



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SOFIA GUERRA ÁVILA

**COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS  
ASSISTENCIAIS: AVALIANDO UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE  
DO RECIFE**

RECIFE

2022

SOFIA GUERRA ÁVILA

**COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS  
ASSISTENCIAIS: AVALIANDO UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE  
DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Santos Dubeux

RECIFE

2022

Catálogo na Fonte  
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

A958c      Ávila, Sofia Guerra.  
Coordenação e continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais :  
avaliando uma rede de atenção à saúde na cidade do Recife / Sofia Guerra  
Ávila. – 2022.  
129 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientador : Petrônio José de Lima Martelli.  
Coorientadora : Luciana Santos Dubeux.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de  
Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife,  
2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Níveis de Atenção à Saúde. 2. Continuidade da Assistência ao  
Paciente. 3. Governança Clínica. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Martelli,  
Petrônio José de Lima (Orientador). II. Dubeux, Luciana Santos  
(Coorientadora). III. Título.

614                      CDD (23.ed.)                      UFPE (CCS2022-194)

**SOFIA GUERRA ÁVILA**

**COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS: AVALIANDO UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 16/02/2022

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dr. **Petronio José de Lima Martelli** (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Isabella Chagas Samico** (Examinadora Externa)  
GEAS/IMIP

Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra** (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade, todos os dias, de fazer melhor.

Ao meu noivo e incansável companheiro, Pedro, também mestrando deste programa, que soube estar presente cuidando, ouvindo, discutindo e contribuindo com a minha formação.

Aos meus pais, a maior de todas as gratidões, pelo carinho, pelo apoio incondicional e por sempre terem compartilhado desse meu sonho. À toda minha família pelo papel importante em minha vida.

Aos meus colegas do mestrado com quem aprendi muito, compartilhei muitas alegrias e muitas angústias, além do apoio obtido durante esta jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, por possibilitar minha formação. A todos os professores pelo conhecimento compartilhado com tanta dedicação e paciência.

Aos meus orientadores, Petrônio Martelli e Luciana Dubeux, por acreditarem e apoiarem o meu trabalho. Pela disponibilidade com que partilharam seus conhecimentos para contribuir nesta pesquisa. Em especial à Luciana, pela paciência, pelos momentos de conversa e compreensão das minhas angústias, sem os quais eu jamais teria conseguido.

À Isabella Samico e Eronildo Felisberto, responsáveis pelo Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP), pelo grande aprendizado que me proporcionaram e por terem confiado no meu trabalho.

À Ana Coelho Albuquerque, Ana Telma Araripe, Marina Mendes e todos os meus colegas do GEAS, que me receberam de braços abertos, com muita disposição para dialogar. Aprendo diariamente com vocês, lições não só acadêmicas, mas, sobretudo, de vida.

E a todos que, direta ou indiretamente, me impulsionaram na construção desse trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“A ciência não nos dá certeza final e absoluta. Apenas nos dá convicção dentro dos limites de nossa capacidade mental e do prevalecente estado do conhecimento científico. Um sistema científico não é, senão, um estágio, na permanente busca de conhecimento. É necessariamente afetado pela insuficiência inerente a todo esforço humano” (MISES, 2010, p.38).

## RESUMO

O forte predomínio das condições crônicas não pode ser respondido com efetividade e qualidade por um sistema de saúde desarticulado e fragmentado, devido às descontinuidades na atenção ofertada, que além de causar impactos negativos para a saúde dos pacientes, elevam os custos da assistência. O enfrentamento das condições crônicas necessita da conformação efetiva das Redes de Atenção à Saúde, onde a Atenção Primária à Saúde possa exercer o seu papel de coordenadora dos cuidados, atuando de forma articulada com a Atenção Especializada, de forma a garantir o acesso oportuno aos usuários e a integralidade do cuidado. A coordenação da assistência e a continuidade dos cuidados são elementos essenciais para a atenção destes pacientes, e o estudo dos aspectos relacionados a esses fenômenos pode oferecer contribuições para a condução de melhorias nos serviços públicos e na qualidade dos cuidados ofertados. Esta dissertação objetivou-se avaliar a coordenação e a continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais em uma rede municipal de saúde na cidade do Recife. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e transversal, que utilizou os dados de inquéritos realizados pela pesquisa Equity-LA II em 2017 e 2018, com 182 profissionais e 407 usuários da rede pública de saúde dos distritos sanitários III e VII do município de Recife. Os inquéritos realizados verificaram a opinião dos atores sobre a coordenação assistencial e a continuidade dos cuidados entre a atenção primária e a atenção especializada na rede de estudo. Os dados foram analisados por meio de estatística univariada e bivariada. A realização deste estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer nº 4.213.652/2020. Foram identificadas fragilidades na coordenação e descontinuidades no cuidado ofertado aos usuários da rede, evidenciados nos longos tempos de espera para acesso ao atendimento, nos baixos níveis de comunicação e colaboração entre os profissionais da Atenção Primária e da Atenção Especializada, entre outros. Os resultados sugerem a necessidade de estratégias orientadas para a melhoria da articulação entre níveis, para o aumento dos níveis de comunicação e colaboração entre os profissionais, para a valorização do papel da Atenção Primária como porta de entrada, entre outros.

**Palavras-chave:** níveis de atenção à saúde; continuidade da assistência ao paciente; gestão clínica; atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

The strong predominance of chronic conditions cannot be answered, with effectiveness and quality, by a disjointed and fragmented health system, due to discontinuities in the care offered, which, in addition to causing negative impacts on the health of patients, raise the costs of assistance. Coping with chronic health conditions requires the effective conformation of Health Care Networks, where Primary Health Care can exercise its role as care coordinator, acting fully articulated with Specialized Care, in order to guarantee timely access to users and the integrality of health care. Coordination and continuity of care are essential elements for the attention of these patients, and the study of aspects related to these phenomenon can offer contributions for improvements in public services and in the quality of care provided. This dissertation aimed to evaluate the coordination and continuity of clinical management between levels of care in a municipal health network in the city of Recife. This is an evaluative, descriptive and cross-sectional study, which used data from surveys carried out by the Equity-LA II research in 2017 and 2018, with 182 professionals and 407 users of the public health network in health districts III and VII of the municipality of Recife. The surveys verified the opinion of the actors about the care coordination and the continuity of care between primary and specialized care in the network in question. Data were analyzed using univariate and bivariate statistics. The conduction of this research complied with the ethical precepts of Resolution 466/12 and 510/16 of the National Health Council, and was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco under protocol nº 4.213.652/2020. Fragilities in care coordination and discontinuities in the attention offered to users were identified, evidenced in the long waiting times for access to care, in the low levels of communication and collaboration between Primary and Specialized care professionals, among others. The results suggest the need of improvement-oriented strategies for the articulation between levels, for increasing levels of communication and collaboration between professionals, for the appreciation of primary care as a gateway, care coordinator and network organizer, among others.

**Keywords:** health care levels; continuity of patient care; clinical governance; primary health care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção entre níveis assistenciais.	28
Quadro 2 –	Tipos, dimensões e atributos da continuidade entre níveis assistenciais.	33
Quadro 3 –	Fases da Pesquisa Equity-LA II.	42
Quadro 4 –	Relação das variáveis sociodemográficas e laborais utilizadas para a caracterização da amostra de profissionais de saúde.	52
Quadro 5 –	Relação das variáveis de coordenação da gestão clínica e definições.	53
Quadro 6 –	Relação das variáveis sociodemográficas e de morbidade utilizadas para caracterização da amostra de usuários da rede de saúde.	54
Quadro 7 –	Relação das variáveis de continuidade da gestão clínica e definições.	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição da amostra de médicos e usuários da Pesquisa Equity-LA II, na rede de saúde de Recife (DS III e VII), 2017.	48
Tabela 2 –	Composição da amostra de médicos na rede de Recife (DS III e VII), 2017.	49
Tabela 3 –	Composição da amostra de usuários na rede de Recife (DS III e VII), 2017.	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Atenção Especializada
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAENA-BR	Questionário de continuidade entre níveis de atenção - Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COORDENA- BR	Questionário de Articulação/Coordenação entre os níveis de atenção - Brasil
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
DS	Distrito(s) Sanitário(s)
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EQUITY-LA II	Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Rede Integrada de Serviços em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
2.1	AS REDES DE ATENÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	16
2.2	A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	25
2.3	A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	29
2.4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS TEÓRICOS	34
2.5	A PESQUISA EQUITY-LA II	42
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>44</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>46</b>
4.1	OBJETIVO GERAL	46
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
<b>5</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>47</b>
5.1	DESENHO DO ESTUDO	47
5.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	47
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	48
5.3.1	<i>Composição da amostra</i>	49
5.4	COLETA DE DADOS	50
5.5	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	51
5.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	57
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	58
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO 1</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE B – ARTIGO 2</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIOS</b>	<b>114</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>122</b>
	<b>ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DO IMIP</b>	<b>127</b>
	<b>ANEXO D – APROVAÇÃO DO ARTIGO 1</b>	<b>128</b>
	<b>ANEXO E – SUBMISSÃO DO ARTIGO 2</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Passadas três décadas de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a desigualdade e a ineficiência permanecem como problemas centrais a serem enfrentados, e podem ser potencializados, uma vez que os gastos públicos com saúde vêm diminuindo significativamente nos últimos anos. Esse contexto de escassez de recursos impossibilita maiores investimentos não só na ampliação do acesso e na qualificação dos serviços de saúde, mas também em políticas sociais que incidam sobre as condições de vida e de trabalho da população, fatores sociais determinantes em se tratando de saúde (VIEIRA, 2020). As desigualdades de acesso e as ineficiências do SUS também contribuem para a sobrecarga financeira dos usuários, haja vista que o gasto privado das famílias nas despesas com serviços privados de saúde aumentou nos últimos anos, passando de 53,5%, em 2010, para 56,8% em 2017 (IBGE, 2019).

Desde a sua criação, no final da década de 1980, o SUS defronta-se com uma supervalorização do modelo biomédico assistencial, resultando na excessiva demanda por exames diagnósticos, na baixa capacidade de atendimento das necessidades da população, e na incipiente gestão de recursos físicos, financeiros e humanos. Além disso, a pauta da saúde é permeada por um jogo de interesses e forças políticas cujos principais objetivos não são necessariamente o atendimento das demandas do sistema. Nesse sentido, a oferta de serviços passa a ser ditada muito mais pelos limites financeiros que os subsidiam, do que pelas reais necessidades dos usuários (RAUPP *et al.*, 2015; MALTA e MERHY, 2010; MALTA *et al.*, 2019).

No entanto, de acordo com Mendes (2011), os sistemas de saúde devem conferir respostas às necessidades da população, devendo existir coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção, sob pena de instalar-se uma crise sanitária caracterizada pela ausência de resposta aos principais agravos. Devido às transições epidemiológica e demográfica, o SUS precisa responder a um perfil epidemiológico complexo, caracterizado por uma tripla carga de doenças, em uma população numerosa, socioeconomicamente desigual e em rápido processo de envelhecimento. Apesar dos esforços empreendidos no seu fortalecimento, a conformação de um modelo de atenção integrado, acessível, que proporcione um cuidado longitudinal e integral ainda configura-se como um desafio a ser superado.

O forte predomínio das condições crônicas de saúde não pode ser respondido com efetividade e qualidade por um sistema desarticulado e fragmentado, uma vez que a descontinuidade da atenção além de causar impactos negativos para a saúde, eleva os custos da

assistência (VERAS *et al.*, 2014; NÓBREGA *et al.*, 2015). O enfrentamento das condições crônicas necessita da conformação de um modelo de atenção que seja capaz de reduzir a fragmentação, permitindo acesso às tecnologias de média e alta complexidade, visto que essas doenças possuem curso prolongado e requerem abordagem longitudinal, integral, com estímulo ao autocuidado e ao vínculo (RAUPP *et al.*, 2015; MALTA e MERHY, 2010; MALTA *et al.*, 2019).

Uma das estratégias propostas para melhorar a equidade e a eficiência do SUS centra-se na conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), estruturas criadas para atender problemas complexos, diante de recursos escassos, as quais a centralidade nas necessidades em saúde é uma das características mais importantes (OUVERNEY e NORONHA, 2013). As RAS devem ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e devem manter objetivos comuns e ação cooperativa interdependente para prestar cuidados qualificados, humanizados, com custo e em tempo oportuno, tendo as necessidades dos usuários como eixo central (MENDES, 2011).

Entretanto, alguns fatores vêm dificultando a operacionalização das RAS no SUS, a exemplo das barreiras encontradas pelos usuários no acesso universal aos serviços; o reduzido financiamento público; a distribuição e descentralização ineficiente de recursos, ações e serviços; a insuficiência na oferta de Atenção Especializada (AE); entre outros. Soma-se ainda a vasta dimensão territorial brasileira, com sua diversidade cultural e social; a conformação de uma gestão tripartite de entes autônomos (união, estados e municípios), com diferentes formatos de gestão pública; as disputas políticas e partidárias entre os entes; a qualificação insuficiente dos gestores; e a interferência dos interesses privados e corporativos no âmbito da saúde pública (SILVA, 2011; LEANDRO e MONTEIRO, 2017; FREITAS e ARAÚJO, 2019).

Outro ponto que merece destaque diz respeito à organização das RAS, a qual depende diretamente da qualificação da APS no exercício da coordenação assistencial, e ainda da articulação entre níveis assistenciais, para fornecer respostas adequadas às demandas, considerando a diversidade e a extensão do território brasileiro (MENDES, 2011). A ausência de articulação entre os pontos de atenção do sistema potencializa as ineficiências já mencionadas. Uma APS robusta, que sirva como ponto de entrada para a rede, e que seja capaz de exercer a coordenação do cuidado que deve ser ofertado aos pacientes desde o momento que este entra na rede, até o momento que suas necessidades são satisfeitas, contribui para racionalizar a demanda, evitando a duplicidade de esforços, a competição pelos recursos humanos escassos, o aumento dos custos e também das injustiças, melhorando os resultados do sistema como um todo. Também é necessária a integração dos serviços diagnósticos,

especializados e hospitalares, bem como os sistemas de referência e contrarreferência, permitindo assim a continuidade dos cuidados prestados aos usuários (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2017).

Coordenação, continuidade e integração dos cuidados são termos frequentemente utilizados de forma intercambiável para se referir à mesma ideia: a conexão dos cuidados que um paciente recebe de várias fontes de provisão. A coordenação da assistência centra-se na perspectiva dos profissionais acerca da interação entre as estruturas que ofertam serviços à saúde. Foca em como esses profissionais percebem a transferência de informações entre níveis, bem como a existência de um objetivo em comum dentro de um plano compartilhado de cuidados ao paciente, e outros aspectos (TERRAZA-NUÑES, VARGAS e VÁZQUEZ, 2006). Já a continuidade dos cuidados volta seu olhar para como o usuário vivencia a coerência, a união e a conexão entre os serviços de saúde ao longo do tempo, observando aspectos relativos ao acesso adequado e oportuno aos serviços, ao relacionamento existente entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, ao fluxo e à qualidade das informações que circulam entre os serviços e os níveis (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002).

O estudo dessas relações entre níveis em sistemas de saúde tem instigado diversos pesquisadores nos últimos anos, e tem produzido contribuições relevantes para a condução de melhorias na organização de sistemas de saúde. Uma das pesquisas que se propôs a contribuir com essa discussão foi a pesquisa Equity-LA II, cujo objetivo era avaliar o impacto e a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços em diferentes sistemas de saúde da América Latina. Com um enfoque de pesquisa-ação, a pesquisa Equity-LA II avaliou redes de saúde comparáveis em seis países da América Latina, abordando as experiências de profissionais e de usuários acometidos por infecções crônicas de saúde (VAZQUEZ *et al.*, 2015). No Brasil, a pesquisa foi realizada em dois municípios de Pernambuco, Recife e Caruaru, e contou com a realização de inquéritos com profissionais e usuários das redes públicas de saúde.

O presente estudo corresponde a um recorte da pesquisa Equity-LA II, utilizando os dados referentes à redes de saúde de Recife. Seu objetivo foi avaliar, sob a ótica de profissionais e usuários, os aspectos relativos à coordenação e à continuidade da gestão clínica entre a APS e a AE. A presente dissertação está organizada em capítulos. Inicialmente será apresentado o referencial teórico, principalmente no que se refere às redes integradas em saúde, aos fundamentos de coordenação assistencial, de continuidade dos cuidados e de avaliação em saúde e ainda um breve relato sobre a pesquisa Equity-LA II. Em seguida, apresenta-se a

justificativa, os objetivos e os métodos, com a explicitação dos aspectos éticos que nortearam a condução deste estudo. Na seção Resultados, serão apresentados os artigos científicos que se resultaram deste estudo, o primeiro intitulado “*Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Brasil*”, apresenta a visão dos profissionais sobre a coordenação assistencial da rede de estudo. O segundo, denominado “*Continuidade da atenção entre níveis: experiências dos usuários de uma rede de saúde municipal*”, aborda a perspectiva dos usuários da mesma rede de estudo, e suas considerações sobre a continuidade dos cuidados recebidos durante seu percurso entre os serviços de saúde de APS e AE. Por fim, são feitas as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 AS REDES DE ATENÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se na sua terceira década de existência, superando muitas adversidades e trazendo consigo uma bagagem extensa de experiências exitosas (PAIM, 2018; SANTOS, 2018). Entretanto, permanecem desafios a serem superados. Um destes desafios centra-se na implantação efetiva e integral de um modelo de atenção que seja capaz de reduzir a fragmentação da assistência à saúde considerando as realidades e as necessidades de saúde da população, diante da dimensão do território brasileiro, e consonante com os princípios do SUS (MENDES, 2018).

Entre as principais dificuldades geradas pela fragmentação assistencial estão a diminuição da capacidade de atendimento das necessidades em saúde, a supervalorização do atendimento médico especializado e a lógica de mercado que governa a oferta de serviços de saúde. Estas dificuldades tornam-se objeto de um jogo de interesses e forças políticas com objetivos que não se comunicam com as reais necessidades da população, prejudicando principalmente os usuários dos serviços de saúde. A oferta de serviços termina por se concentrar mais nos limites financeiros que o subsidiam, que na prestação da devida atenção à saúde (SANTOS *et al.*, 2015).

Os sistemas universais de saúde em diferentes países, entre eles o Brasil, representam grandes conquistas civilizatórias do século XX. Entretanto, esses sistemas vêm sofrendo com grandes reformas com vistas à privatização da saúde, que ameaçam os fundamentos dos sistemas de saúde universais, como a universalidade, a integralidade e a continuidade assistencial (PAIM, 2019). Superar a fragmentação da atenção parece ser um desafio de escala mundial, especialmente para lidar com os problemas advindos da transição epidemiológica, onde predominam os problemas crônicos de saúde (BELTRAMMI e REIS, 2019). O Brasil apresenta um perfil epidemiológico e demográfico característico dos países em desenvolvimento: uma tripla carga de doenças, onde dominam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas comorbidades, porém ainda há que se lidar com a persistência, a reincidência e o surgimento de agravos agudos, e o expressivo aumento da morbimortalidade por causas externas (PEIXOTO, 2020). No aspecto demográfico, esses fatores associam-se à uma população numerosa, socioeconomicamente desigual e em rápido processo de envelhecimento.

O envelhecimento acelerado da população, em conjunto com outros fatores, tem influenciado no aumento das condições crônicas de saúde. Em 2012, as DCNT foram responsáveis por 67,8% de todas as mortes do mundo, traduzindo-se em 38 milhões de óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014). Já no ano de 2016, esse número subiu para 41 milhões de mortes, alcançando o patamar de 71% dos óbitos mundiais. Dentre as mortes causadas por condições crônicas, 15 milhões (36,5%) foram consideradas prematuras, por atingirem indivíduos adultos entre 30 e 69 anos de idade. Este panorama é agravado nos países de baixa e média renda, onde ocorreram 78% de todas as mortes por DCNT e 85% das mortes prematuras (WHO, 2018).

Ainda em 2016, as principais doenças crônicas responsáveis pelos óbitos no mundo foram as doenças cardiovasculares (17,9 milhões de mortes, representando 44% de todas as mortes por DCNT e 31% de todas as mortes globais); as neoplasias (9 milhões de mortes, 22% de todas as mortes por DCNT e 16% de todas as mortes globais); as doenças respiratórias (3,8 milhões de mortes, 9% de todas as mortes por DCNT e 7% de todas as mortes globais); e a diabetes (1,6 milhão de mortes, 4% de todas as mortes por DCNT e 3% de todas as mortes globais). No mesmo ano, a probabilidade global de morrer de uma das quatro principais DCNT era de 18%, com um risco ligeiramente maior para homens (22%) do que para mulheres (15%). Além disso, cerca de 75% das mortes prematuras (em pessoas com idade entre 30 e 69 anos) foi causada por DCNT, demonstrando que essas condições também são um problema para as faixas etárias mais jovens (WHO, 2018).

No Brasil o panorama é semelhante, onde as DCNT representaram 74% do total de óbitos (1.320.000 óbitos), com destaque para as doenças cardiovasculares (28% dos óbitos totais), as neoplasias (18% dos óbitos totais), as doenças respiratórias crônicas (6% dos óbitos totais); e o diabetes mellitus (5% dos óbitos totais). Completando o panorama, as condições transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais foram responsáveis por 14% do total de óbitos, e as causas externas alcançaram 12% do total de óbitos (WHO, 2018). Somados aos elevados índices de mortalidade, as DCNT e seus fatores de risco ainda são responsáveis pela piora da qualidade de vida, limitações e incapacidades, ocorrendo em maior frequência e severidade em indivíduos de baixa escolaridade e renda (MALTA, *et al.*, 2019).

A partir do surgimento do surto de coronavírus (SARS-CoV-2), que atingiu o status de pandemia em março de 2020, o panorama brasileiro das condições crônicas tornou-se ainda mais preocupante, devido não só à maior suscetibilidade dessa população ao adoecimento, agravamento do quadro e óbito pelo COVID-19 (KLUGE *et al.*, 2020), como pela adoção do

distanciamento social, medida não-farmacológica recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para diminuir a propagação e transmissão do vírus (WHO, 2020), que pode acarretar efeitos negativos à saúde, principalmente nas pessoas com DCNT (MALTA *et al.*, 2021).

Na perspectiva de Mendes (2011) os sistemas de atenção à saúde devem conferir respostas deliberadas às necessidades de saúde da população, devendo existir uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção, sob pena de instalar-se uma crise sanitária. Os sistemas universais de saúde não têm sido capazes de se adaptar oportunamente às necessidades de saúde da população porque foram concebidos e desenvolvidos para o enfrentamento de condições e eventos agudos. O enfrentamento das condições crônicas requer um investimento da gestão pública na conformação de um modelo de atenção que fortaleça a APS e proporcione acesso às tecnologias de média e alta complexidade, uma vez que essas doenças possuem curso prolongado, e requerem abordagem longitudinal, integral, com estímulo ao autocuidado e ao vínculo (RAUPP *et al.*, 2015; MALTA e MERHY, 2010; MALTA *et al.*, 2019).

Uma estratégia para o enfrentamento da fragmentação assistencial centra-se na implementação efetiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendida por Castells (2009) como uma forma de organização social onde se estabelecem relações relativamente estáveis de cooperação entre unidades dotadas de autonomia, caracterizadas pelo compartilhamento de objetivos comuns; inexistência de hierarquia; interdependência, confiança e intercâmbio de recursos e informação. As redes são criadas para atender problemas complexos, diante de recursos escassos, onde a centralidade nas necessidades dos usuários é uma das características mais importantes (OUVERNEY e NORONHA, 2013).

A primeira descrição de uma rede de saúde integrada aparece em 1920 no Relatório Dawson, que buscava organizar a provisão de serviços de saúde na Inglaterra após a Primeira Guerra Mundial. O relatório, que anos depois viria a ser um dos documentos fundamentais para a criação do sistema de saúde público inglês (*National Health System*), defendia uma conformação bastante atual de RAS: redes de serviços integrados, baseadas na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa; com território e população definidos; estimulando a formação de vínculo entre paciente e profissionais; prestando serviços para uma atenção integral, baseada no domicílio; ordenadas pelos centros primários de saúde; apresentando fluxos bem estabelecidos para o acesso aos serviços especializados, de acordo com as necessidades do indivíduo (KUSCHINIR e CHORNY, 2010; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 2011).

Na década de 1990, os conceitos acerca das RAS foram revisitados, em função das crises de saúde que acometeram os países desenvolvidos. Surgiram então várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados. Nos Estados Unidos, foi implantada a Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS); no Canadá os sistemas integrados de saúde com foco na APS; no Reino Unido, os sistemas clinicamente integrados; e na Espanha as organizações sanitárias integradas (OUIVERNEY e TEIXEIRA, 2011; OPAS, 2011). Em 2010, a OPAS publicou um documento<sup>1</sup> relacionado à conformação das redes assistenciais, o qual abordava a fragmentação até então existente nos sistemas latino-americanos e suas causas, e formulava uma proposta de redes integradas de serviços de saúde como alternativa ao problema. Essa publicação resultou no comprometimento dos países da região das Américas e do Caribe na efetiva implantação das RAS (OPAS, 2011).

Na América Latina vem se trabalhando a construção de RAS, com experiências no Brasil, no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana, no México, no Chile e em Cuba (OUIVERNEY e TEIXEIRA, 2011; CALDERON *et al.*, 2011). Cuba e Brasil são os únicos países da região que buscaram implementar sistemas de saúde públicos de acesso universal, porém, ambos enfrentam problemas semelhantes relacionados à implantação e ao subfinanciamento crônico (TEIXEIRA, CRUZ e AZEVEDO; 2016). De acordo com Giovanella e Almeida (2017), permanecem incipientes as RAS na América do Sul, principalmente quanto à implementação efetiva da APS, em virtude das constantes mudanças sociais, políticas e econômicas por que passam os países latinos americanos.

A orientação pela organização dos serviços em redes integradas é embasada por evidências científicas que demonstram que tal organização tem um maior potencial de ofertar cuidados continuamente, com maior efetividade, por meio do trabalho multidisciplinar, da instituição de mecanismos de coordenação do cuidado, e da integração dos sistemas de informação (WAN *et al.*, 2002; CAMPOS, BANDEIRA e SARDI, 2015). A organização dos serviços assistenciais em redes pode contribuir para melhores resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2011). Na ótica de Mendes (2011) as RAS são conceituadas como:

“Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade

---

<sup>1</sup> Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população” (MENDES, 2011, p. 88).

Nesta compreensão, é possível atribuir algumas características às RAS: a necessidade de intercâmbio constante de seus recursos, sem que haja hierarquia entre as organizações; todos os pontos da atenção são igualmente importantes, e atuam em prol da continuidade da atenção; devem ser realizadas ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e palição, para um cuidado integrado, que atenda ao ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (MENDES, 2011; SILVA, 2011).

São atributos indispensáveis à estruturação de uma rede integrada de serviços: população e território definidos; rede de serviços de diferentes características e densidades tecnológicas; APS multidisciplinar responsável por integrar e coordenar o cuidado; a existência de mecanismos de coordenação assistencial bem definidos; atenção à saúde considerando questões sociais e culturais; sistema único de governança para toda a rede; garantia de participação social; ações de intersetorialidade e equidade; gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico; sistema de informação integrado; financiamento adequado e incentivos alinhados com as metas estabelecidas (MENDES, 2015; VARGAS *et al.*, 2017).

No Brasil, embora as RAS venham sendo discutidas desde antes da criação do SUS, ao longo dos anos 1990, a temática deixou de ser o eixo central da organização do modelo de atenção, em virtude do direcionamento político e normativo voltado à municipalização da atenção à saúde. Nesta década, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) nos anos de 1991<sup>2</sup>, 1993<sup>3</sup> e 1996<sup>4</sup>, que por um lado promoviam o fortalecimento dos sistemas municipais de saúde, e por outro reduziam o protagonismo da esfera estadual, fato que pode ter contribuído para a fragmentação da assistência. No ano de 2000 a conformação da atenção em redes foi retomada a partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)<sup>5</sup>, que buscava estabelecer a regionalização como estratégia de hierarquização dos

---

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Aprova a Norma Operacional Básica nº01/91. **Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991.**

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93.

<sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

<sup>5</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;

serviços de saúde, e posteriormente pelo Pacto da Saúde em 2006<sup>6</sup>, que por meio do Pacto de Gestão, veio a formalizar as responsabilidades para cada esfera de gestão do SUS e fomentar a regionalização dos serviços (KUSCHINIR e CHORNY, 2010; LIMA *et al.*, 2012).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS), buscando fortalecer a gestão e a organização do SUS na conformação de redes, publica a Portaria nº 4.279, que vem definir as RAS como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*”. Por meio da portaria, foram estabelecidas diretrizes e os fundamentos operativos das RAS, bem como as estratégias para a sua implementação, que tiveram por objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS, de forma a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços necessários com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Ainda no ano de 2010 iniciaram-se as discussões acerca da conformação das Redes Temáticas de Atenção, como as primeiras estruturas em rede formalmente organizadas pelo governo federal do Brasil. As temáticas priorizadas foram: a saúde materno-infantil, na conformação da Rede Cegonha (portaria nº 1459/11), o atendimento de eventos na Rede de Urgência e Emergência (portaria nº 1600/11); a saúde mental com a Rede de Atenção Psicossocial (portaria nº 3088/11), a saúde de pessoas com deficiência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, (portaria nº 793/12) e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (portaria nº 252/13) (BRASIL, 2014a). À luz do momento, a instituição de Redes Temáticas prioritárias foi uma estratégia efetiva para o enfrentamento dos problemas históricos de saúde pública no Brasil. Entretanto, críticas podem ser tecidas a essa conformação de redes, onde o viés temático pode ter contribuído para o aumento da fragmentação entre os serviços (VIANA *et al.*, 2018).

Também é importante mencionar o Decreto nº 7508/11 que trouxe uma proposta de conformação de RAS dentro do âmbito das Regiões de Saúde. O dispositivo permitiu que os três entes federados pudessem constituir Regiões de Saúde entre municípios limítrofes, dentro ou fora das fronteiras estaduais e nacionais, desde que resguardado o respeito às normas internacionais. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de APS; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e

---

define o processo de regionalização da assistência; e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

<sup>6</sup> 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.

hospitalar; e vigilância em saúde. As RAS estariam compreendidas no âmbito de uma ou mais regiões de saúde, a depender das negociações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite. Aos entes federados também compete definir, acerca das Regiões de Saúde, os seus limites geográficos; a sua população usuária; o rol de ações e serviços ofertados; os critérios de acessibilidade; e a escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011a).

Diversos fatores dificultam a operacionalização das RAS no SUS, relacionados principalmente às barreiras no acesso universal; ao reduzido financiamento público; à formação e comunicação entre os profissionais de saúde; à distribuição e descentralização de recursos, ações e serviços; e à insuficiência da oferta de AE. Somam-se ainda a dimensão territorial brasileira com sua diversidade social e cultural; a conformação de uma gestão tripartite de entes autônomos (municípios, estados e união), com diversos formatos de gestão pública; as disputas políticas e partidárias entre municípios; a incipiente qualificação dos gestores; e a interferência dos interesses privados e corporativos (LONGEST e YOUNG, 2000; SILVA, 2011; LEANDRO e MONTEIRO; 2017; FREITAS e ARAÚJO, 2019).

Sobre estes aspectos, Mendes (2011) e Silva (2011) reforçam que a organização das redes depende da melhoria da gestão intergovernamental nas regiões de saúde e da qualificação da APS no exercício da coordenação e continuidade do cuidado entre níveis assistenciais. Também é necessário organizar a AE para a formação de uma rede integrada, intercomunicante, onde o cuidado aos usuários advém de uma plena articulação com a APS, fornecendo respostas adequadas às necessidades dos usuários, considerando a diversidade e a extensão do território brasileiro (MENDES, 2015).

Para que a APS se consolide como uma estratégia de qualidade para a organização do sistema de atenção à saúde, é necessário que obedeça a certos atributos e desempenhe determinadas funções. Quanto aos atributos são eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Ou seja, para ter qualidade, a APS deve dar o acesso e uso aos serviços para cada problema de saúde dos usuários, garantindo um aporte regular de cuidados consistente ao longo do tempo, construindo uma relação mútua de confiança entre a equipe de saúde, os usuários e as famílias. A APS deve se responsabilizar clinicamente pela sua população adscrita, ofertando serviços que atendam às necessidades dos usuários dentro do contexto físico, econômico e social em que vivem. Quando se fizerem necessários os serviços de níveis mais complexos de atenção, deve garantir a coordenação dos fluxos assistenciais e a continuidade da atenção, atuando como centro de comunicação das RAS (STARFIELD, 2002).

Quanto às funções essenciais da APS, são a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A resolubilidade implica que ela deve ter capacidade e condições de atender à maior parte dos problemas de saúde de sua população. A função de comunicação significa que a APS deve ter condições de ordenar e organizar os fluxos assistenciais de atendimento, de usuários e de informações entre os diferentes componentes da RAS. E a função de responsabilização implica o conhecimento do território e a criação de vínculos com a população adscrita, mantendo uma gestão de base populacional adequada e coerente (MENDES, 2012).

Visando o fortalecimento da APS no SUS, no ano de 2006, por meio da Portaria nº 648/GM, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), trazendo aspectos importantes acerca do redirecionamento do modelo de atenção vigente e a gestão dos serviços, aliados ao financiamento necessário para sua indução (BRASIL, 2006). Com a criação desta portaria, buscava-se preservar a centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), no fortalecimento da APS para estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da RAS (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Em 2011, a PNAB foi revisada em suas diretrizes e normas, com inclusão das equipes de Atenção Básica para a população de rua e ampliação do número de municípios com Núcleos Ampliados de Saúde da Família (BRASIL, 2011b). Em 2016, a política passou por uma segunda revisão que trouxe mudanças para a gestão e operacionalização da assistência, com a possibilidade de criação de equipes em caráter transitório, mudanças na carga horária dos profissionais, e a inserção de um profissional gerente da Atenção Básica. Essas medidas de flexibilização ampliam a liberdade dos gestores, entretanto, podem deslocar a APS do seu papel como centro da rede e do processo de trabalho, fragilizando o compromisso em manter a ESF como principal estratégia para a uma saúde pública universal, integral e equânime (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Em 2019, o Ministério de Saúde instituiu o programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento da APS no âmbito do SUS, extinguindo os repasses financeiros baseados no Piso da Atenção Básica fixo e variável. Os repasses aos municípios passam a ser distribuídos com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Ou seja, o repasse de recursos passa a estar vinculado ao número de usuários cadastrados pela ESF, ao cumprimento de metas de produtividade por parte dos profissionais e equipes e ainda para o desenvolvimento de programas específicos como o Programa Saúde na Escola, o Programa Academia da Saúde,

entre outros (BRASIL, 2019). O Previne Brasil visa aumentar o acesso dos usuários aos serviços pelo fomento ao cadastramento da população; estimular a formação de vínculo entre profissionais e usuários e a responsabilização; e equilibrar valores financeiros *per capita* referentes à população efetivamente cadastrada nas ESF com o grau de desempenho assistencial das equipes.

Entretanto, críticas podem ser tecidas ao novo modelo de financiamento. Massuda (2020) defende que adotar um financiamento baseado na população cadastrada, em substituição ao financiamento *per capita*, implica que o financiamento da APS no Brasil deixa de ser universal, passando a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. Além disso, a remuneração por avaliação de desempenho pode induzir as equipes da APS a concentrar esforços nos indicadores que serão monitorados, reduzindo o escopo de trabalho das equipes da APS, que deve ser abrangente em virtude das diversas necessidades de saúde de sua população de responsabilidade.

A abrangência dos serviços da APS também pode ser comprometida em função do Previne Brasil ter deixado de financiar equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da APS, bem como apoiar a sua integração em redes de saúde (TESSER e POLI NETO, 2017). Essa nova forma de financiamento pode levar a restrições de acesso, redução de escopo e de qualidade de serviços ofertados pela APS, o que pode desviar pacientes para outros níveis do sistema, especialmente para unidades de AE, urgência e emergência (MASSUDA, 2020).

Sob a ótica da estruturação do sistema de saúde na conformação das RAS, a AE pode ser compreendida como o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, incluindo serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Além de sua clara função assistencial, a AE deve funcionar como uma referência consultora para as equipes da APS, realizando supervisão e matriciamento das equipes da APS quando necessário. A organização deste nível de atenção deve ser pautada por alguns pressupostos como a gestão de base populacional, a territorialidade, a composição de equipes de caráter multiprofissional e o acesso regulado e coordenado pela APS (MENDES, 2015).

Para implantação de uma RAS de qualidade e resolutiva, há que se construir uma APS com forte capacidade para coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos de atenção aos usuários. A qualificação e organização da APS e a própria estruturação dos serviços de saúde em formato de rede demandam diretamente a qualificação e organização dos fluxos

assistenciais da AE, para que se garanta o acesso oportuno e organizado entre níveis de atenção (CONASS, 2018). Uma APS forte depende de serviços de retaguarda de mesma robustez, para que o cuidado em saúde das pessoas seja o mais qualificado possível (STARFIELD, 2006).

A diminuição da qualidade da atenção, da resolubilidade e do acesso à APS também refletem na qualidade assistencial da AE, ampliando a fragilidade do modelo de atenção organizado em redes. Em um sistema onde a APS não exerce seu papel de coordenar não é possível garantir um cuidado integral e uma atenção continuada (ALMEIDA *et al.*, 2010; MENDES, 2011; AGUILERA *et al.*, 2013; MOROSINI e FONSECA, 2017). Em consequência, o forte predomínio das condições crônicas de saúde não pode ser respondido, com efetividade e qualidade, por sistemas de saúde desarticulados e fragmentados uma vez que a descontinuidade da atenção, além de causar impactos negativos para a saúde, eleva os custos da assistência (VERAS *et al.*, 2014; NÓBREGA *et al.*, 2015).

## 2.2 A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Na concepção de Hartz e Contandriopoulos (2004), a busca por um sistema integrado de saúde deve almejar a constituição de uma “coordenação durável das práticas clínicas destinadas ao paciente, de forma a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articulados no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”. Os autores entendem que a coordenação da atenção é o principal objetivo da integração dos serviços de saúde, mantendo uma governança comum de atores e organizações autônomas, cooperando para produção e operacionalização coletiva de um projeto clínico em que o foco são as necessidades do paciente (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Coordenação, continuidade e integração dos cuidados são termos que são frequentemente usados de forma intercambiável para se referir à mesma ideia: a conexão dos cuidados que um paciente recebe de várias fontes de provisão (TERRAZA-NUÑES, VARGAS e VÁZQUEZ, 2006). A coordenação da assistência foca na interação entre as estruturas que ofertam serviços à saúde, na conformação de um processo complexo, que pode ser mais ou menos intenso a depender do grau de especialização clínica, do nível de interdependência das atividades de assistência a serem coordenadas, da variabilidade na resposta do paciente, entre outros aspectos (VARGAS *et al.*, 2011).

Starfield (2002) compreende a coordenação assistencial como a coordenação da totalidade de serviços relacionados com o cuidado em saúde, independentemente de onde sejam recebidos, desde que ofertados de forma sincronizada, sem conflitos, almejando um objetivo comum. Para a autora, o termo coordenação significa um estado de estar em harmonia, em uma ação ou esforço comum. Dessa forma, o cerne da coordenação assistencial é a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”. Na ausência de coordenação, ficariam dificultadas a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.

Giovanella e Mendonça (2014) defendem que para garantir uma atenção integral, os serviços de APS devem ser responsáveis pela coordenação das diversas ações e serviços necessários à resolução dos problemas de saúde, evitando assim duplicações e interrupções no cuidado. Os autores definem a coordenação da atenção como a “capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços” (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014, p. 585). Para que a coordenação possa ser exercida pela APS, são necessárias tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais dos diversos níveis, bem como o registro e o uso adequado de informações sobre o paciente (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014).

Na perspectiva de Pham e colaboradores (2009), a coordenação assistencial envolve a integração do cuidado que atenda a todas as necessidades de um paciente, de acordo com as preferências e capacidades do sujeito e de sua família. Para tal, são requeridas interações conscientes entre diferentes prestadores, bem como entre profissionais e pacientes, incluindo a transferência oportuna de informações clínicas precisas, a comunicação eficaz entre as partes envolvidas e a tomada de decisão compartilhada.

Esta dissertação é guiada pela definição de Terraza-Nuñez, Vargas e Vázquez (2006), que contempla diversos aspectos acumulados pela reflexão teórica anteriormente exposta. Tais autores compreendem a coordenação assistencial como:

“a conexão dos serviços sanitários ao longo de um contínuo assistencial mediante a transferência da informação, com um objetivo comum que facilita a criação de um plano unificado de atenção aos pacientes, e sincronizado entre as partes para que a atenção se preste no momento e no lugar adequado” (TERRAZA-NUÑES, VARGAS e VÁZQUEZ, 2006).

Considerando a organização prevista atualmente para o SUS, na ausência da coordenação da atenção, a atribuição da APS como porta de entrada para a rede de saúde teria significado meramente administrativo (CARNEIRO *et al.*, 2014; STARFIELD, 2002). Uma adequada coordenação do cuidado implica a definição de funções e atribuições e a formação de um vínculo entre os três níveis de atenção, proporcionando melhorias no acesso, redução de custos, e a qualificação da assistência prestada ao usuário (STARFIELD, 2002; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

De acordo com a classificação de Reid, Haggerty e Mckendry (2002), existem três tipos de coordenação assistencial entre níveis de atenção: da informação, da gestão clínica e administrativa. A coordenação da informação refere-se à transferência e ao uso de informações clínicas entre níveis de atenção. Para que a transferência de informações seja realizada são necessários mecanismos adequados para a troca de informações, como formulários de referência e resumos de alta, bem como o registro adequado das informações pelos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Já o uso das informações requer que os profissionais levem em consideração as informações dos atendimentos prévios do paciente para a tomada de decisões clínicas durante o atendimento atual (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002; BELTRÁN, 2006).

A coordenação da gestão clínica é a prestação de cuidados sequenciais e complementares ao usuário, dentro de um plano de cuidados compartilhado pelos diferentes serviços e níveis de atenção. Possui três dimensões: a coerência da atenção, a acessibilidade entre níveis e o adequado acompanhamento do usuário. A coerência da atenção implica na existência de objetivos clínicos comuns entre profissionais de diferentes níveis de atenção. Essa dimensão está relacionada com a existência de exames e tratamentos compartilhados, com a concordância dos distintos tratamentos indicados pelos profissionais envolvidos na atenção ao paciente, na não duplicação de exames e consultas, e na inexistência de contradições na prescrição medicamentosas dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002; BELTRÁN, 2006).

O acompanhamento adequado do paciente refere-se à existência de uma pessoa responsável por acompanhar clinicamente o usuário quando houver transições entre níveis assistenciais. O profissional responsável deve atuar como coordenador entre níveis, comunicando-se de forma oportuna com o paciente, e realizando em tempo adequado consultas de seguimento com o paciente após as transições entre níveis. Já a acessibilidade entre níveis

refere-se à prestação de assistência continuada, sem interrupções no cuidado ao longo de todo o período de adoecimento (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002).

Por fim, a coordenação administrativa se traduz no acesso coordenado do paciente ao longo da prestação assistencial contínua, de acordo com suas necessidades. São aspectos essenciais à coordenação administrativa: a existência de mecanismos específicos, como fluxos administrativos e centrais de regulação; o encaminhamento do paciente à unidade adequada às suas necessidades; e a programação prévia de consultas, exames e procedimentos durante as transições entre níveis (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002). O quadro 1 apresenta os tipos, dimensões e atributos essenciais à coordenação da atenção entre níveis assistenciais.

**Quadro 1** – Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção entre níveis assistenciais.

<b>Tipos</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Atributos</b>
<b>Coordenação da informação</b>	<b>Transferência da informação clínica e biopsicossocial</b>	Existência de mecanismos adequados para a transferência da informação
		Disponibilidade dos mecanismos adequados
		Acesso ágil e oportuno à informação
		Conteúdo da informação adequado
	<b>Utilização da informação</b>	Consulta da informação transferida
		Incorporação na prática clínica
<b>Coordenação da gestão clínica</b>	<b>Acompanhamento adequado do paciente</b>	Existência de um responsável clínico pelo acompanhamento do paciente, que atue como coordenador entre níveis de atenção
		Evidências de comunicação oportuna com o responsável clínico nas transferências entre níveis.
		Realização de consultas de acompanhamento oportunas depois das transferências entre níveis
	<b>Acessibilidade entre níveis</b>	Provisão da atenção sem interrupções entre níveis ao longo de um episódio clínico do paciente
	<b>Coerência da atenção</b>	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados
		Concordância dos distintos tratamentos indicados por profissionais dos diferentes níveis
		Pertinência clínica nas transferências do paciente
		Inexistência de duplicações de exames, consultas e medicamentos
<b>Coordenação administrativa</b>	<b>Circuitos administrativos estabelecidos</b>	Existência de mecanismos para a coordenação administrativa
		Referência administrativa do paciente à unidade adequada
	<b>Ordenação do acesso</b>	Programação prévia de consultas e exames.

Fonte: adaptado de Vázquez e colaboradores (2015).

A coordenação assistencial está relacionada com a integralidade dos cuidados, baseando-se na primazia de ações de promoção à saúde, na garantia de atenção nos três níveis de complexidade, na articulação de ações de prevenção, promoção e recuperação à saúde, e na abordagem integral dos sujeitos e suas famílias. Para tal, é necessária a integração de serviços por meio de redes assistenciais, de forma a aliar recursos sem deixar de reconhecer a interdependência e autonomia dos atores e organizações. Para conferir respostas para a maioria dos problemas da população, em todos os seus ciclos de vida, é necessário minimizar as barreiras entre níveis assistenciais, por meio de uma gestão eficiente dos serviços e da implantação de mecanismos de cooperação e coordenação entre níveis, de forma a construir um “sistema sem muros que responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional” (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; SHIMIZU, 2013).

Para que haja coordenação da assistência, é preciso ir além da coordenação das atividades assistenciais, alcançando a coordenação das atividades de gerenciamento e apoio da rede (HAGGERTY *et al.*, 2003; REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002). A coordenação será facilitada à medida que as propostas e decisões das funções de gerenciamento e apoio sejam compartilhadas e comuns a toda a rede (HAGGERTY *et al.*, 2003). Quando a coordenação do cuidado atinge seu nível máximo, o cuidado é considerado integrado (GLENDDINNING, *et al.*, 2002; OVRETVEIT, 1995; SHORTELL *et al.*, 1996).

### 2.3 A CONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Assim como o conceito de coordenação assistencial, o conceito de continuidade assistencial perpassa pela compreensão de diversos autores em diferentes campos do saber em saúde (HAGGERTY *et al.*, 2003). Freeman e Hjortdahl (1997) referem que existem muitas definições para o termo continuidade do cuidado, podendo significar o atendimento em um local, ou realizado por um profissional; ou a existência de mecanismos de comunicação entre profissionais de vários níveis; e ainda pode significar o cuidado coordenado, compartilhado entre as equipes de APS e AE. Para os autores, o essencial é compreender que o cuidado deve ser recebido pelo paciente de forma consistente, para apresentar benefícios como a melhor adesão aos esquemas terapêuticos, a redução do número e da duração das internações, a economia de tempo e exames na APS e a satisfação do paciente.

No campo da APS, a continuidade é vista principalmente como a relação entre um único profissional e um paciente para além de episódios específicos únicos de adoecimento

(HAGGERTY *et al.*, 2003), que se traduz em um senso de afiliação formado entre pacientes e seus profissionais, promovendo melhorias na comunicação, na confiança e na responsabilidade clínica (MCWHINNEY, 1975). Nessa concepção, uma melhor coordenação do cuidado decorre da continuidade dos atendimentos, desde que haja um compromisso com a acessibilidade aos prestadores de cuidados à saúde (FREEMAN e HJORTDAHL, 1997).

Já sob a ótica da oferta de atenção a algumas condições específicas, como as condições crônicas e na Atenção à Saúde Mental, a continuidade dos cuidados é estabelecida com uma equipe, e não com um único provedor, uma vez que o paciente necessita de cuidados complementares de profissionais de diferentes categorias. Nesse sentido, é essencial que os serviços prestados pelos profissionais sejam coordenados por um plano de cuidados comuns, com propósito único, flexível às necessidades e circunstâncias dos pacientes. Fica evidenciada a continuidade do contato, onde a equipe mantém o vínculo com os pacientes, monitora seu progresso e facilita o seu acesso aos serviços necessários. Dessa forma, as questões relativas ao acesso passam a serem intimamente interligadas à continuidade (HAGGERTY *et al.*, 2003). O campo da Enfermagem enfatiza a comunicação entre enfermeiros e a transferência de informações como elementos-chaves para a continuidade do cuidado ao longo do tempo, visando manter uma abordagem consistente ao atendimento, com atenção às novas necessidades do paciente (HAGGERTY, *et al.*, 2003).

A preocupação com a continuidade dos cuidados médicos remonta do final dos anos 1980, devido à crescente complexidade do gerenciamento de doenças de longo prazo, como as DCNT e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A continuidade é vista como a prestação de serviços por diferentes prestadores de maneira coerente, lógica e oportuna, sendo referida como um contínuo de cuidados. O conteúdo dos protocolos de cuidados e as estratégias de gerenciamento são enfatizados (BENJAMIN, 1989; CAMPBELL *et al.*, 1998).

Para Starfield (2002), a continuidade assistencial possui uma definição bastante abrangente, entendida por meio dos:

“Arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção” (STARFIELD, 2002, p.60).

Nessa concepção, a continuidade é fundamental na prestação de serviços dentro das RAS, sendo inicialmente estabelecida pela APS, que será o primeiro contato para o paciente, e sustentada por mecanismos de coordenação que propiciem a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. Está relacionada com a sucessão de eventos entre as consultas sem importar onde e porque ocorreram esses eventos, não sendo necessário o estabelecimento de uma relação terapêutica de vínculo do profissional com o paciente ao longo do tempo. O cerne da continuidade é a existência de mecanismos para fornecer informações e acompanhamento dos problemas, podendo ser atribuída a qualquer nível de atenção, e não somente à APS (STARFIELD, 2002).

Quando os pacientes buscam um sistema de atenção à saúde, são cada vez mais vistos por uma variedade de prestadores de serviços em uma ampla variedade de organizações e espaços, levantando preocupações sobre a fragmentação do atendimento (HAGGERTY *et al.* 2003). Para que a continuidade da atenção seja bem estabelecida, é necessária a construção de mecanismos de coordenação assistencial, bem como o compromisso com o acesso entre os níveis de atenção (STARFIELD, 2002; FREEMAN e HJORTDAHL, 1997). Tarrant e colaboradores (2010) afirmam que a continuidade da atenção quando coordenada pela APS revela benefícios pela relação de confiança estabelecida entre pacientes e profissionais, o que permite maior adesão ao tratamento e percepção da eficácia dos cuidados (SAULTZ, 2003; TARRANT *et al.*, 2010; DELVA, KERR e SCHULTZ, 2011).

Na concepção de Saultz (2003) o termo continuidade dos cuidados abrange diferentes aspectos, estando relacionado com a disponibilidade de informações precisas para os prestadores em todo o sistema de saúde (continuidade informacional); bem como com a existência de um padrão de utilização de serviços de saúde em um local específico de atendimento (continuidade longitudinal); e ainda a relação estabelecida entre médico e paciente, caracterizada pela lealdade e confiança (continuidade interpessoal) (SAULTZ, 2003).

Terraza-Nuñez, Vargas e Vázquez (2006) entendem a continuidade da atenção como a conexão dos cuidados que um paciente recebe de várias fontes de provisão, podendo ser entendida como o resultado da coordenação assistencial, na perspectiva do paciente (HAGGERTY *et al.*, 2003; TERRAZA-NUÑEZ, VARGAS e VÁZQUEZ, 2006). Uma melhor continuidade da atenção é resultado de uma melhor coordenação de atenção, medida pelo reconhecimento de informações a respeito dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Este estudo é guiado pela definição estabelecida por Reid, Haggerty e Mckendry (2002), onde a continuidade assistencial é compreendida como o grau de coerência e união das

experiências na atenção que o usuário percebe ao longo do tempo. Representa o modo como o usuário experimenta a conexão entre os serviços de saúde e sua coordenação, percebendo o acesso adequado, o relacionamento entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o fluxo e a qualidade das informações que circulam entre os serviços e organizações. Distinguem-se três tipos de continuidade, duas relacionadas com a continuidade entre níveis: a coordenação da informação e a coordenação da gestão clínica; e uma relacionada à continuidade intranível, a continuidade da relação (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002).

A continuidade da informação se traduz na percepção do usuário acerca da disponibilidade, utilização e interpretação da informação sobre os eventos anteriores de saúde, para proporcionar uma atenção apropriada às suas circunstâncias atuais. Implica a interligação de informações fornecidas em atendimentos distintos ao longo do tempo, onde o usuário pode perceber se há ou não transferência dessas informações entre profissionais de diferentes níveis assistenciais. A transferência de informação refere-se à percepção do paciente de que os profissionais conhecem sua história clínica progressiva, as características psicossociais, valores, preferências e necessidades, e utilizam mecanismos oportunos para transferir a informação (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002).

A continuidade da gestão clínica é a percepção do usuário de que recebe os diferentes serviços de maneira coordenada, complementar e sem duplicações (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002; LETELIER *et al.*, 2010). Possui duas dimensões: a coerência da atenção, e a acessibilidade entre níveis de atenção. A coerência da atenção é a percepção do usuário acerca da colaboração e da comunicação entre os prestadores dos distintos níveis assistenciais, envolvendo também a existência de uma sequência assistencial adequada, com um objetivo comum, onde não se duplicam exames e tratamentos. A acessibilidade entre os níveis é a percepção do usuário no tocante ao uso oportuno dos serviços ao longo do contínuo assistencial, de acordo com suas necessidades. O usuário percebe que recebe cuidados quando transita entre os níveis de forma oportuna, sem interromper o seu tratamento devido ao tempo prolongado para acessar o atendimento. O paciente é referenciado à unidade adequada para suas necessidades, e as consultas, exames e tratamentos são programados previamente nos serviços (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002).

Por fim, a continuidade da relação pode ser definida pela percepção do usuário sobre a relação estabelecida ao longo do tempo com um ou mais profissionais em um mesmo nível. O contato continuado com um profissional conecta a atenção ao longo do tempo, fortalecendo a continuidade da informação, os sentimentos de confiança, compreensão mútua e a

responsabilização do profissional acerca do usuário. Essa dimensão envolve a estabilidade dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, e o vínculo formado desde o primeiro contato. Considera-se uma relação forte quando os usuários recorrem aos seus prestadores de serviços para atender a maioria das suas necessidades e quando existe um sentimento de vinculação com o profissional ou a equipe (REID, HAGGERTY e MCKENDRY, 2002). O quadro 2 apresenta os tipos, dimensões e atributos da continuidade entre níveis assistenciais.

**Quadro 2** – Tipos, dimensões e atributos da continuidade entre níveis assistenciais.

<b>Tipos</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Atributos</b>
<b>Continuidade da informação</b>	<b>Transferência da informação clínica</b>	Percepção de que os profissionais conhecem a história clínica, valores, contexto, necessidades, etc.
		Percepção de que os profissionais utilizam mecanismos de transferência da informação
<b>Continuidade da gestão clínica</b>	<b>Coerência da atenção</b>	Percepção de coordenação/colaboração entre prestadores de serviços de diferentes níveis
		Percepção de comunicação entre níveis assistenciais
		Percepção de que não se duplicam os exames
		Percepção de que o acompanhamento recebido por parte dos profissionais tem sido adequado
	<b>Acessibilidade entre níveis</b>	Percepção de receber atenção de forma oportuna e sem interrupções entre níveis assistenciais
		Percepção de acessibilidade administrativa (informação, programação prévia e referência à unidade correta)

Fonte: adaptado de Vázquez e colaboradores (2015).

A continuidade assistencial é alcançada pela ligação de elementos no caminho do atendimento, como diferentes episódios de adoecimento e diferentes intervenções realizadas pelos profissionais envolvidos no cuidado. Apoia-se em aspectos que perduram ao longo do tempo, como valores dos pacientes e o vínculo formado com a equipe. Para que a continuidade exista, o cuidado deve ser experimentado como conectado e coerente. Para os pacientes e suas famílias, a experiência de continuidade é a percepção de que os profissionais sabem o que aconteceu antes, que concordam com um plano de cuidados comum, e que existe um profissional responsável pelo paciente (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Para os profissionais, a experiência de continuidade está relacionada à percepção de que têm conhecimento e informações suficientes sobre um paciente para aplicar melhor sua competência profissional e a confiança de que suas contribuições para o cuidado serão reconhecidas e buscadas por outros profissionais. A experiência de continuidade pode diferir para o paciente e os profissionais, colocando um desafio para os avaliadores (HAGGERTY *et al.*, 2003).

## 2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS TEÓRICOS

A avaliação é uma atividade antiga e inerente ao processo de aprendizagem, uma vez que a todo o momento tomamos decisões embasadas no juízo de valor que fazemos sobre o contexto no qual estamos inseridos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Já no campo das políticas de saúde, as práticas avaliativas ganharam uma centralidade nas organizações mais recentemente. Como prática sistematizada, a avaliação surge de um processo de construção e reconstrução, sofrendo diversas influências ao longo do tempo (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

Guba e Lincoln (1989) entendem que as práticas avaliativas modernas assumiram quatro estágios no decorrer dos últimos cem anos. A primeira geração da avaliação vigorou entre as décadas de 1910 e 1930, e centrou-se na construção e aplicação de instrumentos de medida, associados principalmente às avaliações de progresso escolar e a mensuração da inteligência das crianças. O avaliador assumia a função de identificar e elaborar instrumentos para avaliação dos estudantes, tornando os termos avaliação e mensuração praticamente sinônimos. Este modelo centrado na mensuração ainda é utilizado por organizações públicas e privadas no setor da educação (FURTADO *et al.*, 2001; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

A segunda geração da avaliação foi permeada pela ascensão das ciências sociais, onde o modo de avaliação focado nas medições era insuficiente para oferecer as respostas necessárias. Dessa forma, o foco da segunda geração centra-se na descrição dos eventos, sem deixar de lado a mensuração, que passa a ser compreendida como ferramenta para avaliar. Nesse período, surge nos Estados Unidos a avaliação de programas devido à necessidade de identificar e descrever como os processos e atividades estavam atingindo ou não os seus resultados esperados (FURTADO *et al.*, 2001; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

No final da década de 1950, inicia-se a terceira geração, onde a avaliação almeja não apenas mensurar ou descrever, mas definir o mérito dos programas e processos avaliados, com o suporte de um referencial externo. Era esperado que os avaliadores ultrapassassem a descrição de atitudes e contextos, e alcançassem um julgamento de valor, que poderia ser realizado com o auxílio de padrões externos pré-estabelecidos. As principais críticas tecidas à essa geração da avaliação centraram-se em três aspectos: a tendência de valorização dos aspectos gerenciais; a pouca consideração da pluralidade existente no contexto; e a supervalorização do paradigma científico cartesiano (FURTADO *et al.*, 2001; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

A quarta geração iniciou-se na década de 1980, evoluindo a partir das críticas à geração anterior, passando a focar na negociação. Guba e Lincoln (1989) entendem essa proposta de avaliação numa concepção participativa e construtivista, com a adoção de um processo em que as múltiplas realidades são consideradas e negociadas na interação entre o observador e o observado. A avaliação passa a levar em conta o ponto de vista de diferentes autores, por meio de um processo interativo (GUBA e LINCOLN, 1989; FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

A concepção contemporânea da avaliação é resultado das críticas e dos esforços acumulados no decorrer do tempo, que enriqueceram seu arsenal teórico e metodológico, e contribuíram para a valorização da avaliação nas organizações. Este percurso possibilitou a construção de diferentes abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais (BROUSSELLE *et al.*, 2011). A Organização Mundial de Saúde compreende a avaliação como um conjunto de instrumentos, métodos e procedimentos pelos quais uma política, um programa ou um projeto podem ser julgados quanto aos efeitos que produz na saúde dos indivíduos, e ainda, como estes efeitos se distribuem na população. Ela se desenvolve em um longo processo, em que os avaliadores reúnem, de forma conjunta e colaborativa, informações sobre o objeto avaliado visando sua qualificação (WHO, 1999).

Contandriopoulos e colaboradores (1997) afirmam que as definições da avaliação são numerosas, e possivelmente, cada avaliador constrói para si um conceito. Uma definição amplamente aceita de avaliação é a proposta por Champagne e colaboradores (2011), onde:

“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção [...], com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações” (CHAMPAGNE *et al.*, 2011, p. 44).

Por intervenção, entende-se o conjunto de meios, organizados em um contexto específico, em um dado momento, com o objetivo de modificar o curso previsível de um fenômeno, a fim de corrigir um problema. Por julgamento, os autores entendem que pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico até uma análise que envolvam os significados de um fenômeno (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Os objetivos da avaliação são numerosos, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os autores envolvidos ou apenas

pela minoria. Dentre os objetivos oficiais, encontra-se o apoio ao planejamento, à elaboração e à implantação de melhorias em intervenção; o conhecimento dos efeitos de uma intervenção; a gestão de uma situação problemática visando o bem-estar coletivo; e a contribuição para o progresso dos conhecimentos e construção das teorias (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010).

Para Tanaka e Tamaki (2012) o conceito de avaliação é indissociável do processo de tomada de decisão e da sua aplicação no campo da gestão. Os serviços de saúde são estruturas organizacionais complexas e extremamente diversificadas, sendo a gestão desses sistemas um desafio. A gestão no âmbito das políticas de saúde envolve a melhoria do funcionamento das organizações, sendo a avaliação uma ferramenta importante, uma vez que fornece informações para a tomada de decisões gerenciais, promove uma melhor compreensão do contexto em que se inserem as intervenções e auxilia na formulação de estratégias para melhoria dos serviços (TANAKA e TAMAKI, 2012; HARTZ e SILVA, 2005; DENIS, 2010).

Considerando o atual contexto de fragmentação nas RAS dentro do SUS, e o complexo cenário da saúde pública, onde coexistem o desenvolvimento tecnológico, uma crise financeira instalada, um envelhecimento populacional acelerado e um perfil triplo de doenças, tomar decisões é uma tarefa complexa, uma vez que é necessário controlar os custos, sem deixar de garantir o acesso equitativo a serviços de qualidade (BRASIL, 2014b; DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2011). Nesse panorama, as práticas avaliativas possibilitam monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades de saúde, acompanhar os efeitos na população, identificar e corrigir os problemas, e retroalimentar as equipes de saúde, os gestores e a sociedade (VILLABÍ *et al.*, 2003; TAKEDA e TALBOT, 2006). Ressalta-se a importância da avaliação sistemática dos programas e serviços de saúde, na busca pela melhoria contínua da gestão das organizações e da qualidade dos serviços prestados. É evidente a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde na oferta de um cuidado integral (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Um dos obstáculos para o uso da avaliação no âmbito da saúde pública reside no fato que a implementação de práticas avaliativas requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas, fato recorrente em se tratando de problemas e necessidades de saúde individuais e coletivas. Dessa forma, somente a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode contribuir para a tomada de decisão (TANAKA e TAMAKI, 2012). Os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se

que as informações produzidas e acumuladas possam contribuir para o julgamento de uma determinada situação com maior precisão e validade. Para tal, é necessário que a avaliação seja sistemática, pertinente, possua embasamento teórico e seja dotada de credibilidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A efetiva utilização de práticas avaliativas para a melhoria dos serviços e para a promoção das mudanças necessárias vem sendo debatida há certo tempo por especialistas nacionais e internacionais com experiência no campo da avaliação em saúde (FELISBERTO *et al.*, 2017). Desde 1978 a OMS vem endossando a adoção de práticas avaliativas nos sistemas de saúde. Entretanto, o Brasil tardou sua adesão às práticas, devido principalmente às características do Estado autoritário vigente no início dos anos 1980, contrário a qualquer tipo de análise de suas incipientes políticas sociais (FURTADO e VIEIRA-DA-SILVA, 2014), bem como a ausência de reivindicações de responsabilidade e transparência nas políticas públicas por parte da sociedade (CAMPOS, 1990).

Até os anos 2008, o campo da avaliação em saúde no Brasil apresentava estratégias incipientes devido ao pouco interesse dos gestores nos efeitos e impactos produzidos por suas intervenções, aliados ao pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos (SAMPAIO *et al.*, 2011). As iniciativas avaliativas existentes possuíam um caráter pouco sistemático, mais prescritivo e burocrático. Seus achados pouco influenciavam o processo decisório, e a formação dos profissionais, carecendo de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública para que viessem a produzir efeitos contundentes (BRASIL, 2005).

A conjuntura política do início dos anos 1990, marcada pelas políticas de valorização do planejamento em saúde, bem como de unificação e descentralização do SUS possibilitaram o ingresso da avaliação na agenda sanitária brasileira. Três fatores mostraram-se favoráveis à valorização e expansão da temática a partir dos anos 1990: a organização e estruturação do SUS no Brasil, com a implantação de políticas que necessitavam ser avaliadas quanto aos seus resultados; o financiamento de projetos por instituições internacionais, a exemplo do Banco Mundial, com exigências expressas para a avaliação dos seus resultados; e por fim, a implementação, por parte do governo federal, do programa ReforSUS, que buscou, entre outros objetivos, incrementar a qualidade da assistência e da gestão por meio da avaliação de impacto dos projetos executados (FURTADO *et al.*, 2014).

Em 1999, Hartz (1999) debatia a necessidade da formulação e adoção de políticas de avaliação por parte das instituições públicas, integrando-as a um modelo orientado para a ação,

articulando as atividades analíticas às de gestão. A partir de uma análise do modelo adotado na França para a institucionalização da avaliação de programas e políticas públicas, a autora coloca em discussão os caminhos que podem ser utilizados, adaptados e evitados na construção de políticas avaliativas em saúde no Brasil. Questões relacionadas à estrutura, à prática e à utilização dos resultados da avaliação, também foram levantadas para o contexto do SUS (HARTZ, 1999; FELISBERTO *et al.*, 2017).

Na busca pelo desenvolvimento de mecanismos indutores para a incorporação da avaliação no cenário brasileiro, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com o objetivo de qualificar a atenção ofertada na APS, mediante a criação de práticas de monitoramento e avaliação estruturadas e sistemáticas, coerentes com os princípios do SUS. Esta iniciativa federal buscava induzir estratégias de monitoramento e avaliação da APS para instrumentalizar a gestão, qualificar os processos decisórios e conduzir uma cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2005; FELISBERTO *et al.*, 2009). A busca pela institucionalização de uma cultura avaliativa fundamentava-se na contribuição de tais práticas para que a tomada de decisão dos gestores passasse a ser estruturada, baseada em evidências, para produzir mudanças efetivas, que contribuíssem para a integralidade, resolubilidade, equidade e universalidade das ações ofertadas pelo SUS (FELISBERTO *et al.*, 2009).

Outras várias iniciativas de implantação de políticas ou estratégias de monitoramento e avaliação foram realizadas pelo Ministério da Saúde a partir da década de 1990, cujos objetivos e focos apresentavam-se de maneiras distintas, a depender do contexto e das mudanças na gestão. Em 1998, a Política Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) que foi reformulada em 2004 passando a ser denominada Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Em 2006, a Política de Avaliação do Desempenho do Setor Saúde; em 2008, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS); em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); em 2012, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), para monitorar o desempenho dos sistemas municipais e estaduais de saúde; em 2013, o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que vinculou o alcance de metas ao repasse de um valor financeiro a estados e municípios (BEZERRA *et al.*, 2020).

Apesar da força que a temática ganhou nas últimas décadas, tanto na área acadêmica, quanto na prática, para subsidiar e mensurar resultados das políticas e programas de saúde (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2011), resta o desafio na institucionalização efetiva

dessas práticas (BEZERRA *et al.*, 2020). Políticas de avaliação precisam ser sistematizadas, devendo ser explícitas no que pretendem fazer, que recursos devem ser investidos e quem são os responsáveis, para serem implementadas de forma consciente. Necessitam de estruturas organizacionais de apoio; da construção de capacidades avaliativas; da participação das partes interessadas; e ainda de condições para garantir a utilização dos resultados (BEZERRA *et al.*, 2020; COUSINS *et al.*, 2008).

A atual conformação das RAS exige diferentes estratégias de qualificação e organização, para além da visão dos gestores da atenção à saúde, sendo importante considerar a percepção dos atores responsáveis por movimentar os serviços de saúde, como profissionais e usuários dos serviços. A união de diferentes óticas possibilita uma interpretação ampliada do cuidado que é ofertado nos serviços que se organizam em redes (SANTOS e GEHARD, 2015). Corroborando com a importância da pluralidade de pontos de vista sobre processos decisórios, Takeda e Talbot (2006), referem que avaliar é:

“Uma forma de participação, participação na construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade para os diferentes atores (provedores de serviços em saúde, políticos, gestores, população, universidades e demais instituições de aprendizagem) participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social” (TAKEDA e TALBOT, 2006, p. 569).

A literatura científica evidencia os benefícios da participação ativa de gestores, trabalhadores, usuários, e da sociedade na avaliação, traduzidos em uma maior chance de utilização dos resultados da avaliação; na capacitação e no desenvolvimento dos envolvidos; na consideração de diferentes perspectivas, reivindicações e interesses; no incentivo às negociações e na formação de parcerias entre os atores, entre outros (PATTON, 1990; GUBA e LINCOLN, 1989; FURTADO *et al.*, 2001; CAMPOS *et al.*, 2009). A inclusão de diferentes perspectivas sobre o que se quer avaliar tem o potencial de tornar as investigações mais significativas e culturalmente apropriadas aos diferentes grupos de interesse, na discussão de problemas sociais complexos que necessitam de soluções coletivas (CAMPOS *et al.*, 2009).

A participação dos usuários e de atores institucionais como profissionais e gestores comprometidos e envolvidos no processo avaliativo de uma intervenção tende a aumentar o uso dos resultados de uma avaliação (HARTZ, 1999; FLEISCHER e CHRISTIE, 2009). Com relação à integração da atenção entre níveis assistenciais, explorar as vivências dos profissionais de saúde e dos usuários pode fornecer um quadro global sobre a qualidade da assistência prestada, uma vez que são eles que vivenciam diariamente a realidade dos serviços de saúde e

as transições assistenciais. Portanto, o resgate de suas perspectivas permite a identificação de lacunas na coordenação e na continuidade do cuidado (AMARILLA *et al.*, 2020; VARGAS *et al.*, 2017).

Diante da importância na construção e funcionamento das redes, a coordenação e a continuidade assistencial têm sido foco de diversos estudos avaliativos no Brasil e na América Latina. Acerca da coordenação da atenção, a principal falha apontada reside na pouca ou inexistente articulação entre a APS e a AE, ocasionada, entre outros motivos, pela incipiente transferência de informações clínicas entre níveis. Os formulários de referência e contrarreferência são considerados um dos principais mecanismos de comunicação entre os níveis, e geralmente não são recebidos, e quando recebidos, apresentam erros no preenchimento, ou são recebidos com muito atraso. Algumas causas apontadas para a pouca integração entre os serviços residem nos baixos níveis de conhecimento por parte dos profissionais acerca dos mecanismos de coordenação, em barreiras no envio e no recebimento dos instrumentos, e na falta de confiança dos médicos especialistas para com os generalistas. O uso inadequado desses mecanismos implica em falhas na comunicação entre os profissionais e entre níveis, o que contribui para a fragmentação do cuidado, diminuindo a qualidade da atenção (OLIVEIRA *et al.*, 2019; VARGAS *et al.*, 2018; JESUS *et al.*, 2018; VÁZQUEZ *et al.*, 2017; VARGAS *et al.*, 2016; CARNEIRO *et al.*, 2014).

A fragmentação e a instabilidade das redes, as práticas incipientes de planejamento e avaliação em saúde, as condições inadequadas de trabalho, vínculos trabalhistas frágeis e a inadequada formação profissional também foram aspectos apontados como barreiras à adequada coordenação assistencial (VARGAS *et al.*, 2016; VÁZQUEZ *et al.*, 2017). Fica evidente a necessidade de reformas nos sistemas de saúde, visando o fortalecimento das funções estatais de planejamento e supervisão, a melhoria das condições de trabalho e a formação dos profissionais.

A insuficiência de comunicação entre a APS e AE foi levantada como causa e consequência de vários problemas, como encaminhamentos desnecessários; contradições e duplicações em exames e tratamentos; tensões e estranhamentos entre médicos generalistas e especialistas (JESUS *et al.*, 2018; VÁZQUEZ *et al.*, 2017). A baixa integração entre a APS e a AE evidenciada no cotidiano assistencial dos profissionais de saúde pública urge pela implantação de mecanismos de coordenação da rede com base em comunicação direta entre os profissionais, além de estratégias para melhorar a compreensão, a confiança e a adesão dos

profissionais ao modelo de saúde onde a APS é a responsável por ordenar os cuidados (VARGAS *et al.*, 2018; JESUS *et al.*, 2018).

Entretanto, alguns problemas que impactam na continuidade assistencial também foram evidenciados em estudos avaliativos, como a dificuldade de acesso à algumas especialidades médicas, a relação desfavorável entre oferta e demanda de AE, o descumprimento dos horários por parte dos médicos especialistas, a ausência de acolhimento para organizar a demanda segundo as necessidades clínicas, entre outros (JESUS *et al.*, 2018). Estes aspectos podem constituir uma barreira ao acesso da população que procura os serviços e o atendimento oportuno para os problemas de saúde (JESUS *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016).

O estudo conduzido por Nóbrega e colaboradores (2015) encontrou várias lacunas para a continuidade do cuidado ofertado a crianças e adolescentes com doenças crônicas, como a insuficiência de vagas nos hospitais especializados, a peregrinação dos usuários entre serviços de saúde, a longa espera para a marcação de consultas com a AE e para a realização de exames. Aspectos como a fragmentação da atenção com atendimentos pontuais; a inexistência de vínculo entre os usuários e os profissionais; a ineficiência do sistema de regulação da rede, foram apontados. Os autores demonstraram que a APS não está conseguindo proporcionar condições para o desenvolvimento da longitudinalidade, sendo procurada pelos usuários na necessidade de encaminhamentos para outros serviços ou para a realização de exames; para a prescrição de medicamentos; e de atendimento odontológico. A comunicação entre os profissionais de saúde é essencial no processo de cuidado integrado e complementar, onde os envolvidos devem compartilhar responsabilidades, de modo a evitar lacunas que possam interferir na continuidade do cuidado.

Silva e colaboradores (2016) evidenciaram problemas relativos à continuidade dos cuidados oferecidos às mulheres com câncer de colo do útero em três redes de saúde de Pernambuco. Foram apontadas barreiras no acesso das usuárias aos serviços, principalmente na APS; deficiências na comunicação entre a APS e AE; e a fragilidade da APS na formação do vínculo com as pacientes e com a coordenação dos cuidados. Aspectos importantes foram apontados, como o encaminhamento incorreto das pacientes, o descumprimento dos protocolos amplamente estabelecidos para a suspeita de câncer; a impossibilidade de realização de exames diagnósticos; a demora na entrega dos resultados. As usuárias referiam que problemas de superlotação, dificuldades para agendamento e escassez de médicos deslocaram a APS do seu papel de primeira opção na busca por cuidados. A maioria dos profissionais entrevistados no estudo afirmou que a APS não realizava o acompanhamento das pacientes, e não recebia

contrarreferência dos níveis seguintes. O vínculo com as usuárias foi estabelecido exclusivamente com o nível especializado, especificamente na oncologia. Ficou bem caracterizada a deficiência de comunicação entre o nível primário e os serviços especializados, devido às fragilidades no referenciamento e na utilização dos mecanismos de contrarreferência.

Avaliar é uma responsabilidade e um dever das instituições (TAKEDA e TALBOT, 2006). A complexidade do SUS implica a utilização de instrumentos avaliativos como ferramentas facilitadoras de mudanças. No entanto, são escassos os estudos desenvolvidos com o intuito descrever comparativamente as RAS sob a ótica de profissionais e usuários.

## 2.5 A PESQUISA EQUITY-LA II

Considerando a importância da coordenação e da continuidade entre os níveis assistenciais das RAS para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, foi desenvolvida uma pesquisa denominada “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas da América Latina (Equity-LA II)”, que teve por objetivo avaliar a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção, em redes de serviços de saúde na América Latina, com foco nos pacientes acometidos por afecções crônicas (VÁZQUEZ *et al.*, 2015).

A Pesquisa Equity LA-II adotou um enfoque de pesquisa-ação, com um desenho quasi-experimental, para a avaliação de intervenções complexas nas redes de serviços de saúde de diferentes países. O estudo é multicêntrico, sendo coordenado pelo Consórcio de Saúde da Catalunha e financiado pela Comissão Europeia na forma de Ação de Cooperação Internacional Específica. Os países participantes foram: Brasil, Chile, México, Uruguai, Colômbia e Argentina. Em cada um desses países foram selecionadas duas redes de saúde comparáveis, para que uma implementasse a intervenção (rede caso), e a outra fosse estudada comparativamente (rede controle). A pesquisa teve duração de 6 anos, com início em agosto de 2013 e término em julho de 2019, e foi delineada em quatro fases (quadro 3).

No Brasil, o estudo foi realizado na rede de atenção à saúde do município Caruaru (rede caso) e nos distritos sanitários III e VII da cidade do Recife (rede controle), ambos do estado de Pernambuco. Essas redes foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: 1) apresentar continuidade da assistência, pelo menos entre a APS e a AE; 2) prestar serviços a uma população definida; 3) prover serviços em áreas urbanas de baixa renda; e 4) dispor-se a participar e implementar as intervenções desenhadas e a liderar com competência a

implementação das estratégias desenhadas. A rede de Caruaru foi escolhida como rede caso por preencher o requisito 4.

**Quadro 3** – Fases da pesquisa Equity-LA II.

Fases	Atividades
Fase 1: Estudo de linha de base	Realização de inquéritos com profissionais e usuários das duas redes de saúde selecionadas em cada país, para identificar os níveis de coordenação e continuidade dos cuidados entre os níveis de atenção e fatores associados.
Fase 2: Desenho e implementação das intervenções	Identificação dos problemas principais, com base nos resultados da fase anterior; Elaboração e implantação de uma intervenção para a melhoria da coordenação e continuidade assistencial entre níveis em uma das redes de cada país (rede caso).
Fase 3: Avaliação das intervenções por país	Aplicação de inquérito com profissionais e usuários das duas redes de saúde selecionadas; Avaliação dos resultados das intervenções; Comparação dos resultados dos inquéritos das Fases 1 e 3 em cada rede, e entre as duas redes (caso e controle) em cada país.
Fase 4: Análise comparativa entre os países participantes	Análise comparativa dos resultados entre os países, identificando os fatores que influenciaram cada contexto particular.

Fonte: adaptado de Vázquez e colaboradores (2015).

A coleta de dados da primeira fase da pesquisa ocorreu entre junho e setembro de 2015, as intervenções foram elaboradas e implementadas na rede de Caruaru a partir de 2016, e a coleta de dados da terceira fase ocorreu no período de outubro de 2017 a março de 2018.

### 3 JUSTIFICATIVA

Os sistemas de saúde devem funcionar como respostas deliberadas às necessidades de saúde de uma população. O Brasil tem lidado com o forte predomínio das condições crônicas de saúde, onde é necessário ofertar uma atenção contínua, prolongada e integrada, composta de ações de promoção, prevenção e recuperação, compartilhadas por diferentes serviços e organizações em todos os níveis de complexidade. Estratégias vêm sendo implementadas para responder essas necessidades. Entretanto, ainda existem diversas barreiras a serem superadas no provimento de uma assistência integral e contínua.

Uma dessas barreiras centra-se na fragmentação das RAS nos serviços públicos de saúde, revelando problemas como a pouca ou inexistente articulação entre níveis assistenciais, a incipiente gestão de recursos evidenciada na duplicação de consultas, exames e procedimentos, falhando em proporcionar um cuidado amplo e integrado aos usuários que procuram o SUS. Tal situação, além de elevar os custos da assistência, reduz a efetividade dos serviços prestados. A ausência de integração entre os níveis de atenção implica diretamente na condição de saúde dos usuários podendo resultar em prejuízos psicológicos, bem como no agravamento do quadro de saúde do paciente e no aumento dos gastos com consultas, exames e internações, ocasionando prejuízos pessoais, familiares, sociais e econômicos significativos. Além disso, acarreta prejuízos aos serviços, com a má gestão dos recursos físicos, financeiros e humanos.

A literatura científica tem evidenciado as contribuições das práticas avaliativas em saúde como ferramentas na condução de mudanças e melhorias nos serviços universais e privados de saúde em diferentes países, fornecendo informações estratégicas para a tomada de decisão dos gestores e para o empoderamento da sociedade. Maiores são as contribuições quando os estudos avaliativos consideram a perspectiva dos diferentes atores que compõem as RAS. A união de diferentes óticas possibilita uma compreensão ampliada acerca do cuidado ofertado nas redes.

Neste estudo, buscou-se contribuir com a terceira fase da pesquisa Equity-LA II, por meio da análise dos resultados obtidos nos inquéritos realizados com profissionais e usuários da rede de saúde selecionada em Recife, utilizando os dados referentes ao ano de 2017. Esse recorte ocorre em função da utilização dos dados mais recentes da pesquisa, e ainda porque a análise a partir das perspectivas dos profissionais e dos usuários ainda não foi explorada no Brasil, na rede controle (Recife). Dessa forma, a dimensão da gestão clínica entre níveis

assistenciais foi selecionada, uma vez que esta apresenta atributos e variáveis que permitem a discussão entre coordenação e continuidade da atenção entre níveis assistenciais.

Buscou-se ampliar os conhecimentos acerca da operacionalização RAS no Brasil, fornecendo à sociedade, aos profissionais e aos gestores do SUS, informações que contribuam para a melhoria do sistema. Pretende-se que a avaliação da coordenação e da continuidade entre os níveis assistenciais sob a ótica de médicos e usuários dos serviços permita conhecer aspectos relacionados à gestão clínica de forma mais detalhada e abrangente, identificando as fragilidades e auxiliando na proposição de estratégias de enfrentamento para as insuficiências.

Considerando a necessidade de uma atenção à saúde acessível, coordenada e integral para aos pacientes do SUS, e a importância em realizar estudos avaliativos no campo na saúde que permitam considerar a ótica de profissionais e de usuários dos serviços, este estudo busca responder: qual a avaliação que profissionais e usuários fazem da coordenação e da continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais nos Distritos Sanitários III e VII da cidade do Recife, no ano de 2017?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a coordenação e a continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais nos Distritos Sanitários III e VII da cidade do Recife, no ano de 2017.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Avaliar a coordenação da gestão clínica entre os níveis de atenção primário e secundário, sob a perspectiva dos profissionais médicos da rede de saúde estudada;
2. Avaliar a continuidade da gestão clínica entre os níveis de atenção primário e secundário, sob a perspectiva dos usuários da rede de saúde estudada.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, que utiliza as informações do banco de dados da Pesquisa Equity-LA II (VÁZQUEZ *et al.*, 2015), coletadas em 2017 em uma rede municipal de saúde do Recife.

### 5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no período de março de 2019 a janeiro de 2022, e utilizou os dados coletados pela Pesquisa Equity-LA II nos Distritos Sanitários (DS) III e VII do município de Recife.

A cidade do Recife, capital do estado, no censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possuía uma população de 1.537.704 habitantes, configurando-se como o maior município em porte populacional da Região Metropolitana e do estado. Com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,772, Recife ocupa segunda posição no ranking estadual<sup>7</sup>. O município apresenta uma superfície territorial de 218,4 km<sup>2</sup> e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e à leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2018).

Recife subdivide-se em 94 bairros, que no âmbito da administração dos Serviços de Saúde, se configuram em 8 Distritos Sanitários. A Rede Básica de Saúde é composta por 130 unidades de Saúde da Família onde atuam 276 equipes de saúde da família (ESF), 173 equipes de saúde bucal, 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 20 Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e 2 Equipes de Consultório na Rua. Em 2017, a cobertura populacional estimada pela atenção básica no município foi de 73%. A cobertura populacional pelas ESF atingiu 58% e pelas EACS foi de 14,5%. Já a cobertura das ESB foi de aproximadamente 37% (RECIFE, 2018).

A área considerada para o estudo foram os DS III (16 bairros) e o DS VII (13 bairros) que são contínuos e possuem população estimada de 326.121 habitantes para o ano de 2017,

---

<sup>7</sup> Cidades, IBGE [homepage na internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em 04 de janeiro de 2020.

com predominância de mulheres. Possuem, juntos, 34 unidades de atenção primária (24 USF, 4 USF com horário de atendimento estendido e 6 Unidades Básicas Tradicionais) e 13 unidades de atenção especializada (hospitais, maternidades, serviços de pronto atendimento, policlínicas e Centro de atenção Psicossocial). Os distritos possuem 55 equipes de saúde da família, 38 equipes de saúde bucal, 17 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e 4 Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (RECIFE, 2018).

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para este estudo, foram utilizados os dados coletados em 2017 pela Pesquisa Equity-LA II, cuja amostra foi composta de 182 profissionais médicos que atuavam na APS e na AE, e 407 usuários, ambos da rede pública de saúde dos DS III e VII de Recife (tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da amostra de médicos e usuários da Pesquisa Equity-LA II, na rede de saúde de Recife (DS III e VII), 2017.

Atores	Nível de Atenção	n	Total
Médicos	Atenção Primária	55	<b>182</b>
	Atenção Especializada	127	
Usuários	-	407	<b>407</b>

Fonte: a autora (2022).

Os critérios da Pesquisa Equity LA-II para a seleção dos profissionais entrevistados foram (VÁZQUEZ *et al.*, 2015): 1) serem médicos (as) da APS ou da AE (ambulatórios, emergências ou hospitais); 2) atuarem na rede há mais de três meses; 3) prestarem cuidados diretos aos pacientes com condições crônicas; e 4) receberem e enviarem referências regularmente pacientes ao outro nível de atenção.

Já os critérios para a seleção dos usuários foram (VÁZQUEZ *et al.*, 2015): 1) possuírem mais de 18 anos; 2) possuírem pelo menos uma doença crônica; 3) terem se consultado nos últimos seis meses com um médico da APS e com um médico da AE pelo mesmo motivo, sendo este qualquer episódio agudo ou crônico de doença ou problema de saúde.

### 5.3.1 Composição da amostra

Como a Pesquisa Equity-LA II coletou dados em duas redes de saúde (uma rede caso e outra controle) de seis países da América Latina, uma amostra de 348 médicos foi estimado para cada país, sendo 174 médicos por rede de saúde (com um mínimo de 50 médicos por nível de atenção), de forma a garantir a detecção de 15% de variação em relação às experiências dos médicos entre as redes, ou seja, no que diz respeito aos itens de coordenação assistencial incluídos no questionário, com base em um poder estatístico de 80% ( $\beta = 0,20$ ) e um nível de confiança bicaudal de 95% ( $\alpha = 0,05$ ) (VÁZQUEZ *et al.*, 2015). A base amostral foi elaborada a partir de uma lista de médicos que atuam nos serviços de saúde, fornecida pelas próprias redes de estudo. Como todas as redes do estudo da Pesquisa Equity-LA II tinham um número relativamente baixo de médicos, especialmente no primeiro nível de atenção, todos foram convidados e incentivados a participar da pesquisa desde que atendessem aos critérios. A Pesquisa Equity-LA II excluiu apenas os médicos de segundo e terceiro níveis que não tiveram contato com o primeiro nível de atenção, ou seja, aqueles que não receberam encaminhamentos ou enviaram contrarreferências ou resumos de alta à APS.

Na rede de Recife, todos os médicos dos DS III e VI que constavam na listagem fornecida pela gestão municipal (n=205) foram convidados a participar da Pesquisa Equity-LA II e, aqueles que aceitaram e que atenderam aos critérios de inclusão, foram entrevistados no seu local de trabalho. Foram entrevistados 182 dos 205 profissionais em atuação na rede (88,8% do total) (tabela 2). Destaca-se que os médicos lotados nas unidades APS do DS III não foram incluídos na amostra, tendo em vista a heterogeneidade das características socioeconômicas da população deste distrito, onde não predomina a população de baixa renda. Devido a este cenário, o número de médicos da APS incluídos no estudo ficou mais próximo do limite mínimo previsto pela amostra.

**Tabela 2** – Composição da amostra de médicos na rede de Recife (DS III e VII), 2017.

<b>Médicos contactados</b>	<b>n</b>	<b>Total</b>
Atenção primária à saúde	61	29,8
Atenção especializada	144	70,2
Total	205	100,0
<b>Médicos que não cumpriram os critérios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atenção primária à saúde	1	0,5
Atenção especializada	3	1,5
Total	4	2,0
<b>Recusas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>

Atenção primária à saúde	5	2,4
Atenção especializada	14	6,8
Total	19	9,3
<b>Médicos entrevistados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atenção primária à saúde	55	26,8
Atenção especializada	127	62,0
<b>Amostra final</b>	<b>182</b>	<b>88,8</b>

Fonte: a autora (2022).

Nota: os percentuais foram apresentados em relação ao total de médicos contactados.

Em relação à amostra de usuários, a Pesquisa Equity-LA II contou com uma amostra estimada de 388 pacientes para cada rede de atenção à saúde, de forma a garantir a detecção de uma variação de 10% na experiência dos pacientes sobre a continuidade do cuidado entre as redes. O tamanho amostral considerou um poder estatístico de 80% ( $\beta=0,20$ ) e um nível de confiança bicaudal de 95% ( $\alpha=0,05$ ) em contraste bilateral. Os usuários foram selecionados aleatoriamente nas salas de espera das unidades de APS, antes ou depois de receber o serviço pelo qual procuravam. Caso o usuário cumprisse os critérios de inclusão e aceitasse participar do estudo, o questionário era aplicado (VÁZQUEZ et al., 2015). Em Recife, dos 3.308 usuários contactados, 407 (13,4%) foram entrevistados (tabela 3).

**Tabela 3** – Composição da amostra de usuários na rede de Recife (DS III e VII), 2017.

<b>Composição da amostra de usuários</b>	<b>n</b>	<b>Total</b>
Usuários contactados	3.038	100,0
Recusas (1)	331	10,9%
Usuários que não cumpriram os critérios (1)	2.300	75,7%
<b>Amostra final</b>	<b>407</b>	<b>13,4%</b>

Fonte: a autora (2022).

(1) os percentuais foram apresentados em relação ao total de médicos contactados.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram extraídos do banco de dados da pesquisa Equity LA-II, formando um novo banco de dados para este estudo. Foram selecionadas variáveis contidas nos questionários (Anexo A) utilizados para coleta das informações, a saber: questionário COORDENA 2017, aplicado em profissionais; e questionário CCAENA 2017, aplicado em usuários do município de Recife. Para este estudo, foram utilizadas as perguntas relativas às subseções 1, 10, 11 do instrumento COORDENA 2017, que versam respectivamente sobre a percepção dos profissionais sobre a articulação da gestão clínica entre níveis de atenção; os fatores organizacionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção; e os dados

sociodemográficos e laborais. Quanto ao instrumento CCAENA 2017, foram utilizadas as perguntas referentes às subseções 1, 7 e 10 que versam respectivamente sobre os problemas de saúde mais frequentes; a percepção dos usuários acerca da continuidade entre níveis de atenção; e os dados de morbidade geral e sociodemográficos.

## 5.5 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

Os quadros 4 a 7 apresentam as variáveis de interesse para esse estudo, definidas de acordo com o marco teórico da pesquisa Equity LA-II (VÁZQUEZ *et al.*, 2015). O quadro 4 apresenta as variáveis sociodemográficas e laborais selecionadas nas subseções 10 e 11 do questionário COORDENA 2017. O quadro 5 apresenta as variáveis de coordenação da gestão clínica selecionadas na subseção 1 do questionário COORDENA 2017. O quadro 6 apresenta as variáveis sociodemográficas e de morbidade selecionadas nas subseções 1 e 10 do questionário CCAENA 2017. O quadro 7 apresenta as variáveis relativas à continuidade da gestão clínica selecionadas na subseção 7 do questionário CCAENA 2017.

**Quadro 4** – Relação das variáveis sociodemográficas e laborais utilizadas para a caracterização da amostra de profissionais de saúde.

<b>Variáveis para caracterização da amostra de profissionais de saúde</b>			
<b>Sociodemográficas</b>	<b>Definição</b>	<b>Tipo</b>	<b>Apresentação das respostas</b>
<b>Sexo</b>	Sexo referido pelo respondente	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: - Feminino; - Masculino; - Não sabe/não respondeu.
<b>Idade</b>	Anos completos, pela data de nascimento	Quantitativa, nominal	Resposta no formato dia/mês/ano.
<b>Nacionalidade</b>	País de nascimento	Qualitativa, nominal	Resposta aberta
<b>Laborais</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>	<b>Apresentação das respostas</b>
<b>Nível de Atenção à Saúde</b>	Definido pelo nível de complexidade do local de trabalho do profissional	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: - Médico da APS; - Médico do ambulatório de especialidades; - Médico da urgência hospitalar/UPA; - Médico da Atenção Hospitalar.
<b>Especialidade</b>	Curso de especialização que foi realizado pelo profissional	Qualitativa nominal	Resposta aberta
<b>Experiência no local de trabalho</b>	Tempo (em meses) em que o profissional trabalha naquele local	Quantitativa contínua	Resposta aberta
<b>Vínculo Profissional</b>	Forma de vinculação do profissional ao serviço que ele trabalha atualmente	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: - Contrato por prazo determinado; - Emprego público/estatutário; - Emprego público/celetista; - Cargo comissionado; - Contrato por tempo indeterminado; - PROVAB; - MAIS MÉDICOS; - Residente; - Não sabe/não respondeu.

Fonte: a autora (2022).

UPA: Unidade de Pronto Atendimento; PROVAB: Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica.

**Quadro 5 –** Relação das variáveis de coordenação da gestão clínica e definições.

		Variável	Definição	Tipo	Apresentação das respostas
<b>Coordenação da gestão clínica</b>  (Provisão de atenção de maneira sequencial e complementar, dentro de um plano de atenção compartilhado pelos diferentes níveis de atenção e serviços que participam)	<b>Coerência da atenção</b>  (Implica a correta sequência da atenção e a existência de aproximações e objetivos de tratamento semelhantes entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais)	Encaminhamento para a AE	Significa o encaminhamento do paciente pelo médico da APS ao AE quando necessário.	Qualitativa, ordinal	Escala de <i>likert</i> de 5 pontos
		Repetição de exames	Significa a repetição de exames pelos médicos da APS e AE.	Qualitativa, ordinal	
		Motivos para a repetição de exames	Os médicos apontam os motivos pelos quais repetem exames	Qualitativa nominal	
		Concordância no tratamento	Significa que os médicos dos diferentes níveis concordam com o tratamento um do outro.	Qualitativa, ordinal,	Escala de <i>likert</i> de 5 pontos.
		Duplicações no tratamento	Refere-se às contradições e/ou duplicações nos tratamentos.	Qualitativa, ordinal	
	<b>Acompanhamento adequado do paciente</b>  (Acompanhamento adequado ao paciente quando existem transições de um nível assistencial para outro)	Responsável clínico	Diz respeito ao médico responsável pelo acompanhamento do paciente nas transições entre níveis.	Qualitativa, ordinal	
		Encaminhamento à APS	Significa o encaminhamento do paciente pelo médico da AE ao médico da APS para consulta de acompanhamento.	Qualitativa, ordinal	
		Acompanhamento adequado da APS	Significa a realização de consulta de acompanhamento na APS após atendimento pelo médico da AE.	Qualitativa, ordinal	
		Recomendações à APS	Refere-se às recomendações (diagnóstico, tratamento, orientações) encaminhadas pela AE à APS.	Qualitativa, ordinal	
	<b>Acessibilidade entre níveis de atenção</b>  (Provisão de atenção sem interrupções entre os níveis assistenciais)	Colaboração entre níveis	Significa que o médico da APS consulta o especialista sobre dúvidas no acompanhamento dos pacientes.	Qualitativa, ordinal	
		Tempo de espera para AE	Referente ao tempo de espera para ter a consulta com o médico da AE após encaminhamento da APS.	Qualitativa, ordinal	
		Tempo de espera para APS	Referente ao tempo de espera para ter a consulta com o médico da APS após encaminhamento da AE.	Qualitativa, ordinal	

Fonte: a autora (2022).

AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde.

Nota: a escala de likert de 5 pontos: Sempre, Muitas vezes, Às vezes, Poucas vezes; Nunca e Não sabe/não respondeu.

**Quadro 6** – Relação das variáveis sociodemográficas e de morbidade utilizadas para caracterização da amostra de usuários da rede de saúde.

<b>Variáveis para caracterização da amostra de usuários da rede</b>			
<b>Sociodemográficas</b>	<b>Definição</b>	<b>Tipo</b>	<b>Apresentação das respostas</b>
<b>Sexo</b>	Sexo referido pelo respondente	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: - Feminino; - Masculino; - Não sabe/não respondeu.
<b>Idade</b>	Anos completos, pela data de nascimento	Quantitativa contínua	Resposta no formato dia/mês/ano.
<b>Nacionalidade</b>	País de nascimento	Qualitativa nominal	Resposta aberta
<b>Raça/etnia</b>	Cor de pele auto referida pelo respondente	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: - Preta; - Branca; - Amarela; - Parda; - Indígena; - Outro, qual? _____ - Não sabe/não respondeu.
<b>Tempo de residência nos distritos III e VII (Recife)</b>	Tempo de residência do usuário nos distritos III ou VII (Recife) em anos completos	Quantitativa discreta	Resposta aberta
<b>Estado civil</b>	Tipo de união civil referida pelo respondente	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: - Solteiro (a); - Casado(a); - União estável; - Viúvo (a); - Divorciado (a); - Outro, qual? _____ - Não sabe/não respondeu.
<b>Escolaridade</b>	Último ano de estudo concluído	Qualitativa ordinal	Múltipla escolha: - Nenhum; - Nível fundamental incompleto; - Nível fundamental completo; - Nível médio incompleto; - Nível médio completo; - Nível técnico incompleto;

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nível técnico completo;</li> <li>- Nível superior incompleto;</li> <li>- Nível superior completo;</li> <li>- Pós-graduado;</li> <li>- Outro, qual? _____</li> <li>- Não sabe/não respondeu.</li> </ul>
<b>Renda familiar</b>	Rendimento familiar do respondente último mês.	Quantitativa contínua	Múltipla escolha: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem renda;</li> <li>- Até 1 salário mínimo;</li> <li>- Entre 1 e 2 salários mínimos;</li> <li>- Entre 2 e 4 salários mínimos;</li> <li>- Acima de 4 salários mínimos;</li> <li>- Não sabe/não respondeu.</li> </ul>
<b>Plano de Saúde privado</b>	Usuário refere ser assegurado por plano de saúde privado.	Qualitativa nominal	Múltipla escolha: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim;</li> <li>- Não;</li> <li>- Não sabe/não respondeu.</li> </ul>
<b>Morbidade</b>	<b>Definição</b>	<b>Tipo</b>	<b>Apresentação das respostas</b>
<b>Condição de saúde auto referida</b>	Determinada pela condição de saúde percebida pelo respondente.	Qualitativa ordinal	Escala de <i>likert</i> de 5 pontos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muito boa;</li> <li>- Boa;</li> <li>- Regular</li> <li>- Ruim</li> <li>- Muito ruim.</li> <li>- Não sabe/não respondeu.</li> </ul>
<b>Número de enfermidades crônicas</b>	Determinada pela quantidade de condições crônicas de saúde que o paciente refere possuir	Quantitativa discreta	Resposta aberta
<b>Condições crônicas autorreferidas</b>	Condições crônicas que o paciente refere possuir	Qualitativa nominal	Resposta aberta

Fonte: a autora (2022).

**Quadro 7** – Relação das variáveis de continuidade da gestão clínica e definições.

		Variável	Definição	Tipo	Apresentação das respostas
<b>Continuidade da gestão clínica</b>  (Percepção do usuário de que recebe os diferentes serviços de maneira coordenada, complementar e sem duplicações)	<b>Coerência da atenção</b>  (Percepção do usuário de que existe coerência nos objetivos e tratamentos indicados pelos diferentes profissionais dos distintos níveis de atenção)	Concordância com a APS	Significa que o médico da AE concorda com os tratamentos recomendados pelo médico da APS.	Qualitativa, ordinal	Escala de <i>likert</i> de 4 pontos
		Concordância com a AE	Significa que o médico da APS concorda com os tratamentos recomendados pelo médico da AE.	Qualitativa, ordinal	
		Encaminhamento à AE	Significa o encaminhamento do paciente pelo médico da APS ao médico da AE quando necessário.	Qualitativa, ordinal	
		Motivos para o não encaminhamento oportuno	Os usuários apontam os motivos pelos quais o médico da APS não realiza o encaminhamento para o médico da AE quando necessário	Qualitativa, nominal	Resposta aberta
		Colaboração entre níveis	Significa que o médico da APS e o AE colaboram entre eles para a resolução dos problemas de saúde do usuário.	Qualitativa, ordinal	Escala de <i>likert</i> de 4 pontos
		Motivos para a colaboração	Os usuários apontam os motivos pelos quais os médicos da APS e da AE colaboram entre si ou não.	Qualitativa, nominal	Resposta aberta
	<b>Acessibilidade entre níveis</b>  (Percepção do usuário de que consegue utilizar oportunamente os serviços ao longo do contínuo assistencial, de acordo com as suas necessidades)	Tempo de espera para consulta com a AE	Referente ao tempo de espera para ter a consulta com o médico da APS após ter encaminhamento da AE	Qualitativa, ordinal	Escala de <i>likert</i> de 4 pontos
		Tempo de espera para consulta com a APS	Referente ao tempo de espera para ter a consulta com o médico da APS após encaminhamento da AE.	Qualitativa, ordinal	
		Marcação da consulta pela disponibilidade do paciente	Consulta marcada de acordo com a disponibilidade do paciente.	Qualitativa, ordinal	

Fonte: a autora (2022).

AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde.

Nota: a escala de *likert* de 4 pontos: Sempre, Muitas vezes, Poucas vezes; Nunca e Não sabe/não respondeu.

## 5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para contemplar o objetivo específico 1, que consiste em verificar as opiniões dos médicos acerca da coordenação da gestão clínica na rede de estudo, a análise dos dados dos profissionais foi realizada por meio de estatística descritiva univariada e bivariada. Na análise univariada, foram obtidas as tabelas de frequências absolutas e relativas para cada variável de interesse (apresentadas anteriormente nos quadros 4 e 5), de acordo com o nível assistencial, se médico da APS ou médico da AE. As respostas coletadas por meio de escala de likert foram dicotomizadas: sempre e muitas vezes foram consideradas como “sim”, e às vezes, poucas vezes e nunca foram consideradas como “não”. Para a questão aberta: “Por que repetem exames?”, as respostas foram agrupadas e categorizadas com análise descritiva. Para avaliar a existência de relação entre as opiniões dos médicos da APS e da AE, além das tabelas cruzadas foram utilizados os testes de Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Nos casos em que foram encontradas relações significativas, a análise foi continuada com a quantificação dessa relação por meio do Odds Ratio e seus respectivos Intervalos de Confiança com nível de confiança de 95%. Considerou-se um nível de significância de 5%. Os dados foram processados no programa R, versão 4.0.0.

Para contemplar o objetivo específico 2, que consiste em verificar as experiências dos usuários da rede acerca da continuidade da gestão clínica entre os níveis assistenciais, a análise dos dados dos usuários também foi realizada por meio de estatística descritiva univariada e bivariada. Na análise univariada, foram obtidas tabelas de frequências absolutas e relativas para cada variável (apresentadas anteriormente nos quadros 6 e 7). As respostas coletadas por meio de escala de likert foram dicotomizadas: sempre e muitas vezes foram consideradas como “sim”, e poucas vezes e nunca foram consideradas como “não”. Para as variáveis abertas (“motivos para o não encaminhamento oportuno”, e “motivos para a colaboração entre níveis”), as respostas foram agrupadas e categorizadas por meio de análise descritiva.

Foi construído um índice sintético de medição da continuidade da atenção composto pelas sete variáveis quantitativas, cuja resposta encontra-se em formato de escala de likert (concordância com a APS; concordância com a AE; encaminhamento para a AE; colaboração entre níveis; tempo de espera para consulta com a AE; tempo de espera para consulta com a APS; marcação da consulta pela disponibilidade do paciente). O índice foi calculado de forma que cada item da escala foi avaliado de 0 a 3 pontos (0 – nunca; 1 – raramente; 2 – muitas vezes; e 3 – sempre). Os valores ausentes foram imputados com o valor médio de cada item dessas

observações, com apenas um ausente para cada fator. As pontuações do item em cada fator foram somadas e divididas por sua pontuação mais alta possível. O índice foi transformado em uma variável categórica representando alta percepção de continuidade da gestão clínica (mais da metade da pontuação máxima) ou baixa percepção de continuidade da gestão clínica (menos da metade da pontuação máxima).

Para avaliar a existência de associação entre os fatores sociodemográficos (sexo, estado civil, raça-cor autorreferida, renda familiar no último mês, nível de escolaridade, usuário que possui plano privado de saúde) e de morbidade (percepção de saúde autorrelatada, cujos resultados foram agrupados em “muito bom ou bom” e “regular, ruim ou muito ruim) da amostra com o índice sintético de percepção de continuidade da gestão clínica, além das tabelas cruzadas foram utilizados os testes de Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Também foram calculados os respectivos Odds Ratio (OR) e seus Intervalos de Confiança (IC) com nível de confiança de 95%. Considerou-se um nível de significância de 5%. Os dados foram processados no programa R, versão 4.0.0.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A Pesquisa Equity - LA II foi aprovada pelo Comitê Ético de Investigação Clínica – Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona, protocolo 2013/5048 I e pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP com o parecer N° 3967-14. A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sendo aprovado sob o parecer n° 4.213.652/2020 (Anexo B), com anuência do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (Anexo C).

O material coletado foi utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização desta pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes. A pesquisa não ofereceu nenhum dano aos participantes e não foi objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos mesmos. O material coletado não será objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os participantes.

## **6 RESULTADOS**

Esta dissertação foi desenvolvida no formato de coletânea de artigos científicos, redigidos de forma a contemplar os objetivos específicos e o objetivo geral delineados anteriormente no quarto capítulo deste documento.

### **Artigo 1: Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Brasil**

Este artigo descreve a perspectiva dos médicos que trabalham na APS e na AE na rede de estudo acerca da coordenação da gestão clínica entre os níveis. Tomando como base as três dimensões da coordenação da gestão clínica (coerência da atenção, acompanhamento adequado do paciente e acessibilidade entre níveis), o artigo aborda aspectos essenciais para prestação de cuidados coerentes, sequenciados e de qualidade aos usuários, como a responsabilidade clínica entre níveis, a concordância, a colaboração e a comunicação entre profissionais e os problemas de acessibilidade evidenciados pela incipiente integração assistencial. O artigo foi aceito para publicação pelos Cadernos de Saúde Pública em 12 de fevereiro de 2022 (Anexo D). Devido à formatação solicitada pela revista selecionada para envio do mesmo, que difere do padrão ABNT exigido para esta dissertação, o artigo está disposto no Apêndice A desta dissertação.

### **Artigo 2: Continuidade da atenção entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede de saúde municipal**

Neste artigo foram apresentadas as experiências dos usuários dos serviços de APS e AE a respeito da continuidade dos cuidados que os mesmos receberam quando transitaram entre os níveis assistenciais da rede de estudo. O artigo discute o modo como os usuários experimentam a conexão entre os serviços de saúde, percebendo os fluxos de atendimento, o relacionamento entre os profissionais, a disponibilidade de acesso, entre outros aspectos que influenciam fortemente a continuidade do cuidado. O artigo foi submetido para publicação aos Cadernos de Saúde Pública em 14 de março de 2022 (Anexo E), estando disposto no Apêndice B em virtude de sua formatação específica para a revista em questão.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu avaliar a rede de atenção à saúde dos DS III e VII de Recife considerando as vivências de dois dos principais atores responsáveis por movimentar os serviços de saúde: médicos e usuários. Também foi possível verificar as convergências e divergências existentes entre essas experiências, fornecendo uma perspectiva ampliada das principais potencialidades e fragilidades identificadas na coordenação e na continuidade da gestão clínica da rede, que poderão subsidiar a tomada de decisão dos gestores quanto à reorganização e qualificação dos processos de trabalho para melhoria do cuidado que é ofertado a esses usuários.

A perspectiva dos profissionais apresentou uma rede onde a coordenação da gestão clínica pode ser considerada limitada, haja vista os problemas identificados na articulação entre níveis: as discordâncias nos tratamentos indicados, a falta de consenso sobre o médico que deve exercer a responsabilidade clínica pelo paciente, baixos níveis de comunicação entre os profissionais e longos tempos de espera para atendimento na AE.

As experiências relatadas pelos usuários revelam uma rede fragmentada, onde são vivenciadas descontinuidades na oferta de cuidados, especialmente devido ao elevado tempo de espera para acesso à AE. Também foram identificadas algumas experiências de ausência de colaboração e comunicação entre os médicos envolvidos no cuidado ao paciente, a marcação de consultas sem considerar a disponibilidade do paciente, afetando seu comparecimento, e uma longa espera também para as consultas de contrarreferência (quando o paciente deve retornar aos cuidados da APS após a consulta com o especialista).

A comparação dos resultados evidenciados neste estudo permitiu a identificação de diferenças importantes nas experiências dos profissionais, a depender dos níveis de atenção em que trabalham. Os profissionais que trabalham na atenção primária têm, geralmente, experiências mais positivas de coordenação assistencial que os especialistas. Foi possível observar também que usuários compartilham mais opiniões convergentes com médicos do primeiro nível do que com especialistas.

De maneira geral, as convergências observadas nos três grupos de entrevistados (médicos da APS, especialistas e usuários) residiram em dois pontos: o primeiro, na constatação que o médico generalista realiza encaminhamentos pertinentes dos pacientes para a AE, quando realmente existem necessidades que não podem mais ser sanadas no primeiro nível de atenção. E o segundo, nos longos tempos de espera para a realização das consultas na AE relatados pelos

três grupos de entrevistados. Quanto às divergências, observaram-se experiências diferentes entre as categorias profissionais no que se refere à conciliação nos tratamentos, onde a maioria dos especialistas refere não concordar com os tratamentos prescritos pelo médico da APS, enquanto os médicos do primeiro nível não identificaram problemas nos tratamentos indicados pelos especialistas. Sobre esta questão, os usuários apresentam opinião convergente aos médicos da APS, não identificando discordâncias de nenhum tipo.

Em se tratando das dimensões da gestão clínica, tanto os profissionais como os usuários da rede apresentam experiências mais positivas para coerência da atenção. Em geral não são realizados encaminhamentos desnecessários, a duplicação de exames não ocorre com frequência e não existem duplicações nem contradições nas prescrições medicamentosas entre níveis. A acessibilidade entre níveis apresenta-se como a dimensão com opiniões mais negativas para os três grupos entrevistados.

Os resultados evidenciados neste estudo levantaram convergências e divergências nas perspectivas dos atores que merecem ser aprofundados em investigações futuras que se utilizem de metodologias complementares, a exemplo da abordagem qualitativa. Ainda, tais achados reforçam a importância de considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos em uma intervenção, durante a realização de estudos avaliativos. No âmbito da saúde, de considerar as vivências de gestores, profissionais de saúde, de usuários e outros atores interessados durante a avaliação de políticas, programas e serviços.

Embora as RAS tenham sido implementadas como uma solução para a melhorar a articulação dos serviços e a minimizar a fragmentação da atenção, sua operacionalização é dificultada por elementos característicos de seus modelos organizacionais, que precisam ser revisitados para a melhoria da efetividade do sistema de saúde. É imperativa a resolução das fragilidades evidenciadas neste estudo, uma vez que dificultam o trabalho em rede e impactam negativamente no acesso à atenção, na coordenação e continuidade assistencial entre níveis e, por consequência, na qualidade da atenção que é ofertada.

São necessárias estratégias para o fortalecimento da integração entre níveis, centradas no aumento dos níveis de colaboração e comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, bem como na difusão dos papéis de cada nível de atenção, com a devida valorização da APS como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. É necessário modificar a cultura existente em que os profissionais de diferentes níveis assistenciais não se consideram parte do mesmo processo de cuidados em saúde. Também é necessário melhorar o financiamento do sistema público de saúde para reduzir a insuficiência

de recursos econômicos, físicos e humanos do SUS, e para possibilitar a ampliação da oferta de serviços e a melhoria do acesso.

Este estudo apresentou algumas limitações. A utilização de um desenho transversal possibilitou a identificação de elementos críticos da coordenação e da continuidade da gestão clínica, mas não permitiu inferir relações de causa e efeito. Os resultados evidenciados são baseados no relato de profissionais de saúde e usuários dos serviços e expressam a realidade da rede estudada, sendo necessário cautela na generalização dos resultados. Estudos longitudinais e que abordem a gestão clínica tendo por base outras fontes de informação, como por exemplo as experiências de outras categorias profissionais, podem fornecer evidências complementares a este estudo. No entanto, as discussões suscitadas apresentam podem subsidiar a tomada de decisão dos gestores para a condução de melhorias na organização das RAS no âmbito do SUS.

No sentido de minimizar as dificuldades existentes na utilização dos resultados das produções científicas na produção de mudanças no desempenho de sistemas e serviços de saúde, os resultados desta dissertação serão comunicados para a gestão dos serviços na forma de apresentações e relatórios técnicos, e discutidos de acordo com a sua disponibilidade, de forma a estimular o uso das evidências aqui obtidas no seu processo decisório. Os resultados também serão divulgados para a comunidade científica na publicação de artigos, e espera-se que estudos futuros possam dar continuidade às discussões aqui iniciadas, identificando avanços ou retrocessos na rede, compreendendo que coordenação e continuidade da atenção são fenômenos complexos, que assumem maior compreensão com o tempo e são influenciados pelas inúmeras decisões tomadas por indivíduos e organizações internas e externas ao sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 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. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>. Acesso em: 07 de dezembro de 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BwsMVwPVx4PTNY3VcRDgbyC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.
- AMARILLA, D.I *et al.* Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la Ciudad de Rosario. **Revista de Salud Pública**, v. 24, n.1, p.18-31, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/23601/29630>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.
- BELTRAMMI, D. G. M.; REIS, A. A. C. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 94-103, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.
- BELTRÁN, P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación. [tesis de máster] Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2006.
- BENJAMIN, A. E. Perspectives on a continuum of care for persons with HIV illnesses. **Medical care review**, v. 46, n. 4, p. 411-437, 1989. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/107755878904600404>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.
- BEZERRA, L. C. A. *et al.* Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5017-5028, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.31712018>>. Acesso em 31 de março de 2022.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a.
- BRASIL. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o

Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Brasília, DF: Presidência da República, 2019b.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica nº01/91. Brasília, DF: Diário oficial da União, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, nº38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019a.

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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de

saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, 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). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BROUSSELLE, A. *et al* (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CALDERON, C. A. A. *et al.* Sistema de salud em Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2817-2828, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CAMPBELL, H. *et al.* Integrated care pathways. **British Medical Journal**, v. 316, n. 7125, p. 133-137, 1998. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/316/7125/133>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de administração pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9049/8182>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CAMPOS, C. S.; BANDEIRA, A. C.; SARDI, S. I. Zika Vírus Outbreak, Bahia, Brazil. **Emerging infectious diseases**, v. 21, n. 10, p.1885, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4593454/pdf/15-0847.pdf>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CARNEIRO, M. S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCA Tool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 279-295, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** Volume 1. São Paulo: Paz & Terra, 2009. 630 p.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In:* BROUSSELLE, A. *et al.* (orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 41-60.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da APS e da AAE nas Redes de Atenção à Saúde**. CONASS Documenta v. 31. Brasília: CONASS; 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In:* HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

COUSINS, J. B. *et al.* Organizational Capacity to do and use evaluation: Results of a Pan-Canadian survey of evaluators. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 23, n. 3, p. 1-35, 2008.

DELVA, D.; KERR, J.; SCHULTZ, K. Continuity of Care: differing conceptions and values. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 8, p. 915-921, 2011. Disponível em: <<https://www.cfp.ca/content/cfp/57/8/915.full.pdf>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s229-s333, novembro de 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500020>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. *In:* DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Volume III. Chicago: Health Administration Press, 1985, p. 3-31.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. *In:* BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 19-39.

FELISBERTO, E. *et al.* Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 387-399, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S28>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

FELISBERTO, E. *et al.* Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300013>>. Acesso em: 31 de março de 2022

FIGUERÓ, A. N.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. E. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. *In:* SAMICO, I. *et al.* (orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, v. 1, 2010, p. 1-13,

FLEISCHER, D.N; CHRISTIE, C. A. Evaluation use: Results from a survey of US American Evaluation Association members. **American Journal of Evaluation**, v.30, n.2, p. 158-75, 2009. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1098214008331009>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

FREEMAN, G.; HJORTDAHL, P. What future for continuity of care in general practice? **British Medical Journal**, n. 314, 1997. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/314/7098/1870>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, nº 3, p.14-33, 2018. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5739/pdf>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dezembro de 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00187113>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00118816, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 493-625.

GLENDINNING, C. *et al.* A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. **British Journal of General Practice**, v. 52, n. 480, p. 545-548, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314355/pdf/12120725.pdf>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Brasil: Revisão das despesas públicas, Volume I: Síntese. 2017.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. California: Sage publications, 1989.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **British Medical Journal**, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/327/7425/1219.short>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2021.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à Prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizando a avaliação de programas e políticas de saúde: culinária e corte-costura nas lições francesas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-260, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200002>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta-satélite de saúde: 2010 – 2017**. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf)>. Acesso em: 9 de dezembro de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades** [homepage]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em 04 de janeiro de 2020.

JESUS, R. F. S. *et al.* Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 423-434, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0026>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

KLUGE, H. H. P. *et al.* Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. **The Lancet**, v. 395, n. 10238, p. 1678-1680, 2020. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931067-9>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

LEANDRO, S. S.; MONTEIRO, P. S. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3. P. 65-69. 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1097/402>. Acesso em 13 de janeiro de 2020.

LETELIER, M. J. *et al.* Diseño y validación de um cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuário: CCAENA. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 24, n. 4, p. 339-346, 2010. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112010000400013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000400013&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17,

n. 7, p. 1903-1914, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

LONGEST, B. B.; YOUNG, G. J. Coordination and communication. **Health care management**. New York: Delmar; 4. ed., p. 210-243, 2000.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 07, p. 2833-2842, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00602021>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MALTA, D.C. *et al.* Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3115-3122, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018. Disponível em: <<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/4/e000829.full.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MCWHINNEY, I. R. Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. **The Journal of family practice**, v. 2, n. 5, p. 373-374, 1975.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. *In*: BARROS, F. P. C (coord.). **CONASS Debate: O futuro dos sistemas universais de saúde**. CONASS Debate v. 8. Brasília: CONASS, 2018, p 92-105.

MISES, L. V. Teoria econômica e a prática da ação humana. *In*: MISES, L. V. **Ação Humana: Um tratado de economia**. 3.1ª edição. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010, p. 28-31.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00206316>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

NÓBREGA, V. M. *et al.* Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150088>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

OLIVEIRA, C. R. F. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00119318, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00119318>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPAS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n° 4).

OUVERNEY, A. L. M.; TEIXEIRA, S. M. F. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Volume 3. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 143-182.

OVRETVEIT, J. **Purchasing for health: a multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing**. Open University Press, 1995.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 15-28, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, junho de 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2nd ed. California: SAGE Publications, 1990.

PEIXOTO, S. V. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 2912. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020>>. Acesso em: 24 de março de 2022.

PHAM, H. H., *et al.* Primary care physicians' links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. **Annals of internal medicine**, v. 150, n. 4, p. 236-242, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718023/pdf/nihms480845.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200015>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Recife, 2018.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

SAMPAIO, J. *et al.* Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100030>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

SANTOS, M. A. S. *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 389-398, setembro de 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300005>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **The Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2003. Disponível em:

<<https://www.annfamned.org/content/annalsfm/1/3/134.full.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

SHORTELL, S. M. *et al.* Remaking health care in America. **Hospitals & Health Networks**, v. 70, n. 6, p. 43-4, 46, 48, 1996.

SILVA, M. R. F. *et al.* Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-119, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611008>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

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

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300005>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

TARRANT, C. *et al.* Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. **The Annals of Family Medicine**, v. 8, n. 5, p. 440-446, 2010.

TEIXEIRA, J. V.; CRUZ, C. A. M.; AZEVEDO, A. P. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, p. 201-220, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v20n1p201-220>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

TERRAZA-NUÑEZ, R; VARGAS, I. L.; VÁZQUEZ, M. L. N. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medida. **Gaceta sanitaria**, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006. Disponível em: <<http://www.gacetasanitaria.org/es-la-coordinacion-entre-niveles-asistenciales-articulo-S0213911106715485>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VARGAS, I. *et al.* **Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud.** Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)/OPAS, 2011.

VARGAS, I. *et al.* Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **Health policy and planning**, v. 32, n. 4, p. 549-562, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czw168>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VARGAS, I. *et al.* Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. **Health policy and planning**, v. 33, n. 4, p. 494-504, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czy016>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VARGAS, I. *et al.* Barriers to health care coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health policy and planning**, v. 31, n. 6, p. 736-748, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. **Social Science & Medicine**, v. 182, p. 10-19, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. **BMJ open**, v. 5, n. 7, p. e007037, 2015. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/7/e007037.full.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VERAS, R. P. *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, abril de 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.190/S0034-8910.2014048004941>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, junho de 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

VIEIRA, F. S. H. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 127. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>>. Acesso em: 9 de dezembro de 2021.

VILLALBÍ, J. R. *et al.* Evaluación de la atención primaria de salud. **Atención Primaria**, v. 31, n. 6, p. 382-385, 2003. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707033>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

WAN, T. T. H.; LIN, B. Y. J.; MA, A. Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. **Journal of Medical Systems**, v. 26, n. 2, p. 127-143, 2002. Disponível em:

<<https://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1014805909707.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non-communicable diseases 2014**. Geneva: WHO; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health impact assessment: main concepts and suggested approach**. Gothenburg consensus paper. Brussels, European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **No non communicable diseases: country profiles 2018**. Geneva: WHO; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Overview of public health and social measures in the context of COVID-19**. Geneva: WHO, 2020.

## APÊNDICE A – ARTIGO 1

### **Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Brasil**

#### **RESUMO**

Este estudo analisa a perspectiva dos profissionais médicos sobre a coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, que utiliza dados de um inquérito realizado com 182 médicos da atenção primária à saúde (APS) e especializada (AE) de Recife em 2017. Os resultados apresentaram diferenças significativas na experiência dos médicos. Sobre encaminhamentos, a maioria (81,32%) considera que os médicos da APS encaminham os pacientes para AE quando necessário, sendo superior o percentual para médicos da APS (92,73%). Quanto à concordância, maior parte dos médicos da APS (67,27%) informou estar de acordo com o tratamento prescrito pelo profissional da AE, enquanto apenas 33,86% dos especialistas concordam com o médico da APS. Sobre a responsabilidade clínica, 89,09% dos médicos da APS afirmaram ser responsáveis clínicos pelo paciente, enquanto apenas 43,31% dos especialistas referiu o mesmo. Sobre a realização de recomendações, a maior parte dos entrevistados (63,19%) considerou que os especialistas não fazem recomendações, sendo esse percentual maior entre os médicos da APS (81,82%). A respeito do tempo de espera, a maioria (82,42%) acha que o paciente espera muito para realizar a consulta na AE, sendo o percentual para médicos da APS (98,18%) superior ao da AE (75,59%). O tempo de espera para APS foi considerado longo por apenas 16,36% dos médicos da APS, em contraste com 38,58% dos médicos da AE. Os resultados deste estudo coincidem com investigações semelhantes e evidenciam a necessidade de fortalecer a coordenação clínica entre níveis para alcançar uma integração efetiva das redes assistenciais.

**Palavras chave:** Redes Integradas de Saúde, Níveis de Atenção à Saúde, Coordenação Assistencial, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão Clínica

#### **INTRODUÇÃO**

A Coordenação Assistencial e a integração dos serviços de atenção têm sido apontadas como pilares essenciais para a sustentabilidade financeira e para o alcance da universalidade dos sistemas de saúde<sup>1,2</sup>. Há pelo menos uma década, a Organização Pan-Americana de Saúde

(OPAS) recomenda o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) na função de coordenadora entre níveis e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para melhorar a integração assistencial e a qualidade dos cuidados ofertados<sup>3</sup>. Especialistas<sup>2,4</sup> reforçam que o Brasil deve trabalhar a Coordenação Assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) para permitir o acesso sequenciado e oportuno aos serviços de saúde, e assim obter melhores resultados em saúde para sua população.

Reid, Haggerty e Mckendry<sup>5</sup> definem a coordenação da gestão clínica como a prestação de cuidados sequenciais e complementares ao usuário, dentro de um plano de cuidados compartilhado pelos profissionais dos diferentes serviços e níveis de atenção, sendo composta por três dimensões: coerência da atenção, acompanhamento adequado do paciente e acessibilidade entre níveis assistenciais. A coerência da atenção implica na existência de aproximações e objetivos de tratamento comuns entre diferentes níveis de atenção. O acompanhamento adequado do paciente refere-se à existência de um responsável pelo seguimento clínico do usuário quando houver transições entre níveis assistenciais. Já a acessibilidade entre níveis assistenciais refere-se à prestação de assistência continuada, sem interrupções no cuidado ao longo de todo o período de adoecimento<sup>5</sup>.

A falta de integração entre serviços de saúde tem por consequências a duplicação de esforços, a escalada de custos e o aumento das desigualdades no acesso aos serviços<sup>2</sup>. Estratégias que contribuam para o fortalecimento da coordenação da gestão clínica, além de melhorar a integração entre níveis, podem conferir maior qualidade e eficiência aos serviços, evitando a duplicação desnecessária de exames diagnósticos, a polifarmácia perigosa, os encaminhamentos inadequados e a existência de planos de cuidados conflitantes. Melhorias na coordenação da gestão clínica também podem exercer influências positivas quanto às experiências e a satisfação dos usuários atendidos nos serviços de saúde<sup>6,7</sup>.

O volume de estudos que abordam a coordenação assistencial em países latino-americanos, incluindo o Brasil, vem aumentando consideravelmente, abordando a implementação, os níveis de conhecimento e de uso de mecanismos de coordenação clínica<sup>8-14</sup>, a comunicação entre os profissionais da APS e da Atenção Especializada (AE)<sup>15</sup>, a existência de barreiras à coordenação assistencial<sup>7</sup> e a comparação entre os níveis de coordenação de diferentes redes de atenção<sup>16-19</sup>. Entretanto, ainda são poucos os estudos que abordam especificamente a coordenação da gestão clínica, elemento essencial ao alcance da integralidade dos cuidados ofertados à saúde<sup>20</sup>.

Resultados de pesquisas realizadas no Brasil revelaram uma articulação insuficiente entre a APS e a AE<sup>20</sup>, e uma coordenação assistencial limitada nas redes de serviços, atrelada a diversos fatores, como às lacunas no conhecimento dos profissionais acerca da coordenação assistencial<sup>15,18</sup>, o não reconhecimento do papel da APS como coordenadora do cuidado<sup>15,19,20</sup>, a comunicação incipiente entre profissionais e serviços de distintos níveis<sup>12-13,15,18-20</sup> e as dificuldades na implementação e no uso dos principais mecanismos que subsidiam a coordenação clínica (formulários de referência e contrarreferência, sessões clínicas conjuntas, diretrizes e protocolos compartilhados, resumos de alta)<sup>9,11-13,15</sup>. Tais limitações contribuem para impactos negativos na eficiência do sistema de saúde, comprometendo a oferta de uma atenção coordenada, coerente, sequenciada e satisfatória aos usuários<sup>8,13,15</sup>.

Considerando a gestão clínica um dos componentes essenciais para a oferta de uma atenção à saúde acessível, sequenciada e integral, este artigo analisa as experiências de médicos da APS e da AE de uma rede de saúde pública municipal, acerca da Coordenação da Gestão Clínica entre níveis de atenção, no contexto de um sistema fragmentado e subfinanciado no qual se insere o SUS. Espera-se que as lições aprendidas nesse caso específico possam contribuir para o debate em outros contextos semelhantes.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal, quantitativo e descritivo, desenvolvido a partir da análise do banco de dados da pesquisa multicêntrica EQUITY-LA II<sup>6</sup>, que avaliou a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas redes de atenção à saúde da América Latina.

Para este artigo, o recorte refere-se à rede pública de saúde correspondente aos Distritos Sanitários (DS) III e VII do município de Recife. Essa rede foi selecionada de acordo com os seguintes critérios: 1) prestação de um contínuo de serviços, incluindo ao menos APS e AE; 2) prestação de serviços a uma população definida; 3) prestação de serviços em áreas urbanas de baixa renda; 4) disposição em participar da pesquisa e implementar as intervenções necessárias; e 5) liderança com competência para implementar as estratégias planejadas.

Em 2017, a cobertura estimada da APS para o município foi de 73%, sendo 58% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. No mesmo ano, o território correspondente aos DS III e VII possuía população estimada em 326.121 habitantes, possuindo 30 unidades de APS (unidades de saúde da família e unidades básicas tradicionais) e 12 unidades de AE (hospitais, maternidades, serviços de pronto atendimento, policlínicas e outras

unidades especializadas). Possuía ainda 55 equipes de saúde da família, 38 equipes de saúde bucal, 17 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e 4 Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família<sup>21</sup>.

A população do estudo foi composta por médicos da APS e da AE que prestavam atendimento direto aos pacientes acometidos por doenças crônicas, que trabalhavam a pelo menos três meses na rede de estudo e que recebiam referências regulares de pacientes ao outro nível de atenção. Como a Pesquisa Equity-LA II coletou dados, em duas redes de saúde (uma rede caso e outra controle) de seis países da América Latina<sup>6</sup>, uma amostra de 348 médicos foi estimado para cada país, sendo 174 médicos por rede de saúde (com um limite mínimo de 50 médicos por nível de atenção), de forma a garantir a detecção de 15% de variação em relação às experiências dos médicos entre as redes, ou seja, no que diz respeito aos itens de coordenação assistencial incluídos no questionário, com base em um poder estatístico de 80% ( $\beta = 0,20$ ) e um nível de confiança bicaudal de 95% ( $\alpha = 0,05$ ). A base amostral foi elaborada a partir de uma lista de médicos que atuam nos serviços de saúde, fornecida pelas próprias redes de estudo. Foram excluídos apenas os médicos de segundo e terceiro níveis que não tiveram contato com o primeiro nível de atenção, ou seja, aqueles que não receberam encaminhamentos ou enviaram contrarreferências ou resumos de alta à APS. Como todas as redes do estudo tinham um número relativamente baixo de médicos, especialmente no primeiro nível de atenção, todos foram convidados e incentivados a participar da pesquisa desde que atendessem aos critérios.

Na rede de estudo, todos os médicos dos DS III e VI que constavam na listagem fornecida pela gestão municipal (n=205) foram convidados a participar da pesquisa e, aqueles que aceitaram e que atenderam aos critérios, foram entrevistados no seu local de trabalho. Foram entrevistados 182 dos 205 profissionais em atuação na rede (88,8% do total). Sujeitos entrevistados e perdas estão descritos na tabela 1. Destaca-se que os médicos lotados nas unidades APS do DS III não foram incluídos na amostra, tendo em vista a heterogeneidade das características socioeconômicas da população deste distrito, onde não predomina a população de baixa renda. Devido a este cenário, o número de médicos da APS incluídos no estudo ficou mais próximo do limite mínimo previsto pela amostra.

**Tabela 1.** Composição da amostra de médicos na rede de estudo. Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

Médicos contactados	n	%
Atenção primária à saúde	61	29,8
Atenção especializada	144	70,2
Total	205	100,0

<b>Médicos que não cumpriram os critérios <sup>1</sup></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atenção primária à saúde	1	0,5
Atenção especializada	3	1,5
Total	4	2,0
<b>Recusas<sup>1</sup></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atenção primária à saúde	5	2,4
Atenção especializada	14	6,8
Total	19	9,3
<b>Médicos entrevistados<sup>1</sup></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atenção primária à saúde	55	26,8
Atenção especializada	127	62,0
<b>Amostra final<sup>1</sup></b>	<b>182</b>	<b>88,8</b>

Fonte: elaboração própria

(1) Os percentuais foram apresentados em relação ao total de médicos contactados.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2017 a março de 2018, a partir da aplicação do questionário COORDENA-BR. Informações detalhadas sobre o desenho e estrutura dos questionários aplicados no estudo multicêntrico foram publicadas anteriormente<sup>19,22</sup>. Para assegurar a qualidade dos dados todos os instrumentos aplicados foram revisados, com supervisão presencial de 35% das entrevistas (selecionadas aleatoriamente) e ainda a dupla digitação dos questionários no banco de dados. As inconsistências encontradas nessa fase foram reparadas pela checagem dos dados nos instrumentos.

Selecionaram-se as variáveis das seguintes seções do instrumento COORDENA-BR: “Fatores organizacionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção” e “Dados sociodemográficos e laborais”: sexo, idade, nacionalidade, nível de atenção em que trabalha, especialidade, experiência no local de trabalho e tipo de vínculo profissional. Com base no plano de análise da Pesquisa Equity-LA II<sup>6</sup>, foram identificadas na seção “Escala sobre articulação entre níveis de atenção” as variáveis que apresentam a experiência dos entrevistados sobre a Coordenação da Gestão Clínica entre níveis, de acordo com as suas dimensões (quadro 1).

**Quadro 1.** Variáveis de interesse selecionadas e suas características, por dimensão da Coordenação da Gestão Clínica.

<b>COERÊNCIA DA ATENÇÃO</b>		
<b>Variável</b>	<b>Item correspondente no instrumento</b>	<b>Formato de resposta</b>
Encaminhamento à AE	Os médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando é necessário.	Escala de <i>likert</i> de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca.
Repetição de exames	Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram.	
Motivos para a repetição de exames	Por que repetem os exames?	Resposta aberta
Concordância no tratamento	Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes.	Escala de <i>likert</i> de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas

Contradições/duplicações no tratamento	Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da APS e especialistas, incluindo você, prescrevem.	vezes e nunca.
ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE		
Variável	Item correspondente no instrumento	Formato de resposta
Responsável pelo paciente	Na prática, os médicos da APS são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção.	Escala de <i>likert</i> de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca.
Encaminhamento à APS	Os especialistas encaminham os pacientes para a APS para consulta de acompanhamento	
Realização da consulta de acompanhamento	Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS	
Recomendações à APS	Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes.	
Comunicação entre níveis	Os médicos da APS consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes	
ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS		
Variável	Item correspondente no instrumento	Formato de resposta
Tempo de espera para consulta com a AE	Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta.	Escala de <i>likert</i> de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca.
Tempo de espera para consulta com a APS.	Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da APS, espera muito tempo até o dia da consulta.	

Fonte: elaboração própria, com base no plano de análise da Pesquisa Equity-LA II<sup>6</sup>.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva univariada e bivariada. Na análise univariada, foram obtidas as tabelas de frequências absolutas e relativas para cada variável, de acordo com o nível assistencial do profissional, se médico da APS ou médico da AE. As respostas coletadas por meio de escala de likert foram dicotomizadas: sempre e muitas vezes foram consideradas como “sim”, e às vezes, poucas vezes e nunca foram consideradas como “não”. Para a questão aberta, as respostas foram agrupadas e categorizadas com análise descritiva. Para avaliar a existência de relação entre as experiências dos profissionais da APS e da AE, além das tabelas cruzadas foram utilizados os testes de Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Nos casos em que foram encontradas relações significativas, a análise foi continuada com a quantificação dessa relação através do Odds Ratio (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) com nível de confiança de 95%. Durante as análises foi considerado um nível de significância de 5%. Os dados foram processados no programa R, versão 4.0.0.

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 4.213.652/2020).

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

A amostra de médicos foi composta por 182 entrevistados, sendo 55 de médicos da APS (30,22%) e 127 médicos da AE (69,78%). Em ambos os níveis de atenção, predominou profissionais do sexo feminino (APS: 69,09%; AE: 70,98%), entre 40 e 64 anos de idade (APS: 50,91%; AE: 64,57%), e nacionalidade brasileira (APS: 94,55%; AE: 100,00%). Embora a amostra seja majoritariamente conformada por profissionais brasileiros, ressalta-se a inserção de médicos de outras nacionalidades (cubana, venezuelana e espanhola), especificamente na APS, devido à implantação do Programas Mais Médicos e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica em Recife. Entre os profissionais da APS, as especialidades mais frequentes foram Medicina de família e de comunidade (36,36%), Clínica geral (20,00%) e Pediatria (16,36%), enquanto que entre os profissionais da AE, foram Pediatria (25,20%), Ginecologia e obstetrícia (17,32%) e Oftalmologia (11,81%). A maior parte dos médicos entrevistados possuía tempo de experiência na rede de saúde superior a 36 meses (APS: 45,45%; AE: 69,29%) e vínculo institucional público estatutário (APS: 78,18% e AE: 74,80%) (tabela 2).

**Tabela 2.** Características da amostra de profissionais médicos, por nível de atenção. Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

<b>CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS</b>	<b>APS</b>		<b>AE</b>		<b>Total</b>	
<b>Sexo</b>	<b>n=55</b>	<b>%</b>	<b>n=127</b>	<b>%</b>	<b>n=182</b>	<b>%</b>
Masculino	17	30,91%	37	29,13%	54	29,67%
Feminino	38	69,09%	90	70,87%	128	70,33%
<b>Idade</b>	<b>n=55</b>	<b>%</b>	<b>n=127</b>	<b>%</b>	<b>n=182</b>	<b>%</b>
27 a 39 anos	21	38,18%	32	25,20%	53	29,12%
40 a 64 anos	28	50,91%	82	64,57%	110	60,44%
65 anos ou mais	6	10,91%	13	10,24%	19	10,44%
<b>Nacionalidade</b>	<b>n=55</b>	<b>%</b>	<b>n=127</b>	<b>%</b>	<b>n=182</b>	<b>%</b>
Brasileira	52	94,55%	127	100,00%	179	98,35%
Outras nacionalidades	3	5,45%	0	0,00%	3	1,65%
<b>Especialidade</b>	<b>n=55</b>	<b>%</b>	<b>n=127</b>	<b>%</b>	<b>n=182</b>	<b>%</b>
Pediatria	9	16,36%	32	25,20%	41	22,53%
Ginecologia e Obstetrícia	2	3,64%	22	17,32%	24	13,19%
Medicina de família e de comunidade	20	36,36%	0	0,00%	20	10,99%
Oftalmologia	0	0,00%	15	11,81%	15	8,24%
Psiquiatria	0	0,00%	14	11,02%	14	7,69%
Clínica geral	11	20,00%	2	1,57%	13	7,14%
Endocrinologia	0	0,00%	11	8,66%	11	6,04%
Dermatologia	2	3,64%	7	5,51%	9	4,95%
Cardiologia	0	0,00%	5	3,94%	5	2,75%
Cirurgia Geral	1	1,82%	3	2,36%	4	2,20%
Outras especialidades	10	18,18%	16	12,60%	26	14,29%
<b>Experiência no local de trabalho</b>	<b>n=55</b>	<b>%</b>	<b>n=127</b>	<b>%</b>	<b>n=182</b>	<b>%</b>
Até 12 meses (inferior a 1 ano)	14	25,45%	10	7,87%	24	13,19%
De 12 a 36 meses (de 1 a 3 anos)	16	29,09%	29	22,83%	45	24,73%
Superior a 36 meses (superior a 3 anos)	25	45,45%	88	69,29%	113	62,09%
<b>Vínculo profissional<sup>1</sup></b>	<b>n=57<sup>1</sup></b>	<b>%</b>	<b>n=127</b>	<b>%</b>	<b>n=184</b>	<b>%</b>
Contrato por prazo determinado	0	0,00%	4	3,15%	4	2,20%

Emprego público/estatutário	43	78,18%	95	74,80%	138	75,82%
Emprego público/celetista	1	1,82%	4	3,15%	5	2,75%
Cargo comissionado	1	1,82%	0	0,00%	1	0,55%
Contrato por tempo indeterminado	0	0,00%	10	7,87%	10	5,49%
PROVAB	1	1,82%	0	0,00%	1	0,55%
Programa Mais Médicos	7	12,73%	0	0,00%	7	3,85%
Residência Médica	4	7,27%	14	11,02%	18	9,89%

Fonte: elaboração própria.

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; PROVAB: programa de valorização do profissional de atenção básica.

(1) Pergunta que admite mais de uma resposta.

### Experiências de coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais

Foram encontradas diferenças significativas na experiência de médicos da APS e da AE em todas as dimensões observadas. No tocante à coerência da atenção, as diferenças significativas foram encontradas nos encaminhamentos e na concordância no tratamento. Sobre encaminhamentos, a maioria dos profissionais abordados (81,32%) considera que os médicos da APS encaminham os pacientes para AE quando necessário, sendo esse percentual de resposta superior entre os médicos da APS (92,73%). Além disso, médicos da APS tem uma chance 3,54 vezes maior de afirmar que os pacientes são encaminhados aos especialistas quando necessário ( $p = 0,019$ ; OR = 3,54) (tabela 3).

Quanto à concordância, maior parte dos médicos da APS (67,27%) informou estar de acordo com o tratamento prescrito pelo especialista, enquanto apenas 33,86% destes afirmam concordar com o tratamento indicado pelo profissional da APS, cabendo destacar que os profissionais da APS apresentam uma chance quase quatro vezes maior de concordar com o tratamento indicado pelo especialista ( $p < 0,001$ ; OR = 3,91). A repetição de exames foi considerada pouco recorrente, apontada por apenas 19,78% dos entrevistados. Entre as principais causas, os profissionais da APS apontaram os exames antigos devido à evolução da doença (21,43%), a necessidade de monitoramento e controle (21,43%) e os resultados não confiáveis do exame (14,29%). Já os profissionais da AE, que também citaram os exames antigos (15,63%) e os resultados não confiáveis (15,63%), expressaram preocupação com a confirmação dos resultados (12,50%). Quando questionados sobre a existência de contradições e/ou duplicações nos tratamentos, a maioria dos profissionais (78,57%) relata não ocorrer (tabela 3).

**Tabela 3.** Experiência dos profissionais sobre a coerência da atenção entre níveis assistenciais (APS [n=55]; AE [n=127]). Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

COERÊNCIA DA ATENÇÃO	Sim		Não		NS/NR		p-Valor	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%			

<b>Os médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando é necessário.</b>									
Médico APS	51	92,73 %	4	7,27%	0	0,00%	<b>0,019</b>	<b>3,54</b>	<b>1,17-4,7</b>
Médico AE	97	76,38 %	27	21,26 %	3	2,36%	-	1	-
Total	148	81,32 %	31	17,03 %	3	1,65%	-	-	-
<b>Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram</b>									
Médico APS	12	21,82 %	43	78,18 %	0	0,00%	0,650	1,19	0,54- 2,61
Médico AE	24	18,90 %	103	81,10 %	0	0,00%	-	1	-
Total	36	19,78 %	145	80,22 %	0	0,00%	-	-	-
<b>Por que repetem exames?<sup>1</sup></b>	<b>APS (n=14<sup>1</sup>)</b>		<b>AE (n=32<sup>1</sup>)</b>		<b>Total (n=46<sup>1</sup>)</b>				
Os exames são antigos/pela evolução da doença	3	21,43 %	5	15,63 %	8	17,39 %	-	-	-
Resultados dos exames não confiáveis	2	14,29 %	5	15,63 %	7	15,22 %	-	-	-
Para o monitoramento ou controle	3	21,43 %	3	9,38%	6	13,04 %	-	-	-
Para confirmar os resultados	0	0,00%	4	12,50 %	4	8,70%	-	-	-
Para confirmar o diagnóstico	1	7,14%	2	6,25%	3	6,52%	-	-	-
Falta de confiabilidade	0	0,00%	3	9,38%	3	6,52%	-	-	-
Divergência entre os resultados clínicos e de exame	0	0,00%	2	6,25%	2	4,35%	-	-	-
Outros motivos	5	35,71 %	8	25,00 %	13	28,26 %	-	-	-
<b>Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes.</b>									
Médico APS	37	67,27 %	18	32,73 %	0	0,00%	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,91</b>	<b>1,99-7,68</b>
Médico AE	43	33,86 %	82	64,57 %	2	1,57%	-	1	-
Total	80	43,96 %	100	54,95 %	2	1,10%	-	-	-
<b>Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da APS e especialistas, incluindo você, prescrevem.</b>									
Médico APS	9	16,36 %	46	83,64 %	0	0,00%	0,267	0,720	0,3-1,61
Médico AE	27	21,26 %	97	76,38 %	3	2,36%	-	1	-
Total	36	19,78 %	143	78,57 %	3	1,65%	-	-	-

Fonte: elaboração própria

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; NS/NR: não sabe/não respondeu.

Nota: os *odds ratios* estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) são apresentados em negrito.

(1) Pergunta que admite mais de uma resposta, feita apenas para médicos que responderam sim na pergunta anterior.

Acerca do acompanhamento adequado do paciente, foram verificadas diferenças significativas a respeito do responsável clínico, da realização da consulta de acompanhamento na APS e nas recomendações do especialista. Sobre o profissional que deve assumir a responsabilidade clínica do paciente, 57,14% dos entrevistados consideraram que os médicos da APS são responsáveis pelo acompanhamento do paciente. Entretanto, este percentual é maior

para os médicos da APS (89,09%), quando comparado ao entendimento dos médicos da AE (43,31%). Para essa questão, o médico da APS tem uma chance 10,39 vezes maior de responder que deve ser o responsável pelo acompanhamento do paciente ( $p < 0,001$ ; OR = 10,39) (tabela 4).

A maioria (59,34%) dos entrevistados referiu que os especialistas encaminham o paciente para consulta de acompanhamento na APS. No entanto, enquanto a maioria dos médicos da APS (69,09%) afirmou que a consulta de acompanhamento que é realizada, 51,97% dos médicos da AE responderam que a consulta não acontece. Destaca-se que 15% dos especialistas não souberam responder esta questão, e que o médico da APS tem uma chance 3,59 vezes maior de responder que as consultas de acompanhamento são realizadas ( $p < 0,001$ ; OR = 3,59). Maior parte dos entrevistados (63,19%) considerou que os especialistas não fazem recomendações, sendo esse percentual maior entre os médicos da APS (81,82%). Para essa questão, o especialista tem uma chance 3,44 vezes maior de responder que faz as recomendações necessárias ao médico da APS ( $p < 0,001$ ; OR = 3,44). Para os médicos de ambos os níveis, foi pequeno o percentual (24,73%) de respostas referente ao médico da APS consultar o especialista sobre as dúvidas relacionadas ao acompanhamento do paciente (tabela 4).

No que se refere à acessibilidade entre níveis de atenção, as duas variáveis desta dimensão apresentaram diferenças significativas na experiência dos profissionais. A respeito do tempo de espera para AE, a maioria dos médicos (82,42%) considerou que o paciente espera muito tempo para conseguir realizar a consulta com o especialista, sendo o percentual para APS (98,18%) superior ao da AE (75,59%). Para essa questão, os médicos da APS têm uma chance 14,6 vezes maior de referir o tempo de espera como alto ( $p < 0,001$ ; OR = 14,6). O tempo de espera para APS foi considerado longo por apenas 16,36% dos médicos da APS, em contraste com 38,58% dos profissionais da AE. Ademais, os especialistas têm uma chance 6,25 vezes maior de responder que o tempo de espera para APS é longo ( $p < 0,001$ ; OR = 6,25). Ressalta-se que 28,35% dos especialistas não souberam responder esta questão (tabela 4).

**Tabela 4.** Experiência dos profissionais sobre o acompanhamento adequado do paciente e a acessibilidade entre níveis assistenciais (APS [n=55]; AE [n=127]). Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

ACOMPANHAMENTO ADEQUADO	Sim		Não		NS/NR		p- Valor	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%			
Na prática, os médicos da APS são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção.									

Médico APS	49	89,09 %	6	10,91 %	0	0,00%	<b>&lt;0,001</b>	<b>10,39</b>	<b>4,1-26,1</b>	
Médico AE	55	43,31 %	70	55,12 %	2	1,57%	-	1	-	
Total	104	57,14 %	76	41,76 %	2	1,10%	-	-	-	
<b>Os especialistas encaminham os pacientes para APS para consulta de acompanhamento.</b>										
Médico APS	35	63,64 %	20	36,36 %	0	0,00%	0,438	1,29	0,67-2,48	
Médico AE	73	57,48 %	54	42,52 %	0	0,00%	-	1	-	
Total	108	59,34 %	74	40,66 %	0	0,00%	-	-	-	
<b>Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS.</b>										
Médico APS	38	69,09 %	17	30,91 %	0	0,00%	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,59</b>	<b>1,8-7,18</b>	
Médico AE	41	32,28 %	66	51,97 %	20	15,75 %	-	1	-	
Total	79	43,41 %	83	45,60 %	20	10,99 %	-	-	-	
<b>Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes.</b>										
Médico APS	10	18,18 %	45	81,82 %	0	0,00%	-	1	-	
Médico AE	53	41,73 %	70	55,12 %	4	3,15%	<b>0,001</b>	<b>3,44</b>	<b>1,58-7,59</b>	
Total	63	34,62 %	115	63,19 %	4	2,20%	-	-	-	
<b>Os médicos da APS consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes.</b>										
Médico APS	18	32,73 %	37	67,27 %	0	0,00%	0,09	1,7	0,85-3,5	
Médico AE	27	21,26 %	96	75,59 %	4	3,15%	-	1	-	
Total	45	24,73 %	133	73,08 %	4	2,20%	-	-	-	
<b>ACESSIBILIDADE</b>										
		<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>NS/NR</b>		<b>p-Valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
<b>Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta.</b>										
APS	54	98,18 %	1	1,82%	0	0,00%	<b>&lt;0,001</b>	<b>14,6</b>	<b>1,9-110,7</b>	
AE	96	75,59 %	26	20,47 %	5	3,94%	-	1	-	
Total	150	82,42 %	27	14,84 %	5	2,75%	-	-	-	
<b>Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com médico da APS, espera muito até o dia da consulta.</b>										
APS	9	16,36 %	46	83,64 %	0	0,00%	-	1	-	
AE	49	38,58 %	42	33,07 %	36	28,35 %	<b>&lt;0,001</b>	<b>6,25</b>	<b>2,63-14,28</b>	
Total	58	31,87 %	88	48,35 %	36	19,78 %	-	-	-	

Fonte: elaboração própria

Legenda: APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; NS/NR: não sabe/não respondeu.

Nota: os odds ratios estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) são apresentados em negrito.

## DISCUSSÃO

No estudo em tela, as experiências dos profissionais da APS e da AE revelaram que os encaminhamentos são realizados de forma oportuna, que a repetição de exames é pouco

recorrente, e que não existem duplicações nos tratamentos prescritos entre níveis. Entretanto, foram observadas discordâncias significativas quanto aos tratamentos, quanto ao profissional que deve ser responsável pelo acompanhamento dos pacientes e quanto à realização da consulta de acompanhamento dos pacientes na APS, onde os especialistas demonstraram uma opinião mais negativa que os médicos do primeiro nível. Ainda, foram evidenciados baixos níveis de comunicação entre profissionais e longos tempos de espera no acesso dos pacientes, principalmente para a AE. Tais problemas demonstram uma rede de serviços cuja integração ainda não é efetiva, e cuja coordenação da gestão clínica ainda é incipiente.

A perspectiva dos profissionais acerca da coerência da atenção revelou-a como a dimensão com experiências mais positivas, no que se refere aos encaminhamentos entre níveis que são realizados de acordo com as necessidades dos pacientes, nos exames que não são repetidos com frequência e na ausência de contradições ou duplicações nos tratamentos, achados consistentes com estudos semelhantes<sup>15,17,20</sup>. Sobre a duplicidade de exames, poucos entrevistados em ambos os níveis afirmaram repetir exames, apresentando motivos que justificam essa necessidade, a exemplo da confirmação do diagnóstico e dos resultados, e a atualização dos exames em virtude da evolução da doença no decorrer do tempo.

Sobre as transições entre níveis, percebe-se uma melhora dos encaminhamentos realizados na rede em questão, haja vista que evidências anteriores<sup>23</sup> identificaram encaminhamentos inadequados da APS, que implicavam em deslocamentos inúteis dos usuários e ocupação desnecessária de vagas. Experiências positivas sobre a coerência da atenção podem ser explicadas pela implementação de algumas estratégias na rede, como o uso de registros compartilhados, de formulários de encaminhamento, reuniões de equipe intranível e entre níveis. Tais aspectos, quando presentes, contribuem na medida em que proporcionam a discussão de casos, o planejamento conjunto de ações, e o relacionamento entre profissionais<sup>23,25</sup>.

O nó crítico da coerência da atenção na rede de estudo reside na concordância de tratamentos, aspecto primordial para prestação de cuidados consistentes aos pacientes que necessitam transitar entre diferentes níveis de atenção. Corroborando estudos anteriores<sup>15,16,18,19</sup>, percebe-se clara divergência nas experiências dos grupos, sobretudo na visão dos especialistas, pois a maioria dos profissionais da APS concorda com os tratamentos indicados pelos especialistas, enquanto o oposto não acontece. Tais discordâncias podem estar relacionadas às deficiências da APS no diagnóstico e tratamento de alguns agravos, devido ao

treinamento insuficiente dos profissionais, à carência de recursos humanos e às limitações da rede no que se refere à solicitação de exames<sup>19</sup>.

Outra possível causa para as discordâncias no tratamento, apontada em um estudo qualitativo realizado no México<sup>16</sup>, reside no uso de diretrizes clínicas diferentes por parte dos médicos especialistas no tratamento do paciente. A existência de divergências nos critérios terapêuticos utilizados pode gerar um clima de desconfiança nas habilidades clínicas dos profissionais do outro nível, em especial dos especialistas para os generalistas, além de impactar negativamente as percepções de continuidade do cuidado e qualidade da atenção por parte dos usuários<sup>7,16</sup>.

Vázquez e colaboradores<sup>25</sup> observaram importantes evoluções no que se refere à reconciliação de tratamentos prescritos entre os níveis de atenção em redes de atenção no Brasil, na Colômbia e no Uruguai. Tais melhorias foram associadas à implementação, pelas gestões municipais, de reuniões clínicas conjuntas que proporcionavam os profissionais dos distintos níveis o compartilhamento de experiências, a definição de diretrizes, protocolos e fluxos, e a reflexões sobre a sua própria prática assistencial, promovendo assim melhorias na concordância, no acompanhamento dos pacientes, na qualidade dos encaminhamentos e na troca de informações.

O acompanhamento adequado do paciente diz respeito ao monitoramento do usuário quando a sua condição de saúde demanda atendimentos em diferentes prestadores de serviços<sup>18</sup>. No caso de sistemas de saúde cuja APS é a ordenadora da rede, os médicos deste nível devem assumir a responsabilidade clínica durante as transições assistenciais<sup>26</sup>. Os resultados aqui evidenciados apontam que na rede estudada, os médicos da APS se reconhecem como responsáveis clínicos pelos pacientes, opinião não compartilhada pela maioria dos especialistas entrevistados, confirmando o que alguns estudos nacionais têm evidenciado<sup>17,19</sup>. Nas experiências internacionais<sup>12,16,17</sup> os médicos do primeiro nível de atenção já vêm sendo reconhecidos, inclusive por parte dos especialistas, como responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento do paciente ao longo do seu contínuo de cuidados.

Estudo qualitativo conduzido anteriormente em Recife<sup>23</sup>, também nos DS III e VII, demonstrou que os médicos e enfermeiros não compreendiam muito bem o termo gestão clínica e nem a importância do responsável clínico para o desenvolvimento adequado da atenção ao paciente, e, por consequência, essa função não era plenamente desenvolvida na rede. O médico da APS não foi reconhecido como responsável clínico, e ainda, os especialistas apresentavam

uma visão restrita sobre o papel do primeiro nível de atenção, atrelando-o ao tratamento precoce e limitando a resolutividade da atuação em equipe.

Vargas e colaboradores<sup>7</sup> apontam a existência de lacunas na formação profissional médica no Brasil, não existindo uma valorização adequada da APS e das suas competências e responsabilidades, nem treinamento suficiente para que os médicos deste nível possam atuar como coordenadores. Soma-se a este fato, a presença de profissionais com perfis inapropriados (cardiologistas, ginecologistas e outros especialistas) atuando como médicos de família e de comunidade, referenciando pacientes ao segundo nível com uma frequência muito maior do que a esperada. Em conjunto com outras fragilidades existentes na conformação das redes, esses fatores contribuem para que os médicos da APS deixem de exercer adequadamente as suas responsabilidades, e ainda para que especialistas não estejam dispostos a colaborar devido à pouca confiança que depositam no nível responsável pelos cuidados primários.

Um adequado acompanhamento também envolve a comunicação oportuna dos profissionais envolvidos no cuidado do paciente com o responsável clínico e a realização de consultas de acompanhamento na APS após o atendimento especializado. Neste estudo, a maioria dos especialistas afirma que a consulta de retorno não é realizada, enquanto que os médicos da APS referem realizar o acompanhamento adequadamente. Em um estudo qualitativo realizado em um município brasileiro<sup>14</sup>, médicos de ambos os níveis de atenção apontaram que a não realização dos acompanhamentos na APS pode estar relacionada com os longos tempos de espera para os atendimentos e pela ausência de comunicação entre os diferentes profissionais que ofertam cuidado ao mesmo paciente.

Ainda sobre o acompanhamento adequado do paciente, tal como observado em outras pesquisas<sup>17,19,20</sup>, os médicos do primeiro nível referem não receber recomendações dos especialistas sobre o diagnóstico e o tratamento realizados na AE e, por sua vez, também não se comunicam com os especialistas para sanar as possíveis dúvidas no acompanhamento do paciente que foi retornado à APS, relatos que corroboram investigações anteriores, onde a indisponibilidade por parte de especialistas na orientação dos casos que necessitam de cuidado conjunto configuraram-se como um entrave à coordenação dos cuidados<sup>23</sup>. Tal postura demonstra-se contraditória ao preconizado pelo modelo de atenção vigente no país, onde a comunicação e a articulação entre níveis assistenciais são pressupostos para conferir melhores respostas às necessidades dos pacientes<sup>26</sup>.

O suporte que a AE deve fornecer à APS é elemento chave para a implementação bem sucedida de melhorias na articulação entre níveis. A comunicação e o compartilhamento de

conhecimentos entre níveis não só favorecem a capacidade resolutiva da APS, como o entendimento de que as ações e os cuidados ofertados nos distintos níveis são interdependentes e devem estar interligados<sup>12,13</sup>. A colaboração, a confiança e o respeito mútuo entre os profissionais são elementos fundamentais para coordenação clínica, influenciando na qualidade e na continuidade da atenção prestada<sup>15,27</sup>. Esse conhecimento mútuo é ainda mais relevante em contextos em que as funções dos médicos da APS e da AE ainda não estão bem definidas, como observado na rede em questão, porque aumenta a probabilidade de os profissionais serem receptivos a colaborarem e se comunicarem com seus colegas em outros níveis de atenção<sup>19</sup>.

Tensões e estranhamentos entre generalistas e especialistas já foram relatados como obstáculos à coordenação clínica em outras investigações<sup>7,18,20</sup>. Uma das explicações para esse fato diz respeito à cultura estabelecida entre médicos de que generalistas sejam menos capazes de resolver problemas, pois seu conhecimento estaria aquém do especialista. Por consequência, especialistas não estariam dispostos a dar apoio, compartilhar informações e contrareferenciar pacientes para monitoramento na APS<sup>7</sup>. Na rede em questão já foram relatadas recriminações mútuas entre profissionais como a falta de compromisso, o não cumprimento adequado dos papéis correspondentes, e o não reconhecimento das competências técnicas dos profissionais da APS por parte dos especialistas<sup>23</sup>.

O não reconhecimento da APS como ordenadora das redes de atenção, a falta de diálogo e a desconfiança dos especialistas podem causar a retenção desnecessária de pacientes na AE, que inevitavelmente ocasiona uma série de efeitos potencialmente prejudiciais à organização do sistema de saúde e ao tratamento do paciente, como o aumento das filas de espera, o agravamento do quadro clínico, a repetição de exames, o aumento dos gastos pessoais com consultas, exames e medicamentos, a interrupção do tratamento e a descontinuidade da atenção<sup>13,15,16,18</sup>. Esse vínculo solitário sustentado pelos especialistas pode dificultar o retorno e a vinculação dos pacientes com a APS, fragilizando a coordenação do cuidado<sup>27</sup>.

Em relação à acessibilidade, os entrevistados de ambos os níveis apontam que o tempo de espera para a consulta na AE é alto, corroborando outras experiências<sup>16,17,20</sup>. Os longos tempos de espera para a AE foram referidos de forma mais expressiva pelos médicos da APS, fato que pode ser justificado pelo papel que exercem no acompanhamento dos usuários em suas transições entre níveis<sup>20</sup>. Dentre as causas mais apontadas, estão os problemas nas centrais de regulação de pacientes, a escassez e a má gestão de recursos materiais e humanos, e ainda pelo descompasso entre a oferta e a demanda de atendimentos na AE, levando à saturação dos serviços especializados<sup>7,16,18</sup>. Profissionais de saúde do Recife já apontaram o Sistema Nacional

de Regulação (SISREG), como um instrumento organizativo que traz prejuízos à coordenação entre níveis devido às dificuldades na sua operacionalização. Os relatos relacionaram as falhas existentes no SISREG como sendo barreiras no acesso aos especialistas, levando os pacientes à busca informal de acesso à AE<sup>23</sup>.

Por outro lado, se a celeridade de acesso ao primeiro nível é uma realidade sobretudo para os profissionais que atuam neste nível, cerca de um terço dos especialistas relatam longos tempos de espera para a APS e percentual semelhante sequer conhecem a espera para o primeiro nível. Apesar do município de Recife ter apresentado uma expansão da sua rede de saúde a partir dos 2000, incluindo a ampliação da oferta de serviços especializados<sup>28</sup>, em 2017, apenas 58% do território possui estratégia de saúde da família, restando quase 40% da população do município residindo em área descoberta<sup>21</sup>, o que pode levar à sobrecarga dos serviços existentes. Gestores, profissionais e usuários já relataram o descompasso entre a atual oferta de médicos e outros profissionais da APS para a demanda existente. Tal condição foi associada ao aumento do tempo de espera para o atendimento, ao comprometimento da qualidade da consulta, à sobrecarga de trabalho para os demais profissionais da equipe e, sobretudo, à busca por parte dos usuários pelos serviços de média e alta complexidade<sup>23,29</sup>.

O acesso em tempo oportuno, tanto no primeiro como no segundo nível de cuidados, é condição essencial para evitar o agravamento das condições clínicas dos pacientes, o aumento dos custos da assistência e a insatisfação dos usuários, sendo elemento chave para a coordenação entre níveis de atenção<sup>15,17,19</sup>. Apesar dos esforços empreendidos pelo SUS na concretização do acesso do usuário aos serviços de saúde, ainda persistem muitas barreiras que precisam do esforço das instituições públicas para ofertar uma assistência universal, integral e equânime em Recife<sup>29</sup>.

A análise das três dimensões da coordenação assistencial abordadas neste estudo demonstrou que os médicos da APS apresentaram uma maior chance de ter experiências mais positivas acerca da coordenação da gestão clínica que os médicos do segundo nível, corroborando investigações que afirmam que este fenômeno é percebido de maneira diferente por médicos de diferentes níveis<sup>17,19,20</sup>. Ao analisar os resultados para as três dimensões da coordenação da gestão clínica, verificam-se melhores experiências de coerência da atenção, quando comparadas com os entraves referidos nas dimensões de acompanhamento adequado do paciente e de acessibilidade entre os níveis assistenciais.

Como limitações deste estudo, destaca-se que a utilização de um desenho transversal possibilitou a identificação de elementos críticos da coordenação da gestão clínica, mas não

permite inferir relações de causa e efeito. Também não foram verificadas as possíveis influências dos fatores individuais (características da amostra) dos profissionais nas opiniões encontradas, atendo-se à descrição e à análise das perspectivas dos médicos em seus diferentes níveis de atenção acerca da coordenação da gestão clínica. Os resultados evidenciados são baseados no relato de profissionais de saúde e expressam a realidade da rede estudada, sendo necessário cautela na generalização dos resultados. Estudos longitudinais e que abordem a coordenação da gestão clínica tendo por base outras fontes de informação, como por exemplo, a experiência dos usuários e de outras categorias profissionais, podem fornecer evidências complementares a este estudo.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Analisar a coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais é essencial para melhorar o funcionamento das RAS e para ofertar um cuidado de qualidade aos usuários dos serviços de saúde. Por meio das perspectivas dos médicos, foram evidenciadas falhas na articulação entre níveis da rede estudada, bem como os elementos prioritários a serem trabalhados para melhorar a atenção à saúde. As experiências dos profissionais apontam para uma limitada coordenação da gestão clínica, revelando as discordâncias dos especialistas acerca dos tratamentos indicados na APS e sobre o papel do médico da APS como responsável clínico pelo paciente, bem como uma incipiente comunicação entre níveis e o longo tempo de espera para o acesso ao atendimento. Além disso, os profissionais que atuam na AE apresentaram experiências mais negativas acerca da coordenação entre níveis assistenciais, um ponto que pode ser aprofundado em futuras investigações.

Para a consolidação efetiva de um modelo de atenção baseado em redes integradas, faz-se necessário a definição e difusão dos papéis de cada nível de atenção, com o devido reconhecimento e valorização da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Estratégias que trabalhem essa compreensão e que busquem modificar a cultura organizacional existente em que os profissionais de diferentes níveis assistenciais não se consideram parte do mesmo processo de saúde podem trazer resultados positivos à articulação e integração da rede. Momentos que propiciem a comunicação e colaboração entre profissionais, como grupos de trabalhos multidisciplinares, sessões clínicas compartilhadas e discussões conjuntas, devem ser incentivados. Além disso, a redução dos tempos de espera e a melhoria da qualidade da atenção ofertada na APS são aspectos essenciais a serem trabalhados para a oferta de cuidados sequenciados, coerentes e oportunos aos usuários em todos os níveis.

A comparação dos resultados evidenciados neste estudo permitiu observar que os problemas de coordenação compartilham semelhanças com as evidências internacionais, resguardadas as devidas particularidades oriundas da construção e organização das RAS locais. As perspectivas de profissionais de saúde que atuam em distintos níveis assistenciais são uma contribuição valiosa para a melhoria da coordenação da gestão clínica na rede estudada e em outros contextos onde as redes assistenciais foram introduzidas em resposta à fragmentação do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo EC, Lobo MS. Desafios para Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: Barros FPC (coord.). CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: CONASS, 2018. p.79-91
2. Mendes EV. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. In: Barros FPC (coord.). CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: CONASS, 2018. p.92-105.
3. Organização Panamericana de Saúde. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington: OPAS; 2010.
4. Hone T. O futuro dos sistemas universais de saúde: como o Sistema Único de Saúde Brasileiro pode aprender com o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido? In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: CONASS, 2018. p.12-23.
5. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final Report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
6. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Paepe P, Mogollón Pérez AS, Samico I, *et al.* Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007037.
7. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016;31(6):736-48.
8. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Changes in knowledge and use of clinical coordination mechanisms between care levels in healthcare networks of Colombia. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2020;36(1),134-150.

9. Mendizábal AM, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Mendes MFM, López J, Bertolotto F, *et al.* Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria.* 2020;34(4):340-349.
10. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen em el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales em Colombia. *Gaceta Sanitaria.* 2019;35(1):177-185.
11. Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2019;35(4):e00119318.
12. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, Eguiguren P, Cisneros AI, *et al.* Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health policy and planning.* 2018;33(4):494–504.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czy016>
13. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Services Research.* 2015;15(1):1-14.
14. Mendes LS, Almeida PF. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Rev Saude Publica.* 2020;54:121
15. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad. Saúde Pública.* 2021;37(2):e00022020.
16. Luján AIC, Loaiza DMC, Bandala MAS, Rojas VG. Percepción sobre La coordinación de La atención: el caso de las redes de servicios de salud de Xalapa y Veracruz, México, en el periodo 2014-2016. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2020;190:1-21.
17. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, Paepe P, Lorenzo IV, Navarrete MLV. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Rev. Salud Pública.* 2019;23(1):26-40.
18. Jesus RPFS, Santo ACGE, Mendes MFM, Samico IC. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface (Botucatu).* 2018;22(65):423-434.
19. Vázquez ML *et al.* Doctor's experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine.* 2017; 182:10-19.
20. Mendes LS, Almeida PF, Santos AM, Samico IC, Porto JP, Vázquez ML. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e Especializada e fatores relacionados. *Cad. Saúde Pública.* 2021;37(5):e00149520.

21. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Recife: Secretaria de Saúde; 2018.
22. Navarrete MLV, Lorenzo IV, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, *et al.* Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public health panorama.* 2018;4(4):653-664.
23. Araújo MCMH, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2021;26(8):3359-3370.
24. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, Albuquerque LC, Lira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde Debate.* 2017; 41(115):1075-1089.
25. Vázquez ML, Miranda-Mendizabal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, López-Vázquez J, *et al.* Evaluating the effectiveness of care coordination interventions designed and implemented through a participatory action research process: Lessons learned from a quasi-experimental study in public healthcare networks in Latin America. *PLoS One.* 2022;12;17(1):e0261604.
26. Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.* 1.ed. Brasília: CONASS; 2015.
27. Tesser CD, Neto PP. Atenção Especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2017;22(3):941-951.
28. Coêlho BP, Couto GA. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa de produção da saúde e da produção dos sujeitos no Sistema Único de Saúde. *Divulg. saúde debate.* 2009;(44):113-122.
29. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EAC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis.* 2015;25(2):635-656.

## APÊNDICE B – ARTIGO 2

### **Continuidade da atenção entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede de saúde municipal**

#### **RESUMO**

Este estudo analisa as experiências dos usuários sobre a continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, que utiliza dados de um inquérito realizado com 407 usuários de uma rede pública de saúde de Recife, nos anos de 2017 e 2018. As experiências sobre a continuidade da gestão clínica foram exploradas a partir de duas dimensões: coerência da atenção e acessibilidade entre níveis assistenciais. Os usuários apresentaram opiniões mais positivas sobre a coerência da atenção que a acessibilidade. Quanto à coerência da atenção, a maioria dos usuários referiu que os médicos da atenção primária e da atenção especializada concordam entre si quanto ao diagnóstico, tratamento e recomendações e que o médico da atenção primária encaminha ao especialista quando necessário. Apenas 43% dos usuários relataram existir colaboração entre os médicos para resolução dos seus problemas de saúde. Quanto à acessibilidade, a maioria dos usuários (77,2%) referiu um longo tempo de espera para a consulta com o especialista e menos da metade (48,9%) referiu demora para atendimento na atenção primária. Os resultados deste estudo coincidem com outras investigações e evidenciam a necessidade de fomentar estratégias para alcançar uma integração efetiva das redes assistenciais e assim conferir ao usuário uma maior continuidade dos cuidados em saúde.

**Palavras chave:** Redes Integradas de Saúde, Níveis de Atenção à Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão Clínica.

#### **INTRODUÇÃO**

A oferta de cuidados contínuos e oportunos aos usuários é um dos principais desafios aos sistemas universais de saúde devido à insuficiente integração entre os serviços dos diferentes níveis assistenciais<sup>1</sup>. A descontinuidade da atenção é especialmente prejudicial aos pacientes acometidos por condições crônicas de saúde, devido às características dessas doenças, como o curso prolongado, a existência de múltiplas comorbidades, a necessidade de atendimento por diferentes prestadores de serviço, e a necessidade de um tratamento de

abordagem integral e longitudinal, apoiada no autocuidado e na construção do vínculo com os usuários<sup>2,3</sup>.

Por sua vez, pacientes com condições crônicas de saúde estão mais vulneráveis aos problemas decorrentes da fragmentação assistencial visto que interagem mais frequentemente com os sistemas de saúde<sup>3,4</sup>, estando mais sujeitos aos longos tempos de espera para atendimento<sup>5</sup>, aos baixos níveis de compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais envolvidos no seu cuidado, às discordâncias nos acordos sobre sua gestão clínica<sup>4</sup>, e ao papel limitado da Atenção Primária à Saúde (APS) na coordenação dos cuidados em saúde<sup>6</sup>. Tais problemas podem levar ao agravamento do quadro clínico, inclusive possibilitando o aparecimento de comorbidades que podem elevar os custos assistenciais tanto para o sistema de saúde como para o próprio usuário, quando são evidenciadas deficiências no acesso e na resolutividade dos serviços<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, uma variedade de estratégias vem sendo promovidas para melhorar a articulação entre níveis, a coordenação da atenção, e conseqüentemente a continuidade dos cuidados em saúde. Entre elas, a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), como proposta de organização do sistema de atenção para a oferta de cuidados em saúde coordenados, oportunos, contínuos e integrais. Cabe à APS a responsabilidade de ordenar a RAS, e ofertar cuidados de qualidade, financeiramente viáveis, seguros e humanizados, conferindo aos usuários um sentimento de continuidade assistencial<sup>7</sup>.

Analisar a continuidade assistencial é essencial para melhorar a qualidade da atenção, uma vez que os usuários são capazes de fornecer um quadro global da assistência prestada, por meio das suas experiências de acesso aos serviços e sobre os cuidados ofertados pelos diferentes prestadores durante o contínuo assistencial. O resgate de suas perspectivas possibilita a identificação de lacunas na coordenação assistencial, bem como de barreiras no acesso aos serviços, permitindo a sugestão de estratégias para melhoria da coordenação e do acesso aos cuidados em saúde<sup>4,8</sup>.

A continuidade da atenção é definida como o grau de coerência e união das experiências no cuidado que o usuário percebe ao longo do tempo. Representa o modo como o indivíduo experimenta a conexão entre os serviços de saúde e sua coordenação, percebendo o acesso adequado, o relacionamento entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o fluxo e a qualidade das informações que circulam entre os serviços e organizações. Reid, Haggerty e McKendry<sup>9</sup> distinguem três tipos de continuidade que verificam a percepção do paciente sobre: a continuidade da informação (se os profissionais conhecem a história clínica pregressa e se

trocam informações); a continuidade da gestão clínica (se o usuário recebe atenção dos diferentes serviços de forma coordenada, complementar e sem duplicações); e a continuidade da relação (se existe uma relação profissionais-paciente sustentada ao longo do tempo).

A continuidade da gestão clínica, enfocada neste artigo, envolve duas dimensões: I) coerência da atenção, definida pela percepção do usuário quanto à colaboração e comunicação entre os profissionais dos distintos níveis, envolvendo também uma sequência adequada de cuidados entre os pontos de cuidado; II) acessibilidade entre níveis, definida pela percepção dos usuários quanto ao uso oportuno dos serviços ao longo do contínuo assistencial, de acordo com suas necessidades<sup>9</sup>.

Apesar da importância atribuída à continuidade do cuidado, em termos de redução dos gastos com saúde e hospitalizações<sup>10</sup>, do impacto na melhoria da qualidade de vida<sup>11</sup> e na redução da mortalidade<sup>12</sup>, ainda são escassos os estudos no contexto latino-americano<sup>1,4</sup>. As principais pesquisas apontam descontinuidades na coordenação da gestão clínica, com destaque para os problemas relacionados à acessibilidade e a ausência de mecanismos formais de comunicação entre níveis<sup>1,8,13-15</sup>. Já no Brasil, a maioria dos estudos analisa a continuidade dos cuidados como parte de uma avaliação da qualidade da APS<sup>6,16-21</sup>, verificando aspectos que influenciam na continuidade assistencial, como a formação do vínculo médico da APS-paciente, a utilização e a acessibilidade aos serviços, aspectos da longitudinalidade, sem, no entanto, abordar questões centrais como a colaboração e a comunicação entre níveis, e a coerência da atenção que é prestada.

Considerando os impactos negativos da fragmentação assistencial nos pacientes acometidos por doenças crônicas no SUS, bem como a importância de estudos que tratem da continuidade assistencial, este artigo se propõe a analisar as experiências de usuários acerca da continuidade da gestão clínica entre níveis de atenção em uma rede de saúde pública municipal.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal, quantitativo e descritivo, desenvolvido a partir da análise do banco de dados da pesquisa multicêntrica: *Impacto de Estratégias de Integração da Atenção no Desempenho das Redes de Serviços de Saúde em Diferentes Sistemas de Saúde da América Latina – EQUITY-LA II*, que avaliou a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas redes de atenção à saúde na América Latina<sup>22</sup>.

Para este artigo, o recorte refere-se à rede pública de saúde dos Distritos Sanitários (DS) III e VII do município de Recife. Essa rede foi selecionada de acordo com os seguintes critérios: 1) prestação de um contínuo de serviços, incluindo ao menos APS e Atenção Especializada (AE); 2) prestação de serviços a uma população definida; 3) prestação de serviços em áreas urbanas de baixa renda; 4) disposição em participar da pesquisa e implementar as intervenções necessárias; e 5) liderança com competência para implementar as estratégias planejadas.

Em 2017, a cobertura estimada da APS para Recife foi de 73%, sendo 58% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. No mesmo ano, o território correspondente aos DS III e VII possuía abrangência populacional de 326.121 habitantes, contando com 30 unidades de APS (unidades de saúde da família e unidades básicas tradicionais) e 12 unidades de AE (hospitais, maternidades, serviços de pronto atendimento, policlínicas e outras unidades especializadas). Possuía ainda 55 equipes de saúde da família, 38 equipes de saúde bucal, 17 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e quatro Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família<sup>23</sup>.

A população deste estudo foi composta por usuários dos serviços de saúde da rede selecionada, com mais de 18 anos de idade, acometidos por pelo menos uma doença crônica; e que tenham se consultado nos últimos seis meses com um médico da APS e também da AE pelo mesmo motivo (qualquer episódio agudo ou crônico de doença ou problema de saúde). Como a Pesquisa Equity-LA II coletou dados em duas redes de saúde (uma rede caso e a outra controle), de seis países da América Latina<sup>22</sup>, uma amostra de 388 pacientes foi estimada para cada rede de atenção à saúde, de forma a garantir a detecção de uma variação de 10% na experiência dos pacientes sobre a continuidade do cuidado entre as redes. O tamanho amostral considerou um poder estatístico de 80% ( $\beta=0,20$ ) e um nível de confiança bicaudal de 95% ( $\alpha=0,05$ ) em contraste bilateral. Os usuários foram selecionados aleatoriamente nas salas de espera das unidades de APS, antes ou depois de receber o serviço pelo qual procuravam. Caso o usuário cumprisse os critérios de inclusão e aceitasse participar do estudo, o questionário era aplicado. Na rede de estudo, dos 3.308 usuários contactados, 407 (13,4%) foram entrevistados (tabela 1).

**Tabela 1.** Composição da amostra de usuários na rede de estudo. Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

Composição da amostra de usuários	n	%
Usuários contactados	3.038	100,0
Recusas (1)	331	10,9%
Usuários que não cumpriram os critérios (1)	2.300	75,7%

<b>Usuários entrevistados (1)</b>	<b>407</b>	<b>13,4%</b>
-----------------------------------	------------	--------------

Fonte: elaboração própria

(1) os percentuais foram apresentados em relação ao total de usuários contactados.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018, a partir da aplicação do questionário CCAENA-BR<sup>®</sup> 2017. Este instrumento foi adaptado em conteúdo e idioma e, posteriormente, foi submetido a um pré-teste, seguido de um estudo piloto para avaliar a compreensão das questões, o ritmo, a duração da entrevista e outros possíveis problemas na aplicação da ferramenta. Informações detalhadas sobre o desenho e estrutura dos questionários aplicados no estudo multicêntrico foram publicadas anteriormente<sup>24,25</sup>. Para assegurar a qualidade dos dados procedeu-se a revisão de todos os instrumentos aplicados, seguida da supervisão de 20% dos questionários (selecionados aleatoriamente), na qual os usuários foram contatados novamente (por telefone ou presencialmente) para que algumas perguntas fossem repetidas e verificadas. Por fim foi realizada dupla digitação de todos os dados para minimizar erros na entrada das informações no banco. As inconsistências encontradas nessa fase foram reparadas pela checagem dos dados nos questionários.

Para caracterização da amostra, foram selecionadas variáveis das seções “Problemas de saúde” e “Dados de morbidade geral e sociodemográficos” do instrumento CCAENA-BR<sup>®</sup> 2017: sexo, idade, nacionalidade, raça-cor autorreferida, tempo de residência na área sob responsabilidade da rede estudada, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar no último mês, percepção de saúde autorrelatada, existência de plano privado de saúde, quantidade e prevalência de enfermidades crônicas de saúde. Com base no plano de análise da Pesquisa Equity-LA II<sup>22</sup>, foram identificadas na seção “Percepção de Continuidade entre Níveis de Atenção” as variáveis que apresentam as experiências dos usuários sobre a continuidade da gestão clínica entre níveis, de acordo com as suas dimensões (quadro 1).

**Quadro 1.** Variáveis de interesse selecionadas e suas características, por dimensão da continuidade da gestão clínica.

<b>COERÊNCIA DA ATENÇÃO</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Pergunta correspondente no instrumento</b>	<b>Formato de resposta</b>
Concordância com a AE	O médico da APS está de acordo com o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que os especialistas lhe dão?	Escala de likert de quatro pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca.
Concordância com a APS	Os especialistas estão de acordo com o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que o médico da APS lhe dá?	
Encaminhamento à AE	O médico da APS lhe encaminha ao especialista quando você necessita?	
Motivos para o não encaminhamento oportuno	Por que [o médico da APS] não encaminha sempre que você necessita?	Resposta aberta

Colaboração entre níveis	Você acha que o médico da APS e os especialistas colaboram entre eles para resolver seus problemas de saúde?	Escala de likert de quatro pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca.
Motivos para a colaboração	Por quê [você acha que o médico da APS e os especialistas colaboram entre eles para resolver seus problemas de saúde]?	Resposta aberta
ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS		
Variável	Pergunta correspondente no instrumento	Formato de resposta
Tempo de espera para consulta com a AE	Quando o médico da APS lhe encaminha aos especialistas, você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?	Escala de likert de quatro pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca.
Tempo de espera para consulta com a APS.	Após a consulta com o especialista, quando você solicita uma consulta com o médico da APS, você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?	
Marcação da consulta pela disponibilidade do paciente	O fato de marcarem sua consulta com especialistas sem lhe perguntarem a sua disponibilidade traz dificuldade para você comparecer à consulta?	

Fonte: elaboração própria, com base no plano de análise da Pesquisa Equity-LA II<sup>22</sup>.  
APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva univariada e bivariada. Na análise univariada, foram obtidas tabelas de frequências absolutas e relativas para cada variável. As respostas coletadas por meio de escala de likert foram dicotomizadas: sempre e muitas vezes foram consideradas como “sim”, e às vezes, poucas vezes e nunca foram consideradas como “não”. Para as variáveis abertas (“motivos para o não encaminhamento oportuno”, e “motivos para a colaboração entre níveis”), as respostas foram agrupadas e categorizadas por meio de análise descritiva.

Foi construído um índice sintético de medição composto pelas sete variáveis quantitativas, cuja resposta encontra-se em formato de escala de likert (Concordância com a AE; Concordância com a APS; Encaminhamento à AE; Colaboração entre níveis; Tempo de espera para consulta com a AE; Tempo de espera para consulta com a APS; e Marcação da consulta pela disponibilidade do paciente). O índice foi calculado de forma que cada item da escala de likert foi avaliado de 0 a 3 pontos (0 – nunca; 1 – raramente; 2 – muitas vezes; e 3 – sempre). Os valores ausentes foram imputados com o valor médio de cada item dessas observações, com apenas um ausente para cada fator. As pontuações do item em cada fator foram somadas e divididas por sua pontuação mais alta possível. O índice foi transformado em uma variável categórica representando alta percepção de continuidade da gestão clínica (mais da metade da pontuação máxima) ou baixa percepção de continuidade da gestão clínica (menos da metade da pontuação máxima).

Para avaliar a existência de associação entre os fatores sociodemográficos (sexo, estado civil, raça-cor autorreferida, renda familiar no último mês, nível de escolaridade, usuário titular de plano privado de saúde) e de morbidade (percepção de saúde autorrelatada, cujos resultados

foram agrupados em “muito bom ou bom” e “regular, ruim ou muito ruim) da amostra com o índice sintético de percepção de continuidade da gestão clínica, além das tabelas cruzadas foram utilizados os testes de Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Também foram calculados os respectivos Odds Ratio (OR) e seus Intervalos de Confiança (IC) com nível de confiança de 95%. Durante as análises foi considerado um nível de significância de 5%. Os dados foram processados no programa R, versão 4.0.0.

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 4.213.652/2020).

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

A amostra de usuários foi composta por 407 entrevistados, brasileiros, de maioria feminina (83,1%), parda (56,8%), com 40 anos ou mais (86,0%), estado civil casado (43,0%). Quanto à escolaridade, predominou nível fundamental incompleto (47,9%), seguido do ensino médio completo (22,9%). A maioria dos usuários (51,4%) referiu que a renda mensal da família no último mês foi inferior a um salário mínimo. A maior parte (85,8%) relatou residir há mais de 10 anos na região. Quanto à percepção sobre o próprio estado de saúde, 58,0% dos usuários a consideraram como regular. A maioria (52,1%) afirmou possuir pelo menos três doenças crônicas, sendo as mais prevalentes a hipertensão não complicada (59,5%), os distúrbios musculoesqueléticos (29,5%), e a diabetes não-insulino dependente (27,3%). Expressiva parcela dos respondentes referiu não possuir plano de saúde privado (98,8%) (tabela 2).

**Tabela 2.** Característica da amostra de usuários. Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA		
Sexo	n=407	%
Masculino	68	16,7%
Feminino	338	83,1%
Não sabe/Não respondeu	1	0,3%
Idade	n=407	%
18 a 39 anos	57	14,0%
40 a 59 anos	202	49,6%
60 a 79 anos	141	34,6%
80 ou mais anos	7	1,7%
Nacionalidade	n=407	%
Brasileira	407	100,0%
Raça/etnia	n=407	%
Negro	72	17,7%
Branco	90	22,1%

Amarelo	10	2,5%
Pardo	231	56,8%
Indígena	2	0,5%
Não sabe/Não respondeu	2	0,5%
<b>Tempo de residência nos distritos III e VII (Recife)</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
1-5 anos	20	4,9%
6-10 anos	35	8,6%
11 anos ou mais	349	85,8%
Não sabe/Não respondeu	3	0,7%
<b>Estado civil</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Solteiro (a)	120	29,5%
Casado (a)	175	43,0%
União estável	33	8,1%
Viúvo (a)	45	11,1%
Divorciado (a)	34	8,4%
<b>Nível de escolaridade</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sem estudos	23	5,7%
Ensino Fundamental incompleto	195	47,9%
Ensino Fundamental completo	81	19,9%
Ensino médio completo	93	22,9%
Ensino superior completo	10	2,5%
Não sabe/Não respondeu	5	1,2%
<b>Renda familiar do último mês</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sem renda	12	3,0%
Inferior a 1 salário mínimo	209	51,4%
Entre 1 e 2 salários mínimos	123	30,2%
Superior a 2 salários mínimos	56	13,8%
Não sabe/Não respondeu	7	1,7%
<b>Percepção do estado de saúde</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Muito boa	6	1,5%
Boa	54	13,3%
Regular	236	58,0%
Ruim	75	18,4%
Muito ruim	33	8,1%
Não sabe/Não respondeu	3	0,7%
<b>Quando tem um problema de saúde, costuma ir à mesma unidade de saúde?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	399	98,0%
Não	8	2,0%
<b>Número de enfermidades crônicas</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Uma	92	22,6%
Duas	102	25,1%
Três ou mais	212	52,1%
<b>Condições crônicas mais prevalentes<sup>1</sup></b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Hipertensão não complicada	242	59,5%
Distúrbios musculoesqueléticos	120	29,5%
Diabetes não-insulino dependente	111	27,3%
Distúrbios do sistema digestivo	46	11,3%
Osteoartrites	44	10,8%
Dislipidemia	43	10,6%
Desordens do aparelho genital	40	9,8%
Transtorno depressivo	35	8,6%
Outras desordens metabólicas, endócrinas e nutricionais	30	7,4%
Cefaleia de cluster	30	7,4%
<b>Você tem plano de saúde?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	5	1,2%
Não	402	98,8%

Fonte: elaboração própria.

### Experiência dos usuários sobre a continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais

Quanto à coerência da atenção, a maioria dos usuários (72,2%) acredita que o médico da APS está de acordo com o diagnóstico, tratamento e recomendações dadas pelo especialista. A maioria (67,6%) dos usuários também possui opinião semelhante a respeito do especialista estar de acordo com as indicações do médico da APS. Cerca de 90% dos usuários referiu que o médico da APS o encaminha ao especialista quando há necessidade. Dentre os usuários que informaram que o médico da APS nem sempre refere ao especialista, 25,7% explicitaram a ausência de vagas para o médico especialista (tabela 3).

A respeito da colaboração entre níveis, os usuários apresentaram opiniões divididas, onde 43,0% acreditam que os especialistas e os médicos da APS colaboram entre si para resolver os seus problemas de saúde, e 47,7% acreditam que essa colaboração não existe. Entre os usuários que afirmaram que os médicos não colaboram entre si, os principais motivos apontados foram: os médicos não se comunicam (32,0%) e que os médicos não se conhecem ou não tem contato (23,7%). Para os usuários que acreditam que os médicos colaboram entre si, os motivos mais citados foram: porque o acompanhamento e o tratamento estão corretos (36,6%) e porque os médicos conversam entre si (18,9%) (tabela 3).

Quanto às experiências de acessibilidade entre níveis assistenciais, 77,2% dos usuários referem esperar muito até o dia da consulta com o especialista. Em contraste, apenas 48,9% dos usuários percebe que a demora na espera para a consulta com o médico da APS é elevada. Acrescenta-se que 49,6% dos entrevistados referem que a marcação da consulta sem a verificação de sua disponibilidade traz dificuldade no comparecimento (tabela 3).

**Tabela 3.** Experiências dos usuários sobre a continuidade da gestão clínica entre níveis. Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

COERÊNCIA DA ATENÇÃO		
<b>O médico da APS está de acordo com o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que os especialistas lhe dão?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	294	72,2%
Não	84	20,6%
Não sabe/não respondeu	29	7,1%
<b>Os especialistas estão de acordo com o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que o médico da APS lhe dá?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	275	67,6%
Não	101	24,8%
Não sabe/não respondeu	31	7,6%
<b>O médico da APS lhe encaminha ao especialista quando você necessita?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	368	90,4%
Não	34	8,4%
Não sabe/não respondeu	5	1,2%
<b>Porque o médico da APS não lhe encaminha sempre que você necessita?¹</b>	<b>n=34¹</b>	<b>%</b>
Pela ausência de vagas na AE	9	25,7%

Falta de responsabilidade	6	17,1%
Porque o médico da APS acredita que o tratamento pode ser feito na UBS	5	14,3%
Por não haver necessidade	4	11,4%
Só encaminha se eu pedir	3	8,6%
Não sabe/não respondeu	8	22,9%
<b>Você acha que o médico da APS e os especialistas colaboram entre eles para resolver seus problemas de saúde?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	175	43,0%
Não	194	47,7%
Não sabe/não respondeu	38	9,3%
<b>Motivos pelos quais os usuários acham que os médicos colaboram entre si<sup>2</sup></b>	<b>n=175<sup>2</sup></b>	<b>%</b>
Porque o acompanhamento e o tratamento estão certos	64	36,6%
Os médicos conversam entre si	33	18,9%
Existe continuidade no tratamento	28	16,0%
Os médicos conhecem a situação do paciente	20	11,4%
O médico me encaminha a outro médico quando há necessidade	20	11,4%
Os médicos explicam quem eu devo procurar	1	0,6%
Não sabe/não respondeu	32	18,3%
<b>Motivos pelos quais os usuários acham que os médicos não colaboram entre si<sup>3</sup></b>	<b>n=194<sup>3</sup></b>	<b>%</b>
Os médicos não se comunicam	62	32,0%
Os médicos não se conhecem/não tem contato	46	23,7%
Os médicos não têm compromisso com o paciente	29	15,0%
Os médicos não têm tempo para conversar	16	8,3%
Os médicos são de lugares/especialidades diferentes	13	6,7%
Os médicos não se comunicam com os pacientes	11	5,7%
Porque existem divergências de condutas e/ou diagnóstico	10	5,2%
Os médicos perguntam o que foi feito no outro nível	7	3,6%
Os problemas de saúde não são resolvidos	5	2,6%
Porque o acompanhamento e o tratamento estão certos	2	1,0%
Os médicos ficam mandando o paciente um para o outro	2	1,0%
Pelo excesso de pacientes	2	1,0%
As consultas demoram para serem marcadas	1	0,5%
Porque não é necessário	1	0,5%
Os médicos são despreparados	1	0,5%
Não sabe/não respondeu	19	9,8%
<b>ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS</b>		
<b>Quando o médico da APS lhe encaminha aos especialistas, você tem que esperar muito até o dia da consulta?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	314	77,2%
Não	84	20,6%
Não sabe/não respondeu	9	2,2%
<b>Após uma consulta com o especialista, quando você solicita uma consulta com o médico da APS, você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	199	48,9%
Não	200	49,1%
Não sabe/não respondeu	8	2,0%
<b>O fato de marcarem sua consulta com especialistas sem lhe perguntarem a sua disponibilidade, traz dificuldade para você comparecer à consulta?</b>	<b>n=407</b>	<b>%</b>
Sim	202	49,6%
Não	195	47,9%
Não sabe/não respondeu	10	2,5%

Fonte: elaboração própria.

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; UBS: unidade básica de saúde.

(1) Pergunta que permite múltiplas respostas, realizada apenas para os usuários que referiram que o médico da APS não encaminha ao especialista quando é necessário (n=34).

(2) Múltiplas respostas dadas pelos usuários que afirmaram que os médicos colaboram entre si (n=175).

(3) Múltiplas respostas dadas pelos usuários que afirmaram que os médicos não colaboram entre si (n=194).

### Fatores associados aos níveis percebidos de continuidade da gestão clínica

Mulheres (85,3%), usuários casados (45,1%), pardos (58,3%), com renda familiar no último mês inferior a 1 salário mínimo (52,9%), com nível de estudos fundamental incompleto (50,6%), que não possuíam plano privado de saúde (98,8%) e que avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim (85,5%) foram mais propensos a relatar altos níveis de continuidade da gestão clínica. Entretanto, o P-valor se mostrou insignificante ( $p$ -valor  $> 0,05$ ) para todas as associações (tabela 4).

**Tabela 4.** Fatores sociodemográficos e de morbidade associados aos níveis percebidos de continuidade da gestão clínica. Recife (DS III e VII), Pernambuco, Brasil, 2017.

Fatores sociodemográficos	Alto nível de continuidade		Baixo nível de continuidade		P-valor	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Feminino	272	85,3%	66	83,5%	0,983	1	-
Masculino	47	14,7%	13	16,5%		1,02	0,5-2,17
<b>Estado Civil</b>							
Solteiro (a)	95	29,0%	25	31,6%	0,241	1	-
Casado (a)	148	45,1%	27	34,2%		0,69	0,36-1,32
União Estável	24	7,3%	9	11,4%		1,42	0,51-3,9
Viúvo (a)	37	11,3%	8	10,1%		0,82	0,29-20,9
Divorciado (a)	24	7,3%	10	12,7%		1,58	0,5-3,9
<b>Raça/Etnia</b>							
Preto	55	16,9%	17	21,5%	0,262	1	-
Branco	70	21,5%	20	25,3%		0,92	0,41-2,07
Amarelo	10	3,1%	0	0,0%		-	-
Pardo	190	58,3%	41	51,9%		0,69	0,35-1,41
Indígena	1	0,3%	1	1,3%		3,23	0,03-5,8
<b>Renda familiar no último mês</b>							
Sem renda	9	2,8%	3	3,9%	0,918	1	-
Inferior a 1 salário mínimo	171	52,9%	38	49,4%		0,67	0,15-4,1
Entre 1 e 2 salários mínimos	98	30,3%	25	32,5%		0,76	0,17-4,7
Superior a 2 salários mínimos	45	13,9%	11	14,3%		0,73	0,14-4,92
<b>Nível de estudos</b>							
Nenhum	20	6,2%	3	3,8%	0,311	1	-
Fundamental incompleto	164	50,6%	31	39,7%		1,26	0,34-7,01
Fundamental completo	62	19,1%	19	24,4%		2,04	0,5-11,8
Médio	71	21,9%	22	28,2%		2,06	0,53-11,8
Superior	7	2,2%	3	3,8%		2,85	0,29-5,8
<b>Você tem plano de saúde?</b>							
Sim	4	1,2%	1	1,3%	0,973	1	-
Não	324	98,8%	78	98,7%		0,96	0,09-8,1
<b>Fatores de morbidade</b>							
<b>Percepção de saúde autoavaliada</b>							

Regular, ruim ou muito ruim	278	85,5%	66	83,5%	0,655	1	-
Muito boa ou boa	47	14,5%	13	16,5%		0,85	0,42-1,83

OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confiança.

Nota: As respostas “não sabe/não respondeu” foram excluídas do teste estatístico.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo ampliam uma temática pouco discutida no contexto brasileiro: a continuidade da gestão clínica entre níveis de atenção, explorada a partir do relato de pacientes acometidos por doenças crônicas sobre os serviços de saúde. Na ótica desses usuários, observou-se uma opinião mais negativa acerca da acessibilidade entre níveis, devido aos elevados tempos de espera para atendimento relatados, especialmente para a AE e em menor frequência para a APS. Ainda, observaram-se relatos de marcação de consultas para AE sem considerar a disponibilidade do usuário, o que ocasiona dificuldades no comparecimento. Tais pontos constituem-se graves barreiras de acesso aos serviços, impactando a continuidade dos cuidados. Em contraponto, a dimensão de coerência da atenção apresentou experiências mais positivas no que diz respeito a concordância no diagnóstico, tratamento e recomendações, e nos encaminhamentos oportunos para o segundo nível de atenção, restando opiniões divididas apenas no que se refere à existência de colaboração entre os médicos dos diferentes níveis. Além disso, não foram evidenciadas influências das características sociodemográficas e de morbidade dos usuários nos níveis percebidos de continuidade da gestão clínica.

Frente ao contexto evidenciado, analisar a continuidade dos cuidados implica entender o modo como o paciente percebe a atenção que lhe é ofertada. Para os usuários, a continuidade está intimamente relacionada com a construção do vínculo com os médicos que lhe prestam cuidados, onde a comunicação e a confiança são fortemente valorizadas. A facilidade e a rapidez com qual obtém acesso aos cuidados e a qualidade com que os mesmos são oferecidos também são aspectos que se relacionam intrinsecamente com a percepção de continuidade dos pacientes. Pode-se dizer que a continuidade dos cuidados está diretamente relacionada com o aumento da satisfação dos usuários com o serviço de saúde e com a atuação dos profissionais, uma vez que são minimizados os erros, as duplicações, os seguimentos desadequados, e a assimetria de informação entre o paciente e o prestador de cuidados de saúde<sup>26</sup>.

Considera-se que existe continuidade quando os cuidados prestados por diferentes profissionais são complementares e condizentes com as necessidades do usuário, sendo oferecidos de forma coerente e em tempo oportuno<sup>9</sup>. Nesse sentido, a articulação entre os níveis é determinante para continuidade assistencial, e por sua vez, para que essa articulação possa de

fato existir é indispensável uma comunicação adequada entre os serviços, e os profissionais envolvidos no cuidado<sup>26</sup>.

A coerência da atenção é a percepção do usuário acerca da colaboração e da comunicação entre os profissionais dos distintos níveis, envolvendo também a existência de uma sequência assistencial adequada, com um objetivo comum<sup>9</sup>. No que se refere à existência de objetivos clínicos comuns, os entrevistados apontaram para a inexistência de discordâncias quanto aos diagnósticos, tratamentos e recomendações que lhe são oferecidos em ambos os níveis de atenção. Assim como em outras investigações<sup>3,4,8</sup>, os usuários relatam que os profissionais da APS demonstram estar de acordo com o diagnóstico e o tratamento indicado pelos especialistas numa frequência maior do que o oposto.

Por outro lado, as experiências positivas de concordância entre os profissionais do primeiro e do segundo nível de atenção evidenciada neste estudo contrastam com relatos de outras investigações semelhantes nas quais as incompatibilidades entre os critérios de diagnóstico e tratamentos utilizados pelos profissionais contribuíram para uma sensação de descontinuidade da atenção por parte dos pacientes<sup>1,14,15</sup>. No estudo de Luján e colaboradores<sup>1</sup> uma das possíveis causas apontadas pelos especialistas para o uso de diferentes critérios de tratamentos farmacológicos e nutricionais, foi a falta de atualização dos clínicos gerais, levando os usuários à dúvidas e inseguranças quanto ao tratamento que deveriam seguir e influenciando negativamente na sua percepção de coerência dos cuidados recebidos. A solução para a conciliação de tratamentos perpassa tanto pela realização de treinamentos e capacitações para os profissionais, como por aumentar os níveis de relacionamento entre médicos de ambos os níveis para o estabelecimento de uma relação de conhecimento, respeito e parceria entre esses profissionais.

A respeito da existência de colaboração e comunicação entre os níveis assistenciais, é preocupante o percentual de usuários que relataram que os profissionais não colaboram entre si para resolução dos seus problemas de saúde. Os entrevistados relacionam a ausência de colaboração principalmente à ausência de comunicação entre os médicos, corroborando resultados de estudos realizados em contextos semelhantes<sup>1,3,4</sup>.

A comunicação entre médicos de distintos níveis é um tema bastante citado na literatura. Alguns estudos<sup>27-29</sup> sugerem que quando a comunicação entre níveis é deficiente, a implantação de mecanismos de coordenação e compartilhamento de informações podem fornecer soluções, favorecendo o contato e a colaboração entre os profissionais. Entretanto, é necessário que os profissionais tratem a comunicação e a troca de informações sobre o paciente como um aspecto

primordial para a qualidade dos cuidados em saúde<sup>1</sup>. Há que se pensar ainda nas questões atitudinais, visto que é possível que alguns médicos especialistas não valorizem adequadamente o papel dos profissionais da APS como coordenadores dos cuidados oferecidos ao paciente, estando menos dispostos a colaborar e compartilhar informações com este nível<sup>29</sup>.

Baixos níveis de reconhecimento, confiança e colaboração entre médicos da APS e especialistas refletem negativamente na comunicação entre esses profissionais, e na qualidade do cuidado prestado. A desconfiança nas habilidades clínicas dos médicos da APS e a pouca disponibilidade ao diálogo por parte dos especialistas, e uma sensação de inferioridade entre os profissionais da APS são aspectos que influenciam no manejo e no compartilhamento de pacientes. Para estabelecer uma comunicação eficiente, é necessária uma participação simétrica e ausente de hierarquias entre os médicos envolvidos, o que não é possível sem o respeito e o reconhecimento recíproco entre os profissionais<sup>28</sup>.

No que se refere à percepção de uma oferta de cuidados sequenciados, a maior parte dos entrevistados relatam ter sido encaminhados aos especialistas sempre que necessitavam de cuidados de saúde que extrapolavam o primeiro nível de atenção, assim como observado em outras investigações<sup>1,8</sup>. Houveram poucas menções à falta de encaminhamento do médico generalista para a AE quando necessário, o que foi relacionado à ausência de vagas para o atendimento de especialidades; à falta de responsabilidade do médico da APS para com seu estado de saúde e ainda à decisão do médico generalista em conduzir o tratamento no primeiro nível de atenção.

A acessibilidade entre os níveis assistenciais é caracterizada pela oportuna transposição de nível, de acordo com as necessidades clínicas do paciente. O acesso aos serviços de saúde assume uma posição de destaque para a continuidade dos cuidados em saúde, tendo em vista a facilidade com que os usuários reconhecem a importância do acesso ágil e da oferta de uma vasta gama de serviços<sup>8,26</sup>. Na rede de estudo, a acessibilidade entre os diferentes níveis não encontra-se facilitada, configurando-se como uma questão preocupante para os usuários, que precisam esperar um longo tempo para obter acesso ao atendimento na AE. Quanto ao tempo de espera para consulta de contrarreferência na APS, os entrevistados apresentaram experiências polarizadas, onde cerca de metade dos participantes refere uma longa espera para atendimento na APS e a outra metade não relata esperar muito para receber atendimento.

Na literatura, os longos tempos de espera para a realização de consultas e exames diagnósticos na AE foram relacionados à necessidade de repetição de exames devido à perda de validade dos mesmos<sup>1,8,15</sup>; ao aumento dos custos para os serviços de saúde e para os

usuários, que terminavam por buscar consultas, exames e tratamentos particulares<sup>1,5,8,15</sup>; atrasos ou interrupções no diagnóstico e tratamento de pacientes<sup>3,15,30</sup>; e ainda ao agravamento da condição clínica dos pacientes<sup>8,15</sup>. Relatos anteriores já evidenciaram sentimentos de ansiedade, angústia, insatisfação e sofrimento por parte dos usuários devido às incertezas no acesso às consultas, exames, e medicamentos necessários ao tratamento de suas condições de saúde<sup>15</sup>.

Ao estudar as barreiras ao acesso dos serviços de saúde no Brasil e na Colômbia, Garcia-Subirats e colaboradores<sup>5</sup> identificaram como principais causas dos longos tempos de espera para AE os baixos níveis de acessibilidade para APS e de resolutividade, que resulta no encaminhamento desnecessário de usuários com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no primeiro nível de atenção. Além disso, a escassez de serviços de média complexidade no SUS, a falta de recursos humanos em saúde, o não cumprimento dos horários de trabalho por parte dos poucos trabalhadores existentes e o excessivo enfoque nos cuidados curativos também constituem importantes barreiras de acesso aos serviços, que impactam na percepção de continuidade da atenção por parte dos usuários<sup>5</sup>.

Amarilla e colaboradores<sup>8</sup>, em um estudo realizado no México, identificaram que problemas de acessibilidade, em especial o elevado tempo entre as transições de níveis e escassez de vagas, podem impactar negativamente a percepção sobre a coerência dos cuidados recebidos. Em outras palavras, as longas esperas para receber atendimento podem comprometer a percepção do usuário de que recebe os cuidados em tempo hábil e sem interrupções. Nesse sentido, a ausência de vagas na AE em conjunto com os excessivos tempos de espera, problemas evidenciados nesse estudo, podem ter causado impactos negativos na percepção dos usuários sobre a coerência da atenção.

A percepção de acessibilidade entre níveis, analisada pela ótica dos usuários, perpassa também pela existência de acessibilidade administrativa, verificada, entre outras formas, na marcação da consulta mediante a disponibilidade do usuário em comparecer naquele dia e horário. Na rede em questão, as experiências de acessibilidade administrativas são negativas para cerca de metade dos informantes, evidenciando a necessidade de considerar a disponibilidade do paciente para a realização das marcações.

Estudos anteriores<sup>1,8</sup> expuseram problemas de descontinuidade do atendimento devido à marcação de consultas, atribuídas principalmente à existência de turnos pré-estabelecidos em alguns centros de saúde, tanto para o atendimento na APS como na AE. Em alguns relatos, caso o paciente não pudesse comparecer no turno pré-estabelecido, perderia a vez, tendo que entrar

novamente na fila de espera, o que foi visto como uma questão incômoda e dificultadora ao acesso aos serviços, além de influenciar no tempo de espera<sup>8</sup>.

Como limitações do estudo, é importante mencionar que as perspectivas dos usuários expressam a realidade da rede de saúde em questão. Ademais, a escolha de um desenho descritivo transversal não permite verificar relações de causa e efeito. A continuidade dos cuidados se estabelece mediante uma relação de cuidados sustentada, sendo um fenômeno que ganha mais compreensão com o passar do tempo. Nesse sentido, investigações longitudinais podem ser complementares a este estudo. Além disso, mais que a coerência da atenção e a acessibilidade entre níveis, há que se preocupar em verificar como os usuários percebem a qualidade da atenção que recebem dos profissionais envolvidos no seu cuidado. Estudos que se aprofundem na qualidade dos cuidados podem complementar a discussão sobre a continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os sistemas universais de saúde dificilmente conseguem tratar usuários acometidos por condições crônicas de saúde sem o aporte de um atendimento multiprofissional e um acompanhamento prolongado. São necessários esforços crescentes para melhorar a articulação entre os níveis de atenção, fortalecendo a comunicação entre profissionais e a coordenação dos cuidados em saúde, capacitando os profissionais para o trabalho efetivo em redes integradas de atenção.

A análise da continuidade dos cuidados em saúde, através das experiências relatadas pelos usuários é uma fonte de informação essencial para a melhoria da articulação entre níveis, visto que fornece uma perspectiva única sobre as barreiras de acesso, sobre as falhas de coordenação, e ainda sobre a satisfação com os serviços prestados. As experiências de continuidade podem auxiliar os gestores na tomada de decisão sobre a reorganização dos serviços de saúde, especialmente devido às informações que produz sobre a utilização dos serviços e a limitação do acesso de cuidados especializados.

Acerca da rede em questão, os usuários apresentam boas experiências em alguns atributos da continuidade da gestão clínica, especialmente no que se refere à coerência da atenção prestada. As dificuldades identificadas acerca da acessibilidade entre níveis são elementos críticos para melhorar as experiências de continuidade. São necessárias intervenções eficazes para melhorar o acesso aos serviços de saúde, centradas na qualificação e na resolutividade da APS, e na oferta de serviços de saúde com a garantia de um quantitativo

suficiente de profissionais atuantes, especialmente no que se refere à atenção especializada. Estratégias que propiciem um maior acesso, como o atendimento em demanda espontânea, a marcação da consulta mediante disponibilidade do paciente e o teleatendimento podem melhorar as experiências de continuidade. Ainda, faz-se necessário o fomento de estratégias que fortaleçam a articulação entre níveis, estimulando o conhecimento pessoal, a comunicação, o respeito mútuo e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Luján AIC, Rojas VG, Cinta DL, Juárez GR. Percepción sobre continuidad asistencial de usuarios con enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana*. 2017;13(25):7-24.
2. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis Interface comun. *Saúde educ*. 2010; 14 (34):59pérez3-605.
3. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Soares-de-Jesus RPF, Eguiguren P, Cisneros AI, *et al*. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac. Sanit*. 2020; 35(5):411-19. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>
4. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva M, Unger JP, *et al*. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health policy plan*. 2017; 32(4):549-62. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw168>
5. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, *et al*. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med*. 2014; 106:204-13. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>
6. Doubova SV, Guanais FC, Pérez-Cuevas R, Canning D, Macinko J, Reich MR. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health policy plan*. 2016; 31(7):834-43. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv139>
7. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RB. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília: CONASS; 2019. 193 p.
8. Amarilla DI, Puzzolo J, Colautti M, Pellegrini N, Rovere M. Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. *Revista De Salud Pública*. 2020; 24(1):19-32. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n1.23601>
9. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final Report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. 50p.

10. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2018; 16(6):492-97. <https://doi.org/10.1370/afm.2308>
11. Chen HM, Tu YH, Chen CM. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Clin Nurs Res*. 2017; 26(3):266-84. <https://doi.org/10.1177/1054773815625467>
12. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018; 8:e021161. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
13. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients; perceptions of continuity of care. A metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care*. 2012; 24(1):39-48. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>
14. Chávez JC, Martínez MS, Lara SCV, Mogollón-Pérez AS, Sabater J, Unger JP. La continuidad asistencial en las redes de servicios de salud. Estudio de caso de usuarias con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2. IN: Vázquez ML, Vargas IL, Mogollón-Pérez AS, da Silva MR, Unger JP, de Paepe P, editors. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2018. p.147-81.
15. Silva MRF *et al.* A continuidade assistencial nas redes de serviços de saúde. Estudo de caso de usuárias com câncer de mama e diabetes mellitus do tipo 2. IN: Vázquez ML, Vargas IL, Mogollón-Pérez AS, da Silva MR, Unger JP, de Paepe P, editors. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Um estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2018. p. 259-93.
16. Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS*. 2017; 29(5):e20160225. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>
17. Pinto LF, Harzeim E, Hauser L, D'Ávila OP, Gonçalves MR, Travassos P, *et al.* A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(3):771-781. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33132016>
18. Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzeim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(03):522-531. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>
19. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1399-1408. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
20. Silva SA e Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(1):54-61. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>

21. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate*. 2014; 38 (103): 692-705.  
<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>.
22. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Paepe P, Mogollón Perez AS, Samico I, *et al*. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015; 5(7):e007037. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007037>
23. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021. Recife: Secretaria de Saúde; 2018. 97 p.
24. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé L, Llopart JR, *et al*. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013; 13, e050.  
<https://doi.org/10.5334/ijic.1160>
25. García-Subirats I, Aller MB, Vargas I, Vázquez MLn. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2015; 29(2): 88-96.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.009>.
26. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22 (3): 841-53.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.
27. Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4): e00119318.  
<http://doi.org/10.1590/0102-311x00119318>.
28. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(2): e00022020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022020>
29. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016; 31(6):736-48. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
30. Vázquez ML, Vargas IL, Mogollón-Pérez AS, da Silva MR, Unger JP, de Paepe P, editors. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil. Un estudio de casos*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2018. p. 392.  
<http://doi.org/10.12804/tm9789587388121>

## ANEXO A – QUESTIONÁRIOS

Questionário N°: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO DE ARTICULAÇÃO/COORDENAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO: COORDENA-BR 2017

#### INFORMAÇÕES GERAIS

O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em colaboração com as Secretarias Municipais de Saúde de Recife e Caruaru, está realizando um estudo para analisar a articulação do cuidado entre os níveis de atenção na rede de serviços de saúde desses municípios.

Como parte deste estudo, foi realizada uma pesquisa em 2015 para conhecer a opinião dos médicos sobre a colaboração entre os médicos generalistas e especialistas das redes de serviços de saúde do SUS em Recife e Caruaru. Posteriormente se implantou uma intervenção para melhorar a coordenação em uma destas redes. Neste momento, estamos realizando a segunda pesquisa para analisar as possíveis mudanças e avaliar a efetividade da intervenção.

As informações fornecidas por você serão muito importantes porque vão identificar os problemas de articulação da atenção existentes e propor mudanças para melhorar o atendimento ao paciente. Os resultados do estudo serão relatados posteriormente, mas serão processados de forma agregada para garantir a sua confidencialidade.

As pessoas que utilizarão essas informações respeitam a lei da confidencialidade\*. As informações não serão divulgadas e nem utilizadas para outras finalidades que as mencionadas anteriormente. Neste sentido, asseguramos também a proteção da identidade do entrevistado.

*\* Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde*

Agradecemos a sua colaboração.

#### DADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

**Entrevistador/a:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Hora do início:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Local da entrevista:** (1) Unidade de trabalho                      (2) Residência                      Outro, qual? \_\_\_\_\_

#### Unidade de saúde / hospital da rede do SUS onde trabalha o entrevistado

#### Qual é o trabalho que você desenvolve neste centro?

- (1) Médico da atenção básica / Médico de saúde da família.
- (2) Médico do ambulatório de outras especialidades.
- (3) Médico da urgência hospitalar / UPA.
- (4) Médico da atenção hospitalar.

Copyright 2017 ©. Isabella Samico (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Brasil), M. Luisa Vázquez, Ingrid Vargas (Consorti de Salut i Social de Catalunya, España), Pierre de Paepe, Jean Pierre Unger (Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Bélgica), Amparo S. Mogollón-Pérez (Universidad del Rosario, Colombia), Pamela Eguiguren (Universidad de Chile, Chile), Angélica Ivonne Cisneros (Universidad Veracruzana, México), Delia Amarilla (Universidad Nacional de Rosario, Argentina) y Fernando Bertolotto (Universidad de la República, Uruguay). Proyecto de investigación “Impacto de las estrategias de

integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina. Equity-LA II. Health-2012-305197, EC-FP7 Work Programme: Cooperation, Health (SICA). Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra, siempre que se cite expresamente a los autores y titulares de la obra.

## 1. ESCALA SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

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

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

* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: Sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muito poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
1.13 Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta.							
1.14 Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da atenção básica, espera muito tempo até o dia da consulta.							
<b>OPINIÃO GERAL SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO</b>							
1.15 Você acredita que a atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas na rede é articulada.							
<b>10. FATORES ORGANIZACIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO</b>							
<b>10.1</b> Quantos pacientes, em média, você atende por hora de trabalho? pacientes							___ ___
<b>10.2</b> Você dispõe de quanto tempo, em média, por consulta? ___ minutos							___
<b>10.3</b> Você acha que o tempo de consulta que pode dedicar para a articulação clínica (preencher formulários de referência ou contrarreferência, revisar protocolos do Ministério de Saúde em caso de dúvida) é suficiente? <i>LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i>							
(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR							
<b>10.4</b> Há quanto tempo começou a trabalhar nesta unidade? _____ anos _____ meses _____ meses							
<b>10.5</b> Qual é o seu vínculo com esta instituição? <i>RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i>							
(1) Contrato por prazo determinado (2) Emprego público/estatutário (3) Emprego público/Celetista (4) Cargo Comissionado (5) Contrato por tempo indeterminado (6) PROVAB (7) MAIS MÉDICOS (8) Residente (98) NS/NR							
Outro, qual? _____ ___ ___							
<b>10.6</b> Como se dá sua remuneração nesta instituição? <i>RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i>							
(1) Assalariado (2) Por produtividade (3) Bolsista (98) NR/NS							
<b>10.7</b> Quantas horas trabalha por semana nesta unidade? ___ horas							
<b>10.8</b> Complementa seu trabalho na rede pública com a atenção privada (fora do SUS)?							
(1) Sim (2) Não (98) NS/NR							
<b>10.9</b> Sua instituição supervisiona ou avalia regularmente a sua atividade clínica?							
(1) Sim p. 10.9.1 e 10.9.2 Erro! Fonte de referência não encontrada. (2) Não p. Erro! Fonte de referência não encontrada. (98) NS/NR							
<b>10.9.1</b> Como é feita?							
<b>10.9.2</b> Você conhece os resultados da avaliação ou supervisão de atividade clínica?							
(1) Sim (2) Não (3) Às vezes (98) NS/NR							
<b>10.10</b> Sua instituição limita o número de encaminhamentos que pode realizar?							
(1) Sim (2) Não (98) NS/NR							
* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente							
<b>10.11</b> Você pretende mudar de trabalho nos próximos 6 meses.							
(1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR							

<b>10.12 Você recebe um bom salário por seu trabalho.</b>	
(1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR	
<b>10.13 Você está satisfeito/a com seu trabalho.</b>	
(1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR	
<b>11 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS</b>	
<b>11.1 Anotar sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino (98) NS/NR	
<b>11.2 Data de nascimento</b> ____ / ____ / ____	
<b>11.3 País de nascimento</b> ____	
<b>11.4 Formação</b>	<b>(especialidade)</b>
____	

Questionário N°: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE CONTINUIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO (CCAENA-BR) – 2017****INFORMAÇÃO GERAL**

O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP em colaboração com as Secretarias Municipais de Saúde de Caruaru e Recife está fazendo um estudo com o objetivo de analisar o funcionamento dos serviços de saúde e identificar elementos para a sua melhoria.

Como parte deste estudo, foi realizada uma pesquisa em 2015, para conhecer a opinião da população sobre a colaboração entre os médicos gerais (do posto de saúde) e os especialistas do SUS em Caruaru e Recife. Posteriormente foi implementada uma intervenção para melhorar a colaboração entre médicos num dos municípios. Neste momento, estamos realizando a segunda pesquisa para analisar as possíveis mudanças e avaliar os resultados da intervenção.

As informações fornecidas por você serão muito importantes porque vão identificar os problemas de articulação da atenção existentes e propor mudanças para melhorar o atendimento ao paciente. Os resultados do estudo serão relatados posteriormente, mas serão processados de forma agregada para garantir a sua confidencialidade.

As pessoas que analisarão as informações que você nos disponibilizar estão obrigadas por lei a manter o sigilo da identidade do informante e dos dados relatados e não os utilizarão para nenhuma outra finalidade que não seja mencionada, assim asseguramos a confidencialidade dos dados.

Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

Agradecemos a sua colaboração.

**DADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

**Entrevistador/a:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data da entrevista:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Hora de início:** \_\_\_\_: \_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Posto de saúde (PSF/UBT) onde foi selecionado:** \_\_\_\_\_

**Local da entrevista:** (1) Centro de saúde                      Outro, qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Momento da entrevista:** (1) Depois da consulta médica realizada no dia de seleção    (2) Antes da consulta médica realizada no dia de seleção    Outro, qual? \_\_\_\_\_

Copyright 2017 ©. Isabella Samico (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Brasil), M. Luisa Vázquez, Ingrid Vargas (Consorti de Salut i Social de Catalunya, España), Pierre de Paepe, Jean Pierre Unger (Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Bélgica), Amparo S. Mogollón-Pérez (Universidad del Rosario, Colombia), Pamela Eguiguren (Universidad de Chile, Chile), Angélica Ivonne Cisneros (Universidad Veracruzana, México), Delia Amarilla (Universidad Nacional de Rosario, Argentina) y Fernando Bertolotto (Universidad de la República, Uruguay). Proyecto de investigación “Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina. Equity-LA II. Health-2012-305197, EC-FP7 Work Programme: Cooperation, Health (SICA). Se autoriza la reproducción total o parcial de la obra, siempre que se cite expresamente a los autores y titulares de la obra.

**1. PROBLEMAS DE SAÚDE**

1. Que doenças, dores ou problemas de saúde você tem ou teve **nos últimos seis meses?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	_____ _____ _____
--	-------------------------

**7. PERCEPÇÃO DE CONTINUIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO**

*\*As perguntas a seguir são sobre a atenção que recebeu nos serviços de saúde do SUS, em Recife ou Caruaru, em geral para qualquer doença. NÃO RESPONDA para o atendimento particular ou plano de saúde.*  
*\*Responda as seguintes perguntas empregando: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca.*

	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
7.1. O médico do posto (USF/UBT) conhece o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que os especialistas lhe dão antes de você explicar?							
7.2. Os especialistas conhecem o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que o médico do posto (USF/UBT) lhe dá, antes de você explicar?							
7.3. O médico do posto (USF/UBT) lhe pergunta sobre a consulta que você realiza com os especialistas?							
7.4. O médico do posto (USF/UBT) está de acordo com o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que os especialistas lhe dão?							
	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
7.5. Os especialistas estão de acordo com o diagnóstico, o tratamento, e as recomendações que o médico do posto (USF/UBT) lhe dá?							
7.6. O médico do posto (USF/UBT) lhe encaminha ao especialista quando você necessita?	p. 7.7				p.7. 7	p.7. 7	p.7.7
7.6.1. Por que não encaminha sempre que você necessita?	_____						
7.7. Você acha que o médico do posto (USF/UBT) e os especialistas colaboram <u>entre eles</u> para resolver seus problemas de saúde?							
7.7.1. Por quê?	_____						
7.8. Quando o médico do posto lhe encaminha aos especialistas, você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?							
7.9. Após a consulta com o especialista, quando você solicita uma consulta com o médico do posto, você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?							
7.10. O fato de marcarem sua consulta com especialistas sem lhe perguntarem a <u>sua disponibilidade</u> , traz dificuldade para você comparecer à consulta?							

**10. DADOS DE MORBIDADE GERAL E SOCIODEMOGRÁFICOS**

<p><b>10.1. Como define sua saúde? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</b></p> <p>(1) Muito boa      (2) Boa                      (3) Regular              (4) Ruim                      (5) Muito ruim      (98) NS/ NR</p>	_____
---	-------

<b>10.2. Quando tem um problema de saúde, costuma ir ao mesmo Posto de saúde/Hospital/UPA?</b> (1) Sim (2) Não p.10.3 (98) NS / NR p.10.3	___
<b>10.2.1. Qual?</b>	___
<b>10.3. Anotar sexo</b> (1) Masculino (2) Feminino (98) NS / NR	___
<b>10.4. Data de nascimento</b> ___ / ___ / _____	
<b>10.5. País de nascimento:</b>	___
<b>10.6. Raça / etnia: LER OPÇÕES DE RESPOSTA</b> (1) Negro(a) (2) Branco(a) (3) Amarelo(a) (4) Pardo/Moreno(a) (5) Indígena Outro, qual? _____ (98) NS / NR	___
<b>10.7. Há quanto tempo você mora nesse bairro (DS III e VII em Recife) /nesta cidade (Caruaru)?</b> ANOTAR ANOS _____ (Se o usuário diz 11 meses ou menos anotar 0 anos) (998) NS/ NR	Anos ___
<b>10.8. Estado civil</b> (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União estável (4) Viúvo(a) (5) Divorciado(a) Outro, qual? _____ (98) NS / NR	___
<b>10.9. Último nível de estudos que cursou:</b> _____ (1) Nenhum (2) 1º ciclo Fundamental incompleto (1-5anos) (3) 1º ciclo Fundamental completo/2º ciclo incompleto (4) 2º ciclo Fundamental completo/ Nível médio incompleto (5) Nível médio completo (6) Técnico ou tecnológico Incompleto (7) Técnico ou tecnológico completo (8) Universitário incompleto (9) Universitário completo (10) Pós-graduado Outro, qual? _____ (98) NS/NR	___
<b>10.10. Você é o(a) chefe da família? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</b> (1) Sim p.10.12 (2) Sim, compartilhado com outra pessoa (3) Não (98) NS/NR	___
<b>10.11. Último nível de estudos que cursou o outro(a) chefe da família:</b> _____ (1) Nenhum (2) 1º ciclo Fundamental incompleto (1-5anos) (3) 1º ciclo Fundamental completo/2º ciclo incompleto (4) 2º ciclo Fundamental completo/ Nível médio incompleto (5) Nível médio completo (6) Técnico ou tecnológico Incompleto (7) Técnico ou tecnológico completo (8) Universitário incompleto (9) Universitário completo (10) Pós-graduado Outro, qual? _____ (98) NS/NR	___
<b>10.12. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você (pessoas que compartilham custos da alimentação e moradia)?</b>	___
<b>10.13. No último mês, quanto ganharam juntos, todas as pessoas da casa, aproximadamente?</b> (1) Sem renda (2) Até R\$468.50 (1/2 salário mínimo) (3) De R\$468.50 até R\$937,00 (>1/2-1 salário mínimo) (4) De R\$937,01 - R\$1.874,00 (>1-2 salários mínimos) (5) De R\$1.874,01 - R\$2.811,00 (>2-3 salários mínimos) (6) De R\$2.811,01 - R\$3.748,00 (>3-4 salários mínimos) (7) De R\$ 3.748,01 - R\$ 4.685,00 (>4-5 salários mínimos) (8) De R\$4.685,01 - R\$9.370,00 (>5-10 salários mínimos) (9) De R\$9.370,01 - R\$14.055,00(>10-15 salários mínimos) (10) Mais de R\$14.055,00 (>15 salários mínimos) (98) NS/NR	___



## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS: AVALIANDO UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE

**Pesquisador:** SOFIA GUERRA AVILA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34680620.7.0000.5208

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Médicas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.213.652

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação da aluna Sofia Guerra Ávila, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSC/UFPE, sob a orientação do Prof. Petrônio José de Lima Martelli e coorientação da Profª. Luciana Santos Dubeux. É uma pesquisa do tipo estudo de caso avaliativo, descritivo, de abordagem quantitativa, sendo um recorte da pesquisa “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II)”. Esta pesquisa utilizará os dados de inquéritos realizados em 2017, com 182 profissionais e 407 usuários da rede pública de saúde dos distritos sanitários III e VII do município de Recife. Os inquéritos verificaram a opinião dos participantes acerca da coordenação da assistência e a continuidade dos cuidados entre a APS e a AE. O presente estudo utilizará os dados coletados pela pesquisa anterior, que será disponibilizado à pesquisadora em formato digital, via endereço eletrônico, abrangendo os Distritos Sanitários III e VII, e será realizado no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2021, e coleta dos dados prevista entre os dias 1 e 10 de outubro. Serão incluídos nessa pesquisa os dados de 182 profissionais médicos e de 407 usuários, ambos da rede pública de saúde dos Distritos III e VII de Recife, que integram o banco de dados da pesquisa Equity-LA II. Serão excluídos desta pesquisa os dados: a) Dos profissionais médicos que não trabalhem nos serviços de saúde dos distritos III e VII da cidade do Recife; ou que

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.213.652

apresentem dados incompletos no banco de dados; b) Dos usuários que não foram consultados nos serviços de saúde dos distritos III e VII da cidade do Recife, ou que apresentem dados incompletos no banco de dados. Serão incluídas variáveis sócio demográficas, de morbidade, laborais, de continuidade e de coordenação da gestão clínica, apresentadas em sequência. Para este estudo, serão utilizadas as perguntas relativas às subseções 1 e 10 do instrumento COORDENA 2017, a qual versa especificamente sobre a visão dos profissionais sobre a articulação da gestão clínica entre níveis de atenção, bem como às subseções 2, 3, 7 e 10 do instrumento CCAENA 2017, que versam sobre a visão dos usuários acerca da continuidade da atenção entre níveis de atenção, aplicados em profissionais e usuários, respectivamente. O novo banco de dados constituído de variáveis de interesse, será tratado estatisticamente por meio de análise descritiva univariada, e posteriormente apresentadas em tabelas e gráficos

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral: Avaliar a coordenação e a continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais nos distritos sanitários III e VII da cidade do Recife, no ano de 2017.

Objetivos Específicos: •

1. Avaliar a coordenação da gestão clínica entre os níveis de atenção primário e secundário, sob a perspectiva dos profissionais da rede de saúde estudada;
2. Avaliar a continuidade da gestão clínica entre os níveis de atenção primário e secundário, sob a perspectiva dos usuários da rede de saúde estudada;
3. Avaliar as convergências e divergências relacionadas à coordenação e à continuidade da gestão clínica entre os níveis de atenção primário e secundário na rede de saúde estudada.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A pesquisadora considera como riscos a divulgação indevida de informações confidenciais, invasão da privacidade dos participantes, durante o acesso ao banco de dados e risco à segurança do banco de dados. E para redução destes riscos, a pesquisadora se compromete a manter o sigilo dos dados obtidos, assegurando a confidencialidade das informações que possibilitem a identificação dos participantes.

Benefícios: Espera-se contribuir para uma melhor compreensão da rede pública de saúde estudada, para o acesso e conhecimento dos usuários da rede e da sociedade em geral, além de facilitar com seus resultados a tomada de decisão dos gestores dos serviços de saúde, na direção da melhoria dos serviços ofertados. Também contribuir com estudos futuros acerca do mesmo

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.213.652

tema.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem delineada e adequada às normas de construção de um projeto de pesquisa no nível de pós graduação stricto sensu. Objetivos e Método concatenados de maneira a possibilitar o alcance dos resultados esperados. Considera-se uma pesquisa relevante para a localização de pontos críticos na rede de atenção pública à saúde, de forma que seus resultados possibilitarão um melhor planejamento para corrigir os pontos nevrálgicos e assim melhorar a assistência aos usuários destes serviços.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os documentos exigidos pela CONEP.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.213.652

o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1530643.pdf	10/08/2020 15:02:12		Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.docx	10/08/2020 15:01:40	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_modificado_agosto.doc	10/08/2020 14:59:43	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	06/07/2020 07:56:54	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	30/03/2020 09:57:08	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Outros	declaracao_vinculo.pdf	26/03/2020 12:44:13	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Outros	lattes_petronio_4.pdf	26/03/2020 12:41:50	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	26/03/2020 12:29:08	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_de_tcle.pdf	26/03/2020 12:28:45	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Outros	lattes_luciana.pdf	26/03/2020 11:47:06	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito
Outros	lattes_sofia.pdf	26/03/2020 11:44:39	SOFIA GUERRA AVILA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.213.652

RECIFE, 14 de Agosto de 2020

---

Assinado por:  
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

## ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DO IMIP

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

### CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Sofia Guerra Ávila**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa: **Coordenação e Continuidade da Gestão Clínica entre Níveis Assistenciais: avaliando uma rede de atenção da cidade do Recife**, que está sob a orientação do Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli e coorientação da Profª. Drª. Luciana Santos Dubeux, cujo objetivo é avaliar a coordenação da atenção e a continuidade do cuidado da gestão clínica entre níveis assistenciais nos Distritos Sanitários III e VII da cidade do Recife, no ano de 2017, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados da base de dados da Pesquisa Equity LA - II, para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 25 de março de 2020.

Isabella Chagas Samico  
Coordenadora do Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde  
GEAS/IMIP

Isabella Chagas Samico  
Coordenadora  
Grupo de Estudos em Gestão  
e Avaliação em Saúde  
GEAS / IMIP

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67  
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/84  
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento  
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista  
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550  
PABX: (081) 2122-4100  
Fax: (081) 2122-4722 Cx. Postal 1.393  
E-mail: [imip@imip.org.br](mailto:imip@imip.org.br)  
Home Page: <http://www.imip.org.br>

## ANEXO D – APROVAÇÃO DO ARTIGO 1

**Login:** [sofiaguerra](#)   [Português](#)   [English](#)   [Español](#)



# SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#)   [Autor](#)   [Consultor](#)   [Editor](#)   [Mensagens](#)   [Sair](#)

**CSP\_2629/21**

<b>Arquivos</b>	<a href="#">Versão 1</a> [ <a href="#">Resumo</a> ] <a href="#">Versão 2</a> [ <a href="#">Resumo</a> ]
<b>Seção</b>	Artigo
<b>Título</b>	Coordenação da Gestão Clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da Atenção Primária e Especializada na cidade do Recife, Brasil
<b>Título corrido</b>	Coordenação da Gestão Clínica: a perspectiva de médicos da APS e da AE
<b>Área de Concentração</b>	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
<b>Palavras-chave</b>	Redes Integradas de Saúde, Níveis de Atenção à Saúde, Coordenação Assistencial, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão Clínica
<b>Autores</b>	<a href="#">Sofia Guerra</a> (Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira) <a href="#">Petrônio José de Lima Martelli</a> (Universidade Federal de Pernambuco) <a href="#">Luciana Santos Dubeux</a> (Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira) <a href="#">Pedro Marques</a> (IMIP) <a href="#">Isabella Samico</a> (Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Diretoria de Pesquisas - Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde)

**DECISÕES EDITORIAIS:** [[Exibir histórico](#)]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	Indicado para Revisão	<a href="#">Decisão Editorial</a>	G, I	09 de Novembro de 2021
2	Aprovado	12 de Fevereiro de 2022. <i>Aguardar contato de CSP.</i>		07 de Fevereiro de 2022

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2022

**ANEXO E – SUBMISSÃO DO ARTIGO 2****CSP\_0471/22**

*Continuidade da atenção entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde*

**Histórico**

<b>Evento</b>	<b>Data</b>
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	14/03/2022
Artigo em avaliação pelo Conselho Editorial	15/03/2022
Artigo em avaliação pelos consultores ad hoc	24/03/2022

[Imprimir](#)