canais de comunicação institucionalizados no município.
<b>Existência de discussão de casos regular entre profissionais das equipes de APS</b>	<p>“Bom... Quando eu entrei aqui ainda, era outra enfermeira que estava, aí a gente fazia de vez em quando. Fazia numa sexta-feira, geralmente era um dia de reunião, então a gente fazia uma discussão. Pegava um paciente que estava dando um pouquinho mais de trabalho para a equipe e discutia o caso dele ... passava alguns objetivos para as ACS... Ficar no pé... Mas assim, confesso que, ultimamente, não está tendo muito essas discussões não.” (profissional, 01, equipe A)</p> <p>“Existe. Inclusive existe ... Nas reuniões de equipe, né? A equipe discute os casos dos usuários, realiza o PTS e também na reunião de distrito. A gente... Na reunião de distrito participam os profissionais enfermeiros, os</p>	Profissionais e gestores da APS	Sobre a discussão de casos entre os profissionais das equipes de APS houveram menções apenas entre um gestor de distrito e um profissional da equipe B (que nem sempre ocorre de frequentemente), revelando certamente, um fragilidade na troca e no compartilhamento de informações entre profissionais lotados na mesma equipe.



	<p>médicos também, e aí a gente discute alguns casos, porque pode estar sendo até um problema comum em outra unidade de saúde, aí o profissional vai expor sua experiência para auxiliar também os outros, né? Os outros profissionais das outras unidades. É bem importante isso.” (Apoiadora de distrito 02)</p> <p>“Nossos hipertensos... A gente discute sempre num todo, as vezes... Eu com Rodrigo... Mas, realmente, assim, de hipertenso... De hipertenso não.” (profissional, 02, equipe B)</p>		
<p><b>Existência de discussão de casos entre regular profissionais das equipes de APS e outros níveis de atenção</b></p>	<p>“Não. Infelizmente não.” (profissional, 02, equipe A)</p> <p>“Com a especializada a gente não tem muito contato não. (profissional, 01, equipe B)</p> <p>“Não, não existe. A gente, há um ano atrás... Um ano não, dois anos já, existiu um trabalho que foi feito aqui, que foi o “Projeto Território”. Esse “Projeto Território” justamente trabalhava com, um dos temas era hipertensão, insuficiência cardíaca, e ele conseguiu construir esse momento de articulação entre os médicos da ponta e o cardiologista, sabe? Para a tentativa, justamente, de discutir e potencializar os casos da atenção básica, mas isso não se manteve e não acontece hoje. (Apoiadora de distrito 01)</p> <p>“Primeiro que às vezes eu nem sei pra qual profissional meu paciente está indo. Justamente isso, a gente não sabe quando é que ele vai conseguir a consulta. Quando consegue, eu só sei no retorno, quando ele vem pra mim, que a gente pergunta se conseguiu. Caso conseguiu, ele dá as informações, isso do próprio paciente, mas a gente não tem esse contato. Justamente por essa dificuldade, eu nem sei e quando vai ser a consulta e nem sei qual é o profissional com quem ele conseguiu a consulta. Eu acho que a maior dificuldade é essa.” (profissional, 02, equipe B)</p>	<p>Profissionais, gestores da APS e PMAQ-AB</p>	<p>Os dados revelaram que não é rotina, no município, discussões de casos entre os profissionais da APS e profissionais de outros níveis de atenção. Embora já tenha ocorrido uma iniciativa municipal para tentar estreitar a relação entre os profissionais dos distintos níveis de atenção.</p>
<p><b>Monitoramento do usuário</b></p>			

<p><b>Existência de registro regular dos encaminhamentos realizados</b></p>	<p>“Bom, eu tenho o meu livro de consultas que eu coloco todo paciente que passa por mim. Eu coloco data, nome, idade, número da família, agente de saúde, tipo de consulta e na outra página, na página seguinte, eu coloco o que foi feito. Por exemplo, se foi solicitado exame laboratorial, se foi solicitado um procedimento tal, se foi encaminhado para tal local (profissional 02, equipe A)</p> <p>‘Existe um livro de registro no protocolo que elas colocam quando foi solicitado, a data, quando foi marcado e quando foi realizado esse exame (Gestora de distrito 01).’”</p>	<p>Profissionais, gestores da APS e análise documental</p>	<p>Profissionais de ambas as equipes e gestores fizeram referência à existência de um livro, no qual, são registrados os principais exames, procedimentos e encaminhamentos realizados com o usuário. Através da análise documental, a existência do instrumentos foi ratificada, sendo observada certa regularidade na realização dos respectivos registros.</p>
<p><b>Existência e formas de monitoramento de usuários</b></p>	<p>“Olha, infelizmente não. A partir do momento que o paciente é encaminhado, a gente aguarda, justamente, essa contrarreferência para saber o que foi que aconteceu a partir do momento em que ele buscou aquele serviço, mas o acompanhamento... Acontece assim, no sentido das visitas domiciliares, né?” (profissional, 02, equipe B)</p> <p>“Não. Ai... Seria bom, porque a gente está... Já tem esse plano de atendimento... De prontuário eletrônico. O paciente vai ter um prontuário único, quando for marcado aqui, a gente vai ter o prontuário e vai escrever eletronicamente. Se ele for marcado em uma especialidade, num cárdio, num endócrino, essa mesma ficha vai ser aberta lá. O que o endócrino escrever lá, depois a gente vai conseguir fazer essa contrarreferência pelo prontuário. Só que ainda está... Não está... Alguns lugares já funciona, porque já está informatizado. Aqui ainda não está informatizado. Acredito que assim que colocarem em todos os computadores e realmente funcionar essa rede, vai facilitar muito a vida de todos os profissionais, tanto da especialização quanto da atenção primária.” (profissional, 02, equipe B)</p> <p>“Isso a gente sabe através do agente de saúde. O agente de saúde faz visitas às residências então tem como a gente ter um retorno pelos agentes de saúde, pelos familiares que comparecem às unidades. É como eu te falei, a questão da contrarreferência é que está ainda um</p>	<p>Profissionais e gestores da APS</p>	<p>Ambas as equipes assumiram a dificuldade de monitorar os usuários, inclusive pela falta de registros informatizados, a exemplo do prontuário eletrônico único. Assim, a única forma de monitoramento está pautada na figura dos ACS ou de outro profissional da equipe, quando são realizadas visitas domiciliares. Observou-se que a contrarreferência também foi mencionada como forma da equipe tomar conhecimento sobre o estado de saúde do usuário, mas que não tem logrado êxito.</p>

	pouco deficiente, que a gente precisa otimizar isso aí...” (Apoiadora de distrito 02)		
<b>Existência de instrumentos para o monitoramento do usuário</b>	<p>“Bom, eu tenho o meu livro de consultas que eu coloco todo paciente que passa por mim. Eu coloco data, nome, idade, número da família, agente de saúde, tipo de consulta e na outra página, na página seguinte, eu coloco o que foi feito. Por exemplo, se foi solicitado exame laboratorial, se foi solicitado um procedimento tal, se foi encaminhado para tal local (profissional 02, equipe A)</p> <p>“Existe um livro de registro no protocolo que elas colocam quando foi solicitado, a data, quando foi marcado e quando foi realizado esse exame (Gestora de distrito 01).”</p>	Profissionais, gestores da APS e análise documental	Foram encontrados como instrumentos para monitorar o usuário, as fichas de acompanhamento de diabéticos do Ministério da Saúde e um livro onde constam os registros dos encaminhamentos em ambas as equipes. Em especial, na equipe A, foi encontrada uma ficha de acompanhamento do HPERDIA organizada por área de abrangência dos ACS (de elaboração da própria equipe). Nos chamou à atenção, nas questões sobre o monitoramento do usuário, que apenas o livro para registro dos encaminhamentos foi mencionado por profissionais e gestores.

**Fonte:** estudo de caso, 2014.

## APÊNDICE D - Roteiro para análise das informações documentais

Local de observação:

Município:

Estado:

Equipe pesquisada:

Profissional responsável

Data da análise: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS DO DOCUMENTO

Tipo de documento:

Título do documento:

### CATEGORIA: PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL

- A equipe mantém o registro das consultas agendadas?
- Caso mantenha, quais os instrumentos de registro das consultas agendadas?
- Que tipo de consulta é frequentemente agendada para pacientes hipertensos e diabéticos?
- A equipe possui lista com contatos de profissionais e serviços de referência?
- Caso possua, que serviços estão contemplados na referida lista?
- Existe registro dos exames solicitados para hipertensão e/ou diabetes? Quais?
- Caso exista, quais os tipos de exames mais comuns presentes nos registros?

### CATEGORIA: PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS

- Existe diretrizes ou protocolos clínicos específicos para encaminhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos? Quais?
- Que tipo de fluxo está estabelecido nesses protocolos para cada condição referida acima?
- A equipe mantém o registro das consultas agendadas?
- Caso mantenha, quais os instrumentos de registro das consultas agendadas?
- A equipe mantém o registro das consultas agendadas?

- Caso seja afirmativa, quais os instrumentos de registro das consultas agendadas?

**CATEGORIA: REFERENCIAMENTO**

- Existem documentos contendo a definição de fluxos assistenciais para atenção especializada? Quais?
- Existem documentos contendo a definição de fluxos assistenciais para serviços urgência? Quais?
- Existem documentos contendo a definição de fluxos assistenciais para serviços hospitalares? Quais?
- A equipe possui instrumentos para o encaminhamento de usuários? Quais?
- Caso possua, que tipo de informações sobre o usuário são priorizadas nesses instrumentos?
- Existem fluxos pactuados em documentos oficiais da gestão municipal com outros municípios da Bahia e/ou Estado vizinho?
- Caso exista, como está descrita essa pactuação relativa aos serviços de APS?

**CATEGORIA: MONITORAMENTO DE USUÁRIOS**

- Existem formas de monitoramento de usuários encaminhados para outros pontos de atenção?
- Caso exista, quais?
- A equipe apresentou instrumentos para acompanhamento de usuários encaminhados para outros pontos de atenção? Quais?

**Observações gerais**

**APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS E GESTORES DA APS**

Local da entrevista:		
Município:	Estado:	
Cargo/função:	Sexo:	Data da entrevista:
Nome do profissional entrevistado:		
Idade (em anos):	Tempo de atuação na equipe (em anos):	Formação acadêmica:

**CATEGORIA: PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL**

- De uma forma geral, como a equipe constrói o plano terapêutico individual do usuários hipertenso e/ou diabético?
- Como são agendadas as consultas básicas na unidade de saúde?
- E para hipertensos e diabéticos existe alguma particularidade no agendamento? Se sim, quais?
- A equipe agenda as consultas especializadas de forma permanente? Se sim, de que forma?
- Como são agendadas consultas especializadas para hipertensos e diabéticos?
- Com que frequência as consultas especializadas para hipertensos e diabéticos são agendadas? Existe algum critério de priorização para esses usuários?
- Cite três dificuldades para o agendamento de consultas especializadas.
- Quais exames básicos são solicitados frequentemente pela equipe para pacientes hipertensos e diabéticos? Existe uma rotina? Qual a frequência?
- De que forma são agendados os exames básicos? A equipe mantém o registro desses exames solicitados para pacientes hipertensos e/ou diabéticos?
- Quais exames especializados são solicitados frequentemente pela equipe para pacientes hipertensos e diabéticos? Existe uma rotina? Qual a frequência?
- De que forma são agendados os exames especializados? A equipe mantém o registro desses exames solicitados para pacientes hipertensos e/ou diabéticos?
- Cite três dificuldades para o agendamentos de exames básicos e especializados.

**CATEGORIA: COMUNICAÇÃO**

- Existe discussão de casos entre os profissionais da equipe de APS? Se sim, que fatores determinam ocorrência das discussões?
- Existe discussão de casos entre os profissionais da equipe de APS e profissionais de outros níveis de atenção (atenção especializada, hospitalar, etc)? Se sim, que fatores determinam ocorrência das discussões?
- A equipe de APS entra em contato com profissionais de outros níveis de atenção (atenção especializada, hospitalar, etc) para trocar informações de usuários encaminhados? Se sim, com que frequência é realizado esse contato?
- Os profissionais de outros níveis de atenção entram em contato com a equipe de APS para trocar informações de usuários contrarreferenciados? Se sim, com que frequência é realizado esse contato?
- Quais os meios ou instrumentos utilizados para se comunicar ou trocar informações com profissionais de outros níveis de atenção e vice-versa?
- Cite três dificuldades que a equipe vivencia para trocar informações com profissionais de diferentes níveis de atenção e vice-versa sobre pacientes encaminhados.

#### **CATEGORIA: PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS**

- Existem diretrizes ou protocolos clínicos específicos para encaminhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos? Se sim, quais?
- Os profissionais da equipe seguem esses protocolos?
- A equipe mantém o registro das consultas e exames agendados?
- Se sim, quais os instrumentos de registro das consultas e exames agendadas?

#### **CATEGORIA: REFERENCIAMENTO**

- Quando um usuário hipertenso /ou diabético necessita de encaminhamento no próprio nível dos cuidados como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?
- Quando um usuário hipertenso /ou diabético necessita de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?
- Quando os pacientes hipertensos e/ou diabéticos necessitam de encaminhamento para atendimento de urgência e hospitalar como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?

- Cite três dificuldades para encaminhar pacientes hipertensos e/ou diabéticos para serviços de outros níveis de atenção. Existe fluxo definido? Qual?
- Existem instrumentos para o encaminhamento de usuários aos demais níveis de atenção? Se sim, quais?
- Em que circunstâncias o paciente hipertenso e/ou diabético é encaminhado para outros pontos de atenção?
- Os usuários encaminhados para outros pontos de atenção são contrarreferenciados para a equipe de APS? Se sim, com que frequência?
- Cite três obstáculos identificados pela equipe no processo de contrarreferência?
- Existe central de regulação no município?
- Caso exista, quando necessário, a equipe entra em contato com a central de regulação para encaminhar usuários para outros pontos de atenção? Se sim, como e em que circunstâncias são feitos esses contatos?
- Cite três dificuldades na comunicação da equipe com as centrais de regulação.

#### **CATEGORIA: MONITORAMENTO DE USUÁRIOS**

- Quando o usuário é encaminhado para profissionais ou serviços de referência existe alguma forma de monitoramento dele? Se sim, como é realizado esse monitoramento?
- Quando o usuário retorna do profissional ou serviço de referência existe alguma forma de monitoramento dele? Se sim, de que forma o usuário é monitorado após ser contrarreferência?

#### **Observações gerais**



## APÊNDICE F- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS ADSCRITOS ÀS EQUIPES DE APS

Local da entrevista:		
Município:	Estado:	
Equipe pesquisada:		
Nome do usuário:	Idade:	Sexo:
Data da entrevista:	Condição:    [    ] Hipertenso        [    ] Diabético	
Tempo que utiliza o serviço (em anos):	Último atendimento pela equipe (em dias):	

### CATEGORIA: PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL

- Quando o senhor (a) necessitou de uma consulta e/ou exame na unidade de saúde, esses foram agendados pela equipe? Se sim, você foi informado (a) sobre a data, turno e horário da consulta e/ou exame?
- Houve dificuldade ou demora para o agendamento de sua consulta ou exame na unidade de saúde? Se sim, qual a média de dias o senhor (a) considera que levou para conseguir realizar sua consulta e/ou exame?
- Quando o senhor necessitou realizar uma consulta com um especialista a equipe se responsabilizou pelo marcação? Se sim, o senhor (a) foi informado (a) a respeito da data, turno, horário e local da consulta?
- Houve dificuldade ou demora para o agendamento de sua consulta com o especialista? Se sim, qual a média de dias o senhor (a) considera que levou para conseguir realizar essa consulta?

### CATEGORIA: REFERENCIAMENTO

- Da última vez que o senhor (a) necessitou ser encaminhado para outro serviço de saúde (consulta, exames, procedimentos, etc), os profissionais do posto de saúde lhe encaminharam? Se sim, de que forma você foi encaminhado (o)?
- No dia do encaminhamento o senhor (a) recebeu papel/documento? Se sim, qual?
- No dia do encaminhamento os profissionais do posto de saúde lhe orientou qual o serviço ou profissional de saúde você deveria procurar?
- Quando o senhor (a) necessitou de um atendimento de emergência ou em hospital você foi encaminhado pelo posto de saúde? Se sim, como aconteceu esse encaminhamento?

- No retorno do hospital, emergência, consulta ou exame o senhor (a) recebeu algum documento para entregar ao médico ou enfermeiro do posto de saúde? Se sim, qual?

**CATEGORIA: MONITORAMENTO DO USUÁRIO**

- Quando o senhor foi encaminhado para outro serviço de saúde (consulta, exame, procedimento, etc) a equipe do posto de saúde de sua comunidade realizou alguma visita no seu domicílio? Se sim, o que ocorreu durante essa visita?
- Quando o senhor necessitou de um serviço de emergência ou internação hospitalar por alguma complicação, a equipe do posto de saúde de sua comunidade o acompanhou após alta? Se sim, o que foi feito?

**Observações gerais**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado em Saúde Comunitária



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada *“Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso”* realizada por Ítalo Ricardo Santos Aleluia, mestrando em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, sob orientação da Prof. Maria Guadalupe Medina.

O objetivo do estudo será avaliar se as equipes de atenção primária têm cumprido a sua função de coordenadora do cuidado e quais os principais obstáculos para cumprir essa função.

A coleta de dados primários implicará na realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais das unidades de saúde, gestores e usuários dos serviços de atenção básica.

As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e os resultados serão apresentados também sob a forma de artigo a ser submetido a periódico científico.

A participação é livre e pode ser interrompida a qualquer momento, porém é de fundamental importância para o êxito desta pesquisa. Além disso, não envolve benefício direto ao entrevistado ou compensações financeiras. Vale ressaltar que não há despesas nesta participação.

Em qualquer etapa do estudo o (a) Sr.(a) terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de possíveis dúvidas, Ítalo Ricardo Santos Aleluia, que pode ser encontrado através do e-mail: [italoaleluia@yahoo.com.br](mailto:italoaleluia@yahoo.com.br).

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisador responsável pelo Projeto de Pesquisa: Fabiane Costa Santos  
Endereço: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário Canela, CEP. 40110040, Salvador, BA Telefone: (71) 3283-7410/8206-6342.

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da pesquisa e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

---

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

---

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

## **APÊNDICE H - A COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ): CONTRIBUIÇÕES POSSÍVEIS PARA A ANÁLISE**

**Ítalo Ricardo Santos Aleluia; Erika Rodrigues de Almeida; Maria Guadalupe Medina**

### **Concepções e objetivos da coordenação do cuidado**

Apesar de existirem inúmeros estudos na literatura internacional sobre coordenação do cuidado, pode-se afirmar que ainda persistem dificuldades na definição do seu significado. Vários termos e modelos têm sido utilizados como sinônimos ou em conjunto. Dentre estes, estão frequentemente associados a coordenação, a colaboração, o trabalho em equipe, a continuidade do cuidado, a gestão da doença, a gestão de casos, a gestão do cuidado e o chamado modelo de atenção às condições crônicas. É difícil interpretar a relação entre estes conceitos e chegar a um denominador comum sobre o que seria, de fato, a coordenação do cuidado (BROWN et al, 2007; MCDONALD et al, 2007).

Coordenar o cuidado envolve a gerência de serviços para criar um sistema abrangente, que viabilize uma experiência contínua do usuário pelo sistema de saúde; a coordenação dos prestadores para incentivar o trabalho em equipe e o conhecimento compartilhado; e a coordenação de serviços para viabilizar a criação de uma rede integrada (EHRlich; KENDALL; MUENCHBERGER, 2012).

Para outros autores, a coordenação do cuidado pode ser considerada como um conjunto de práticas, que visam conectar ações e serviços de saúde, entre diferentes fontes, por meio de mecanismos específicos, de modo que a atenção seja sincronizada e alcance um objetivo comum, com menores possibilidades de produção de conflitos (NÚÑEZ et al, 2006; GITTELL, 2000; FEÓ et al, 2006).

Em um estudo de revisão sistemática sobre coordenação do cuidado, sua definição se aproxima de uma organização deliberada da atenção à saúde, entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma condição, a fim de facilitar a adequada prestação do cuidado. A organização da atenção envolve a triagem de pessoal e recursos necessários, o gerenciamento e a troca de informações entre os profissionais responsáveis por aspectos distintos do tratamento (MCDONALD et al, 2007).

Coordenar cuidados pode associar-se ao ato pelo qual os sujeitos e as relações dos cuidados de saúde, em uma determinada sequência de cuidados, compartilham informações entre profissionais, sobre a atenção prévia, sobre avaliações, decisões e utilizações de serviços de saúde, de modo a viabilizar um esquema coerente de gestão do cuidado (WENGER; YOUNG, 2004).

Na concepção de Starfield (2002) a coordenação do cuidado traduz a ideia de unir o todo. “É um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. Sem a coordenação do cuidado, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial e a integralidade seria dificultada.”

Poucas concepções sobre coordenação do cuidado são encontradas na literatura nacional, tendo em vista a escassez de correntes teóricas e de estudos avaliativos a respeito desse tema, tanto no Brasil como na América Latina. Apesar desse fato, foram encontradas algumas definições importantes que relacionam o ato de coordenar o cuidado com propostas como o apoio matricial, a organização de fluxos assistenciais, o acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos, a gerência de listas de espera, a organização de protocolos assistenciais, dentre outros.

Coordenar a atenção do usuário significa participar de todas as decisões ou propostas terapêuticas, sendo o coordenador do cuidado, o responsável pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Refere-se, portanto, à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de forma longitudinal (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Nesta lógica, o "apoio matricial" e as "equipes de referência" são descritas como propostas para efetivar a coordenação dos cuidados, por se tratarem de arranjos organizacionais que objetivam ampliar as possibilidades de integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A coordenação do cuidado se refere ao desenvolvimento de mecanismos que visam criar “pontes” ou pontos de contato entre serviços e profissionais de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Na concepção adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) a coordenação do cuidado é definida como a capacidade de promover a continuidade da atenção, na medida em que os profissionais de saúde devem realizar monitoramento constante das distintas condições, articulando-se com os diversos pontos de atenção do sistema (BRASIL, 2010). Desse modo, o ato de coordenar o cuidado deve corresponder à elaboração, acompanhamento e à gestão de projetos terapêuticos, à organização de fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, à gestão de listas de espera, à organização de protocolos de cuidado, além de realização da discussão e análise de casos (BRASIL, 2006; 2011).

No que tange às vertentes explicativas para o surgimento da coordenação do cuidado, podemos observar três. A primeira aponta que a origem das propostas de coordenação do cuidado

emergiu da crescente necessidade de adotar medidas para o controle de custos, de melhorar os resultados sobre a qualidade dos atendimentos e a satisfação dos usuários segurados por planos privados de saúde nos países norte-americanos (McDONALD et al., 2007; HOFMARCHER et al., 2007).

A segunda vertente destacou que as ações de coordenação surgiram a partir de modificações nas demandas e necessidades de saúde, decorrentes do aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas, que levaram ao crescimento na procura por serviços de saúde mais complexos. Este cenário colaborou para exigências de transformação das práticas centradas nos serviços, para práticas centradas nos usuários e suas reais necessidades (TIJALCK et al., 2006).

Na ótica da terceira vertente, as políticas orientadas para fortalecer a coordenação dos cuidados surgiram na tentativa de superar a fragmentação dos sistemas de saúde, a fim de colaborar para preencher lacunas entre diversos ambientes e proporcionar maior coerência e integração no processo de cuidado (REID et al., 2002).

No cenário brasileiro, o tema coordenação do cuidado ganhou força a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e teve como fatores determinantes a preocupação com problemas de acesso e eficiência dos serviços de saúde, caracterizados pelo crescimento de listas de espera, duplicações de provas diagnósticas e aumentos dos custos assistenciais (ALMEIDA, 2010a, 2010b).

Diante disso, a coordenação do cuidado tornou-se prioridade para gestores de sistemas de saúde, especialmente quando se trata de assistir pacientes crônicos, já que nesta circunstância existe a necessidade de intervenções de múltiplos profissionais (LORENZO et al., 2007; HOFMARCHER et al., 2007; MARTINEZ et al., 2009).

Dentre os principais objetivos da coordenação do cuidado, grande parte dos autores destaca a promoção da continuidade assistencial, a melhoria da qualidade e o potencial de interferir na redução dos custos da atenção à saúde (LORENZO et al., 2007; GERVAS e RICO, 2005; CHEN et al., 2006). Seu foco é direcionado principalmente para pacientes crônicos, por demandarem assistência de alto custo e por serem os mais susceptíveis aos efeitos negativos da fragmentação assistencial (McDONALD et al., 2007).

Autores ressaltam que coordenar os cuidados tem como função facilitar a prestação dos serviços em local e tempo oportuno, para usuários e familiares com distintas necessidades especiais de saúde, de modo a viabilizar uma oferta adequada dos cuidados na ordem e momento certos, frente às interfaces de cuidados entre a própria atenção primária, ou mesmo entre esta e os demais níveis de atenção (WENGER E YOUNG, 2004; McDONALD et al., 2007). É uma prática que deveria ser

exercida predominantemente por médicos de cuidados primários e que teria como objetivo auxiliar os usuários a receber serviços médicos especializados (BICKELL e YOUNG, 2001; BOLLAND e WILSON, 1994).

Em suma, a coordenação, atributo fundamental da atenção primária, é essencial para a garantia da qualidade e de resultados positivos sobre a saúde da população (SISSON et al., 2011). Nesta perspectiva, configura-se como condição necessária para alcançar um atendimento integral e contínuo, bem como atender a um conjunto de necessidades da população, sobretudo que exijam a integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Assim, com base nas distintas concepções sobre coordenação do cuidado, pode-se defini-la como um processo que visa integrar serviços de saúde, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para definir fluxos, para trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar e contra-referenciar pacientes com diferentes necessidades de saúde, entre serviços de saúde localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

### **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a coordenação do cuidado**

Tendo em vista que a coordenação do cuidado é um atributo presente na organização da atenção à saúde, sobretudo em sistemas de saúde organizados em rede ou que atuam de forma articulada e/ou integrada, é oportuno que, ao avaliar a atenção à saúde, leve-se em consideração a avaliação da coordenação do cuidado. Ainda, tendo-se a atenção primária à saúde como preferencial para a função de coordenadora do cuidado, eventuais propostas de avaliação deste nível de atenção devem abarcar questões referentes às dificuldades e facilidades para a execução deste atributo.

Neste sentido, diversas iniciativas institucionais têm sido fomentadas com o intuito de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Desde o início da década de 90, diversos programas, políticas e ações com o caráter de aperfeiçoamento dos serviços de cuidados primários têm sido instituídos. Algumas destas iniciativas merecem destaque, já que contribuem diretamente para o fortalecimento da APS por meio de ações que visam à expansão de cobertura dos serviços de cuidados primários, à qualificação das atividades relacionadas ao cuidado ofertado no âmbito da APS e ao processo de trabalho neste nível de atenção, à ampliação da abrangência e do escopo de ações de atenção primária à saúde, ao aumento do poder de resolubilidade da estratégia saúde da família, à garantia de recursos (humanos, materiais, físicos e financeiros) adequados ao pleno funcionamento



da APS e, ainda, ao fomento à mudança do modelo de atenção à saúde em vigência no Brasil (Quadro 1).

#### [QUADRO 1]

Outro conjunto de iniciativas também merece ser ressaltado, já que insere em seu campo de atuação os serviços de APS, contribuindo para o seu financiamento, sua organização, sua articulação com os serviços de média e alta complexidade ou com serviços de setores diversos (intersetorialidade), além de aspectos relacionados à ampliação das ações a serem desenvolvidas na APS (Quadro 2).

#### [QUADRO 2]

No tocante à qualificação das ações de APS, são destacadas as ferramentas de avaliação da qualidade propostas pela AMQ e pelo PMAQ. A AMQ, criada em 2005 pelo Ministério da Saúde do Brasil, teve o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado ofertado na atenção básica, por meio de uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade, desenvolvida especificamente para a ESF. A AMQ integrou um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2005).

Os eixos centrais da proposta foram o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a ESF, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido, foram elaborados cinco instrumentos de auto-avaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da SF, unidade SF, equipe SF e profissionais de nível superior da SF), os quais visavam possibilitar a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da ESF em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população (BRASIL, 2005). Um aspecto positivo da AMQ foi a incorporação de questões hábeis de graduar as diversas particularidades relacionadas às funções da atenção primária, como o primeiro contato, a coordenação do cuidado, a acessibilidade e as atividades de promoção e prevenção na avaliação do processo de trabalho neste nível de atenção (CAMPOS, 2005).

Apesar de a proposta AMQ ter sido concebida como um instrumento para institucionalizar a avaliação na ESF, não existem muitos registros na literatura nacional sobre o seu impacto (SILVA; CALDEIRA, 2010; 2011; VENÂNCIO et al, 2008). Alguns autores já relacionaram as dificuldades existentes em seu processo de implantação (VENÂNCIO et al., 2008; SARTI, 2009) e outros problematizaram que, de modo geral, existe uma percepção positiva das equipes sobre sua atuação, ou seja, que as equipes de saúde tendem a julgamentos generosos sobre o próprio desempenho (CANESQUI; SPINELLI, 2008; SILVA; CALDEIRA, 2010).

A partir das experiências da AMQ e considerando especialmente as limitações e possibilidades desta proposta, em julho de 2011 o Ministério da Saúde brasileiro lançou o PMAQ-AB, por meio da portaria nº. 1.654 de 19 de julho de 2011. Este programa visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, por meio da criação de um incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, a partir da pactuação de compromissos e avaliações de indicadores firmados entre as equipes de atenção básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB está fundamentado em sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento, às quais estão relacionadas: à construção de parâmetros de comparação da qualidade entre as diversas equipes de atenção básica, ao estímulo de um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade, à possibilidade de monitoramento e acompanhamento destes indicadores, ao fomento de processos de mudança de cultura gerencial e qualificação da atenção básica, ao desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização de compromissos e resultados, ao estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção, que deve priorizar as necessidades de saúde da população e a satisfação dos usuários, e ao estímulo do caráter proativo das equipes quanto à melhoria dos processos desenvolvidos na APS.

O Programa está organizado em quatro fases que se desenvolvem numa lógica de ciclo contínuo de avaliação do acesso e qualidade, a saber: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa; e 4) Recontratualização. A primeira fase refere-se ao processo de formalização da adesão das equipes (de saúde da família, de saúde bucal e do núcleo de apoio à saúde da família) ao programa, por meio de contratualização de compromissos e indicadores junto à gestão municipal, conselho municipal de saúde e comissões intergestores regional e tripartite. A segunda fase compreende o desenvolvimento de ações por parte das equipes e da gestão com o intuito de promover mudanças que possam produzir melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, por meio de um processo de autoavaliação das equipes, monitoramento dos indicadores

pactuados, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase engloba um conjunto de ações com vistas à identificação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa, a ser realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa. A quarta fase, por sua vez, diz respeito à pactuação singular dos municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB (Figura 1). A partir destas fases, equipes e municípios serão classificados e certificados conforme seu desempenho no processo de avaliação do Programa.

[FIGURA 1]

O primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB, ocorrido no ano de 2012, abarcou a avaliação exclusiva de equipes de saúde da família de municípios localizados em todos os estados brasileiros (Figuras 2 e 3). Para o segundo ciclo de avaliação, previsto para 2013/2014, foram acrescentadas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

[FIGURA 2]

[FIGURA 3]

Considerando que a APS pode ser fortalecida a partir de mecanismos que garantam sua função enquanto ordenadora do sistema de atenção à saúde e porta de entrada preferencial, onde os serviços localizados neste nível de atenção possam atuar como filtros analisadores das necessidades de cuidado dos usuários, torna-se oportuno avaliar o grau de coordenação do cuidado exercido pelas equipes de saúde da família. Neste sentido, o PMAQ-AB, por meio do componente ‘coordenação do cuidado’, adotou questões relativas a este atributo no processo de avaliação externa.

De acordo com distintos estudos, o atributo da coordenação do cuidado apresenta componentes essenciais e interdependentes para a sua consolidação. Dentre estes, destacam-se o planejamento da assistência individual, no qual são identificadas as necessidades e demandas dos usuários (CHEN et al., 2006; HOFMARCHER et al., 2007; GERVAS; RICO, 2005); a padronização de condutas por meio da utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas (FORREST et al., 2000; HEALEY et al., 2004; BOREMA 2006); a comunicação, onde são efetivadas trocas de informações

entre profissionais de um mesmo ou de diferentes níveis de atenção (MCDONALD et al., 2007; WENGER E YOUNG, 2004); a construção de sistemas de referência e contra-referência para definição de fluxos e contrafluxos assistenciais (COOLEY et al., 2003; CASSADY et al., 2000; KIBBE, 2001); e, por fim, o monitoramento dos usuários, processo em que estes são acompanhados de forma contínua pelos profissionais de saúde (FORREST et al., 2000; HEALEY et al., 2004; BOREMA 2006).

Partindo da análise dos instrumentos de avaliação externa (I, II e III) e tomando como referência as distintas concepções e componentes da coordenação do cuidado ressaltados pela literatura nacional e internacional, o PMAQ-AB aborda a coordenação do cuidado sob a ótica de práticas e processos (Quadro 3), que ora aparecem explícitos e ora se mostram implícitos.

No que concerne às informações que se mostraram claramente explícitas, percebe-se que no instrumento II são enfocadas dimensões de análise relativas ao agendamento de consultas especializadas quanto à forma e meios de marcação, bem como grupos prioritários envolvidos, com foco para pacientes com condições crônicas; à utilização de protocolos para definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos que necessitam de encaminhamento para outros pontos de atenção; e à solicitação de exames para condições crônicas frequentemente assistidas no âmbito da APS. No instrumento III, as informações categorizadas no componente coordenação do cuidado denotam o foco da avaliação restrita à marcação de consultas, encaminhamento para o atendimento especializado, acompanhamento do usuário após contra-referência dos demais níveis de atenção e, por fim, informações inerentes à facilidade na divulgação de resultados dos exames que chegam à unidade de saúde. Quanto ao instrumento I, não foram identificadas informações explícitas sobre o atributo da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012).

Sobre as informações implícitas, o que se verifica no instrumento I é um foco orientado para a avaliação quantitativa de recursos materiais, humanos e insumos da atenção à saúde. Apesar disso, considerando a importância da comunicação entre os serviços de APS e entre estes e os demais serviços de outros níveis de atenção, as questões de verificação quantitativa sobre recursos de tecnologia da informação se mostram pertinentes para a mensuração de meios que, de certa forma, contribuem para a efetivação do componente “comunicação”, fundamental no processo de coordenação do cuidado pela APS. Ademais, a avaliação sobre a disponibilidade de veículo para atividades externas como as visitas domiciliares e as buscas ativas, evidencia a importância de sua utilização como forma de viabilizar outro componente da coordenação: o monitoramento dos usuários adscritos (BRASIL, 2012).

No instrumento II são consideradas dimensões pertencentes ao apoio matricial (frequência e ações desenvolvidas junto à equipe de AB); à organização dos prontuários na unidade de saúde,

inclusive quanto à existência e integração de prontuários eletrônicos com os demais pontos de atenção; à organização da agenda para grupos prioritários que necessitem de cuidado continuado; à comunicação entre profissionais da APS e especialistas, inclusive quanto à frequência de contatos efetivados, fluxos e canais de comunicação institucionalizados; e meios e instrumentos para encaminhamento/definição de fluxos assistenciais de usuários para os demais pontos da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Pôde-se identificar ainda, que o instrumento II enfoca a avaliação categorizando questões que contemplam distintas condições crônicas. Para estas, são priorizadas frequentemente informações relativas ao agendamento de consultas, acompanhamento, busca ativa e tratamentos.

No instrumento III, a avaliação da coordenação do cuidado se restringe à identificação de processos relativos ao acompanhamento dos usuários pela equipe de APS, encaminhamento para profissionais especialistas e agendamento de consultas futuras pela equipe de AB (BRASIL, 2012).

Apesar da abordagem de diferentes dimensões sobre a coordenação do cuidado, a análise dos instrumentos de avaliação externa permite inferir sobre algumas limitações. A primeira diz respeito à ausência de questões que pudessem abarcar a coordenação do cuidado horizontal (entre serviços existentes no próprio nível dos cuidados primários). A segunda refere-se ao fato da concepção adotada considerar apenas a coordenação para condições crônicas, de modo que não são evidenciadas questões que envolvam informações sobre a coordenação do cuidado entre APS e serviços de emergência e hospitalares, uma vez que também é preciso garantir a atenção em tempo e local oportunos para condições agudas e episódios de agudização decorrentes de complicações crônicas. A terceira limitação está relacionada à incipiente interação entre a APS e a atenção terciária, uma vez que as questões de comunicação e encaminhamento estão restritas à relação entre a APS e a atenção especializada. A quarta refere-se à baixa correspondência entre as questões de coordenação do cuidado abordadas com o profissional de saúde quando comparadas com aquelas abordadas junto aos usuários, tendo em vista que estes são informantes-chave essenciais para o processo de validação das informações obtidas nas entrevistas com os profissionais de nível superior. Por fim, a quinta limitação corresponde à pouca ênfase dos instrumentos nos componentes da coordenação “planejamento da assistência individual” e “monitoramento dos usuários”. Tais componentes são fundamentais, já que o primeiro permite elencar prioridades, participantes-chaves, definir responsabilidades, habilidades e ações necessárias, e o segundo visa identificar necessidades de ajustes e falhas no processo de coordenação do cuidado.

## Considerações finais

A análise aqui apresentada evidencia as potencialidades e limitações do PMAQ-AB enquanto uma alternativa institucional de indução de processos de melhoria do acesso e qualidade da APS e de institucionalização da avaliação. No tocante às limitações, além das questões metodológicas levantadas, o fato desta proposta se materializar em um programa de abrangência nacional, se apresenta como um importante limitador no sentido de capturar as especificidades locais e loco-regionais. Por mais que os instrumentos possam ser aprimorados a cada ciclo de avaliação do PMAQ-AB, a estratégia de avaliação mediante um instrumento nacional (padronizado) não parece ser a mais apropriada.

Além disso, o desenho do programa pautado na vinculação de repasse financeiro mediante processo de avaliação de desempenho, com natureza de caráter avaliativo fomentado pelo nível central de gestão (Ministério da Saúde), parece insuficiente para estimular modificações na cultura organizacional, como um processo de autoavaliação permanente por parte das equipes da AB, bem como à insuficiência da utilização das informações produzidas para a tomada de decisão.

Apesar destas questões, o PMAQ-AB pode ser visto como uma oportunidade para induzir mudanças nas organizações de saúde, as quais incluem o fortalecimento de processos de gestão participativa, a partir de uma análise dos dados produzidos pelo Programa, sobretudo aqueles obtidos na fase de avaliação externa. Além disso, o programa prevê um processo de avaliação periódica, o qual é mais apropriado do que avaliações episódicas. O PMAQ-AB se mostra, ainda, como um importante gerador de informações relativas ao diagnóstico situacional da APS nas diversas localidades brasileiras, a partir do qual diversas janelas podem ser abertas tanto no que diz respeito à mudança das práticas de saúde quanto no desenvolvimento de pesquisas científicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. de. Estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. IN: ALMEIDA, P. F. **Estratégias de coordenação de cuidados: fortalecimentos da Atenção Primária à Saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos**. Escola Nacional de Saúde Pública: ENSP. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Originalmente apresentada como tese de doutorado. Rio de Janeiro, RJ, 2010a.

ALMEIDA, P. F. de.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010b.

ALMEIDA, P.F. de.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A.; Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

BICKELL, N. A.; YOUNG, G.J. Coordination of care for early-stage breast cancer patients. **JGenInternMed**, v. 16, n. 11, p. 737-42. 2001.

BOLLAND, J.M.; WILSON, J.V. Three faces of integrative coordination: a model of vinter organizational relations in communit y based v health and human services. **Health Serv Res.**, v. 29, n. 3, p. 341-66. 1994.

BOERMA, W.G.W. Coordenação e integração em atenção primária europeia. **In:** Atenção primária conduzindo as redes de atenção. OMS, 344 p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família:** documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997.** Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM1882\\_18Dezembro\\_1997.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM1882_18Dezembro_1997.pdf)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15676-3066>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 157, de 19 de fevereiro de 1998**. Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria157.pdf>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12221-373.html>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: dez/2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20687.pdf>>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 719, de 7 de abril de 2011.** Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt0719\\_07\\_04\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt0719_07_04_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). . Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.132, de 06 de setembro de 2011.** Declara a elegibilidade dos Estados e do Distrito Federal, temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, para reconstrução. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2132\\_06\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2132_06_09_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.134, de 06 de setembro de 2011.** Declara a elegibilidade dos Municípios temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, para reconstrução, e a elegibilidade dos Municípios temporariamente inelegíveis para a adesão ao projeto. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2134\\_06\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2134_06_09_2011.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011**. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Re-des na Atenção Básica, integrado ao Pro-grama Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt2554\\_28\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt2554_28_10_2011.html). Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Contribuições para a construção de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS no SUS. In: **Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no SUS**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasil. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: dez/2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: dez/2013.

BROWN, R.; SCHORE, J.; ARCHIBALD, N. Et al. **Coordinating care for Medicare beneficiaries: early experiences of 15 demonstration programs, their patients, and providers**. 2004. Disponível em: <http://www.mathematicampr.com/publications/PDFs/bestpraccongressional.pdf>

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p. S63-S69, 2005.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.

CASSADY, C.E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.P.; BERK, R.A.; NANDA, J.P.; FRIEDENBERG, L. A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4. p. 998-1003. 2000.

CHEN, A.; BROWN, R.; ARCHIBALD, N.; ALIOTTA, S. Fox PD. **Best practices in coordinated care.2000.**Disponívelem:

[http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC\\_Full\\_Report.pdf](http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Full_Report.pdf)

COOLEY, W.C.; MCALLISTER, J.W.; SHERRIEB, K.; CLARK, R.E. The Medical Home Index: development and validation of a new practice-level measure of implementation of the Medical Home model. **Ambul Pediatr**, v. 3, n. 4, p. 173- 80. 2003.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.** v. 20, n. 4, p. 961-970. 2011.

EHRlich, C.; KENDALL, E.; MUENCHBERGER, H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. **Contemp Nurse.** v. 42, n. 1, p. 67-75, Aug. 2012.

FEÓ, J.J.O.; CAMPO, J.M.F.; CAMACHO, J.G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma Del ejercicio profesional? **Rev Adm Sanit.**, v. 4, n. 2, p. 357-82. 2006.

FORREST, CB. Et al. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care.**ArchivesofPediatrics&AdolescentMedicine.**V.154, n.5, p.499-506.2000.

GERVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **Semergen**, v. 31, n. 9, p. :418-23. 2005.

GITTELL, J.H. Organizing work to support relational co-ordination.**Int J of Human Resource Management**, v. 11, n. 3, p. 517-39. 2000.

HEALEY, A.N.; UNDRE, S.; VINCENT, C.A. Developing observational measures of performance in surgical teams. **QualSaf Health Care**, v.1, p. 33-40. 2004

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination.**OECD Health WorkingPapers, n. 30, OECD Publishing. 2007.

KIBBE, D.C. Physicians, care coordination, and the use of web-based information systems to manage chronic illness across the continuum.**Case Manager**, v. 12, n. 5, p. 6-61. 2001.

LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L.V. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en la organización sanitaria integrada en Cataluña. **Gac Sanit.**,v.21, v.2, p. 114-23. 2007.

MALTA, D. C. ; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação e Saúde**. v. 14, n. 34, p. 53-605, Jul/Set. 2010.

MARTINEZ, D.H.; NAVARRETE, M.L.V.; LORENZO, I.V. Factores que influyen em lacoordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit**. v. 23, n. 4, p. 280–286. 2009.

MCDONALD, K.M. Et al. Care Coordination. **In: Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies**. AHRQ Publication n. 4, v.7, p.-0051-7, jun. 2007.

NÚÑEZ , R.T.; LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**. v. 20, n. 6, p. 485–95. 2006.

REID, R. HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. 2002. Disponível em:  
[http://www.chsrf.org/final\\_research/commissioned\\_research/programs/pdf/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.chsrf.org/final_research/commissioned_research/programs/pdf/cr_contcare_e.pdf)

SARTI, T. D. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo utilizando o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)**. 2009. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pósgraduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde** [online]. 2011, vol.9, n.1, pp. 95-108. ISSN 1981-7746.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.6, pp. 1187-1193. ISSN 0102-311X.

SISSON, M.C.; ANDRADE, S.R. de.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. de.; SOUZA, C.R.P. de. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.991 1004, 2011.

TILJACK, H.; HUTTEN, J.; CALNAN, M. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. **In: Atenção primária conduzindo as redes de atenção**. OMS, 2006. 344 p.

VENÂNCIO, S. I.; SILVA, A. L.; MARTINS, M. C. F. N.; MARTINS, P. N.; FIGUEIREDO, R.; ROSA, T. E. C. et al. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.

Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/7\\_-\\_amq.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/7_-_amq.pdf). Acesso em: dez/2013.

WENGER, N.S.; YOUNG, R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. Santa Monica, CA: RAND Health. **Report No.:** RAND report no. WR-176. 2004.

## QUADROS/FIGURAS

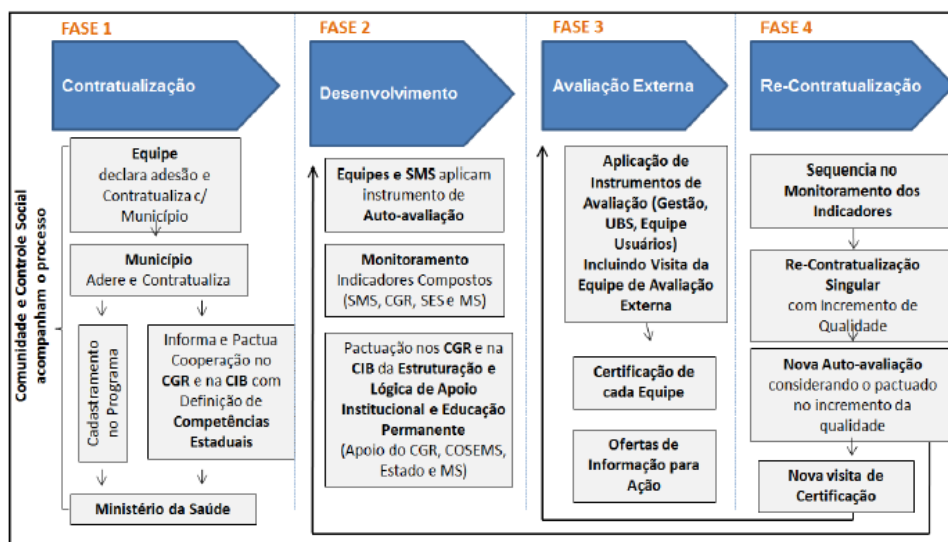


Figura 1 - Fases do PMAQ-AB. Fonte: Brasil, 2011.

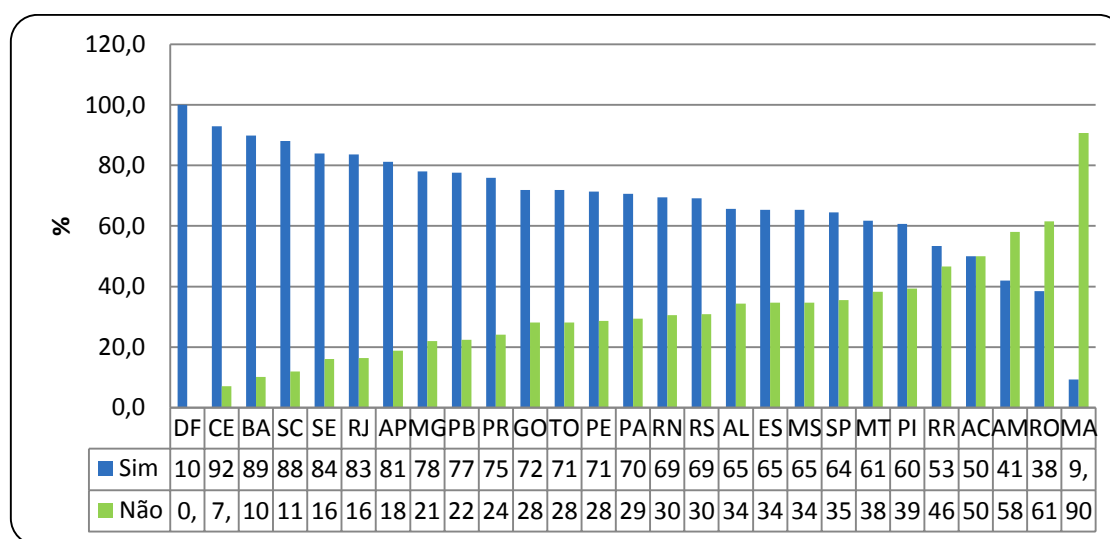
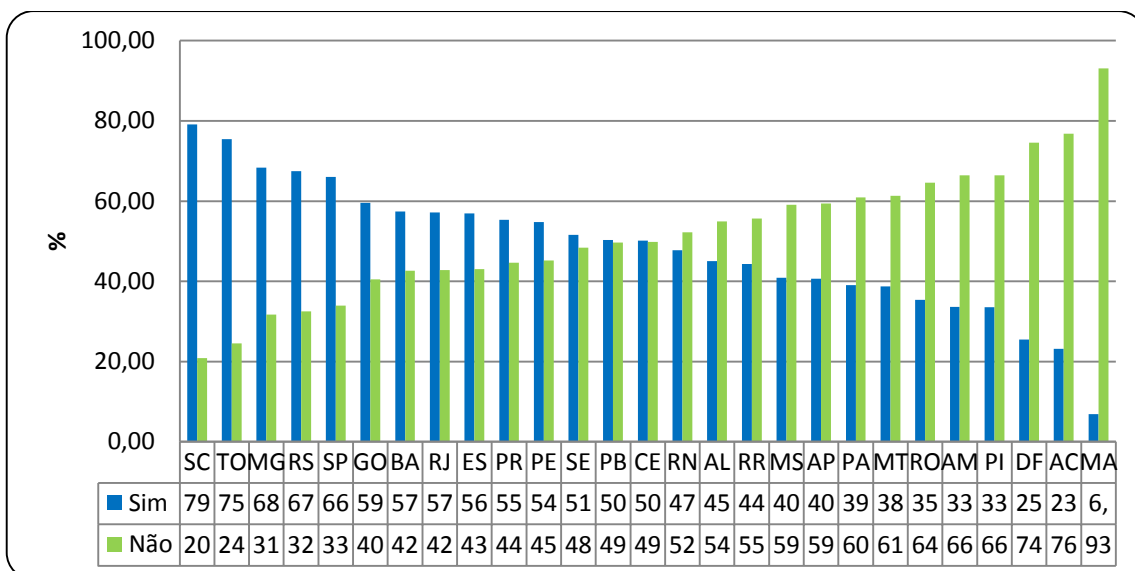


Figura 2 - Percentual de municípios por UF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica – PMAQ. Fonte: Brasil, 2011.



**Figura 3** - Percentual de equipes por UF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica – PMAQ. Fonte: Brasil, 2011.

**Quadro 1** – Iniciativas institucionais criadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde para fomentar o aperfeiçoamento e fortalecimento dos serviços de cuidados primários.

<b>INICIATIVAS</b>	<b>SIGLA</b>	<b>DOCUMENTO(S) DE REFERÊNCIA</b>
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS	Portaria N° 648 de 28 de março de 2006; Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011
Programa/Estratégia Saúde da Família	PSF/ESF	Portaria N° 648 de 28 de março de 2006; Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011
Piso de Atenção Básica	PAB	Portaria N° 1882 de 18 de dezembro de 1997
Sistema de Informação da Atenção Básica/ Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica	SIAB/SISAB	Portaria N° 1882 de 18 de dezembro de 1997; Portaria GM/MS/N° 157 de 19 de fevereiro de 1998; Portaria N° 1.412, de 10 de julho de 2013
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS	Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002
Saúde bucal na saúde da família	-	Portaria N° 3.066, de 23 de dezembro de 2008
Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família	PROESF	Portaria N° 2.132 de 06 de setembro de 2011; Portaria N° 650 de 28 de março de 2006
Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF	AMQ	Documento Técnico da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB	Portaria N° 648 de 28 de março de 2006; Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011
Núcleos de Apoio à Saúde da Família	NASF	Portaria N° 154 de 24 de janeiro de 2008
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	<i>PMAQ-AB</i>	Portaria N° 1.654, de 19 de julho de 2011
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica	PROVAB	Portaria Interministerial n° 2.087 / MS / MEC, de 1° de setembro de 2011
Programa Mais Médicos	-	Portaria Interministerial n° 1.369, de 8 de julho de 2013



**Quadro 2** – Iniciativas institucionais criadas no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro e que inserem a Atenção Primária à Saúde em seu espectro de atuação.

<b>INICIATIVAS</b>	<b>SIGLA</b>	<b>DOCUMENTO(S) DE REFERÊNCIA</b>
Norma Operacional Básica de 1996	NOB-96	Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996
Norma Operacional de Assistência à Saúde no SUS	NOAS-SUS 01/02	Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	PNPIC	Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006
Condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	PBF	Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004
Política Nacional de Promoção da Saúde	PNPS	Portaria Nº 687 de 30 de março de 2006
Programa de Saúde na Escola	PSE	Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007;
Pacto pela Saúde	-	Portaria GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006
Programa Telessaúde Brasil Redes	-	Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011
Política Nacional de Humanização	HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS
Programa Academia da Saúde	-	Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011; Portaria Nº 1.402, de 15 de Junho de 2011

**Quadro 3** – Lista de questões e componentes relativos à coordenação do cuidado contemplados no instrumento de avaliação externa I, II e III do PMAQ (Ciclo1).

Dimensão	Questões
<p>Agendamento de consultas e solicitação de exames</p>	<p><b>Questões direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <p>7. A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? Existe documento que comprove?</p> <p>8. Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas?</p> <p>9. Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?</p> <p>10. Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?</p> <p>11. A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?</p> <p>12. Quais os exames solicitados para: Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes melitus, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, pré-natal e diagnóstico da sífilis?</p> <p><b>Questões direcionadas ao usuário</b></p> <p>13. Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?</p> <p>14. O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</p> <p>15. O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?</p>
<p>Utilização de protocolos</p>	<p><b>Questões direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento? Existe documento que comprove?</li> <li>• A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para quais condições?</li> </ul>

<p>Comunicação entre profissionais da APS e especialistas</p>	<p><b>Questões direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <p>16. Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?</p> <p>17. Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?</p> <p>18. Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? Qual é o fluxo institucional de comunicação?</p> <p>19. Qual canal está disponível na unidade de saúde para que o contato se efetive?</p> <p>20. Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefones e/ou e-mails? Existe documento que comprove?</p>
<p>Encaminhamento e definição de fluxos assistenciais</p>	<p><b>Questões direcionadas ao profissional de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? Quais as centrais de marcação disponíveis?</li> <li>• Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? Existe documento que comprove?</li> <li>• A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe?</li> <li>• Indique quais são as referências e fluxos definidos. Existe documento que comprove?</li> <li>• Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?</li> <li>• A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? Existe documento que comprove?</li> </ul> <p><b>Questões direcionadas ao usuário</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quando o(a) senhor(a) é atendido(a) na unidade de saúde e necessita ser encaminhado(a) para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?</li><li>• Depois que o(a) senhor(a) foi atendido(a) por outros profissionais fora desta unidade de saúde, a equipe conversou com o(a) senhor(a) sobre este atendimento?</li><li>• A senhora já foi encaminhada para fazer uma consulta com o(a) médico(a) ginecologista, em outra unidade de saúde?</li></ul>
Monitoramento do usuário	<p><b>Questões direcionadas aos usuários</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?</li><li>• Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?</li></ul>

**Fonte:** instrumentos de avaliação externa I, II, III do PAMQ-AB.