

Coordenação do cuidado na Atenção Primária: gravidez, câncer de colo uterino e de mama como marcadores

Pregnancy, cervical cancer and breast cancer as markers of primary care coordination (abstract: p. 17)

Coordinación del cuidado en la atención primaria: embarazo, cáncer de cuello uterino y de mama como marcadores (resumen: p. 17)

Cecilia Nogueira Rezende^(a)

<cecilia.nogueirar@gmail.com> 

Daisy Maria Xavier de Abreu^(b)

<daisy@nescon.medicina.ufmg.br> 

Érica Araújo Silva Lopes^(c)

<elopes@nescon.medicina.ufmg.br> 

Alaneir de Fátima Santos^(d)

<laines@uol.com.br> 

Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado^(e)

<thomaz@nescon.medicina.ufmg.br> 

^(a) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Avenida Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

^(b, c) Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina (FM), UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^(d, e) Departamento de Medicina Preventiva e Social, FM, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil.

O estudo buscou compreender a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde para casos de gestação, câncer de mama e de colo uterino. O atributo foi entendido como a responsabilidade que os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) têm em coordenar a atenção prestada aos usuários ao longo da rede de atenção, assumindo o acompanhamento continuado e a identificação de necessidades. De modo geral, foram identificadas ações de coordenação do cuidado mais bem estruturadas nas ações internas em nível primário, sobretudo aquelas de atenção às gestantes. Quando o trabalho de coordenação envolvia a rede, o destaque foi para a ausência da contrarreferência e para a informalidade nos processos de continuidade da atenção.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gestação. Neoplasia de mama. Neoplasia de colo de útero. Coordenação do cuidado.



Introdução

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), e reconhecido em estudos nacionais e internacionais como estratégico para reorganizar sistemas de saúde^{1,2}. O atributo contribui para o trabalho em rede, tornando o sistema mais eficiente do ponto de vista assistencial e econômico por meio de mecanismos de controle de informações^{1,3,4}. Para McDonald *et al.*⁵, a coordenação do cuidado pode ser definida como um esforço em estabelecer conexões entre os profissionais e entre eles e os usuários, com o objetivo de prestar um atendimento de qualidade conforme são mobilizados os recursos adequados às necessidades e preferências dos usuários.

Existem vários estudos que fornecem estratégias para a mensuração da coordenação dos cuidados em saúde. O Atlas de Coordenação dos Cuidados, desenvolvido por McDonald *et al.*⁵, é uma tentativa de mensurar ações de coordenação do cuidado na APS. Esse atlas é composto por domínios, apresentados no Quadro 1, que envolvem o trabalho interno da APS e a relação entre os níveis assistenciais⁵. Além disso, é por meio desse instrumento de monitoramento que a coordenação será examinada no presente estudo.

Quadro 1. Domínios do atributo coordenação do cuidado segundo o Atlas de Coordenação do Cuidado, 2014

Estabelecer ou negociar responsabilidades
Comunicar
Facilitar transições
Avaliar as necessidades e os objetivos
Criar um plano proativo de atendimento
Monitorar, acompanhar e responder às mudanças
Apoiar os objetivos de autocuidado
Utilizar recursos da comunidade
Alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população

Fonte: Adaptado de McDonald *et al.*⁵

Apesar da importância dos cuidados coordenados, os desafios para seu funcionamento pleno são múltiplos. Destaca-se a fragmentação das redes de atenção, que ainda precisam avançar em direção à integralidade dos sistemas de saúde²; à ausência de tecnologias da informação para registros unificados, bem como à precariedade no processo de comunicação entre os diferentes níveis assistenciais, que também representam barreiras para a coordenação do cuidado do usuário pelo profissional de APS^{6,7}; ademais, problemas estruturais, como a disposição de vagas para atendimento especializado, são empecilhos para a continuidade da assistência em tempo oportuno⁸.

Tais obstáculos se complicam nos casos de pacientes em tratamento prolongado, uma vez que, normalmente, eles utilizam serviços em todos os níveis de atenção, exigindo um maior esforço de coordenação. Esses são os casos dos cânceres de mama e de colo de útero⁹. Quando existe uma organização de registros, usuárias oncológicas são mais bem assistidas e menos submetidas a intervenções desnecessárias¹⁰. No mesmo sentido, a atenção coordenada às gestantes implica melhores desfechos para o binômio mãe/filho, na medida em que as necessidades de saúde são mais facilmente identificadas¹¹. Portanto, esses agravos podem revelar-se como fenômenos importantes para avaliar a coordenação do cuidado pela APS no âmbito da saúde da mulher.

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi o de compreender se as práticas de coordenação do cuidado na APS nos casos de gravidez, de cânceres de colo uterino e de mama atendem aos parâmetros contidos nos domínios definidos por McDonald *et al.*⁵.

Métodos

O presente estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado *Avaliação das Equipes de Atenção Básica de acordo com domínios do atributo coordenação do cuidado: estudo qualitativo com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ-AB 2º ciclo*³. A pesquisa foi construída por meio de uma abordagem qualitativa que buscou conhecer os processos práticos de coordenação do cuidado com relatos dos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF). A pesquisa qualitativa possibilita maior participação do indivíduo investigado, apropriação do processo e dos resultados obtidos, que estão associados às subjetividades, percepções e impressões de grupos e indivíduos¹².

O trabalho de campo ocorreu entre maio e julho de 2019 e foi realizado em todas as regiões geográficas brasileiras. Para o presente estudo foram selecionados, para análise, os resultados de duas regiões e três municípios brasileiros que compuseram a amostra do projeto geral. Foram consideradas uma capital e uma cidade do interior do Centro-Oeste, além de um município do interior do Norte. Esses municípios foram selecionados por guardarem entre si diferenças em relação ao porte municipal e à estrutura da APS (Quadros 2), podendo revelar, assim, semelhanças e diferenças para o trabalho de coordenação do cuidado pela APS.

Quadro 2. Municípios do estudo segundo estrutura populacional e de Atenção Primária à Saúde, 2019

Municípios	Nº estabelec. de APS*	Nº equipe de Saúde da Família	População estimada (2020)
Capital do Centro-Oeste	641	98	618.124
Município do interior do Centro-Oeste	33	22	53.259
Município do interior do Norte	07	05	10.420

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2019) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Portal Cidades (2020).

*Número de Estabelecimentos de APS.

Como uma forma de remontar o cotidiano do trabalho, foram organizados grupos de discussão (GD) nesses municípios. A ideia dessa técnica é reunir indivíduos que compartilham o mesmo contexto para debater assuntos de interesse comum. No caso, os participantes foram os membros das eSF dos municípios selecionados. Foram formados cinco grupos, sendo dois na capital, um na cidade de interior do Centro-Oeste e outros dois no interior do Norte. O convite para participação das equipes foi feito por contato telefônico com os coordenadores de APS dos municípios, sendo solicitado a esses profissionais que liberassem equipes pré-selecionadas para a realização dos grupos. O critério para a pré-seleção foi o nível de coordenação do cuidado das eSF de acordo com um indicador municipal elaborado por Abreu *et al.*¹³, que utilizou a nota final de certificação das eSF no PMAQ-AB 2º ciclo a fim de caracterizar e identificar a presença de padrões espaciais na distribuição das equipes.

O modelo inicial era montar dois GD por município, com profissionais de quatro equipes distintas, sendo duas avaliadas em alta coordenação e outras duas, em baixa coordenação. Contudo, no interior do Centro-Oeste não foi possível manter essa organização, pois o próprio município não conseguiu mobilizar as quatro equipes selecionadas, e o único grupo possível aconteceu com membros de três equipes. É importante pontuar que, ainda que o grupo tenha ocorrido de uma forma distinta do programado, o conteúdo da discussão não foi afetado.

De modo geral, os GD foram realizados com a participação de seis a dez profissionais de todos os segmentos das equipes multiprofissionais, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os GD tiveram uma duração média de 1h30 e foram conduzidos por pesquisadores especialistas em Saúde Pública. Para a condução, foi construído um roteiro semiestruturado com base nos domínios de coordenação do cuidado apresentados no Quadro 1, estabelecidos por McDonald *et al.*⁵

Os roteiros foram elaborados para que os participantes refletissem sobre situações práticas do trabalho. Primeiro, os casos eram explorados partindo de uma questão principal: “Quando chega uma usuária com suspeita de estar gestante (ou com câncer de colo de útero e de mama), o que vocês fazem?”. Em um segundo momento, com base na resposta dos participantes, eram investigadas as ações para se alcançarem os domínios listados no Quadro 1.

Por fim, as discussões dos grupos foram gravadas com consentimento dos participantes, que assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os áudios foram transcritos integralmente e analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁴. Após diversas leituras dos grupos, duas categorias finais prevaleceram: coordenação do cuidado dentro da APS e coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, registro n. 3.135.011. Todos os nomes de pessoas, municípios e Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram suprimidos em respeito às normativas éticas.

Resultados e discussão

Antes de partir para a apresentação dos resultados segundo as categorias analíticas, é necessário comentar sobre uma observação geral. Durante os GD, ainda que os pesquisadores explorassem as duas temáticas, os participantes do presente estudo relataram com mais profundidade experiências referentes ao cuidado com as gestantes quando comparado com o cuidado com mulheres com cânceres. Essa relação pode ser percebida, sobretudo, na categoria analítica coordenação do cuidado dentro da APS. Uma possível explicação para essa desproporcionalidade pode ser o reconhecimento por parte dos profissionais de que o pré-natal é uma atividade a ser desenvolvida prioritariamente na APS¹¹, ao passo que a assistência e o monitoramento de mulheres com cânceres de mama e de colo uterino não são percebidos como uma ação rotineira para as equipes de saúde na Atenção Básica, ainda que existam recomendações ministeriais afirmando o papel da APS para o cuidado dessas mulheres¹⁵.

Coordenação do cuidado dentro da APS

As ações de coordenação do cuidado que ocorrem na APS implicam a capacidade dos profissionais em assistir os usuários de acordo com suas necessidades, de forma organizada e com responsabilidade^{2,5}. No presente estudo, tais atividades incorporam alguns dos domínios definidos por McDonald *et al.*⁵.

Começando por estabelecer ou negociar responsabilidades, os profissionais reconheceram as que possuíam dentro do processo de cuidado à gestação, mostrando ciência das funções inerentes a cada cargo.

Então, assim, quando sai da minha sala, para ir para sala da doutora, a gente já está com todos aqueles protocolos realizados; já sai com o toque, o teste rápido... (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste).

Tem um papel nosso, de agente de saúde, que a gente vai, busca as informações, traz para enfermeira... (ACS – Capital do Centro-Oeste)

Pela leitura dos relatos acima, é perceptível o papel reconhecido da enfermagem na consulta de pré-natal. Esse achado está em consonância com normativas brasileiras¹⁶. O Ministério da Saúde estabelece que a Atenção Pré-Natal deve ocorrer preferencialmente na Atenção Primária, sendo os médicos e os enfermeiros os responsáveis pela assistência clínica e pela educação em saúde¹⁶.

Outra categoria profissional que teve destaque foi a de agente comunitário de saúde (ACS), cuja responsabilidade se refere aos trabalhos de busca ativa e visita domiciliar. A contribuição do ACS em conferir maior capilaridade aos sistemas de saúde é corroborada por diferentes estudos nacionais e internacionais de base local^{17,18}. Esse trabalhador possui saberes técnicos relacionados ao setor saúde e ao conhecimento local, o qual se refere a cultura, contextos e dinâmicas sociais próprias do território¹⁹.

Essa compreensão da realidade local e o mapeamento dos diferentes dispositivos sociais que podem agregar valor ao processo do cuidado estão presentes em outro importante domínio de coordenação do cuidado, a utilização de recursos da comunidade. O presente estudo permitiu identificar a escola e a universidade como parceiras na realização de atividades de educação e promoção de saúde.

Na perspectiva de Mendes e Donato²⁰, a definição de território vai além de limites geográficos, envolve a concepção de um ambiente dinâmico e complexo. Nesse sentido, as mudanças são constantes, coabitam estruturas de ordem social, política e comunitária. É nesses espaços que os sujeitos estabelecem relações uns com os outros, bem como com o meio social, formam opiniões e se posicionam perante a vida²¹. Portanto, conhecer o território e reconhecer suas possibilidades e limites podem potencializar o trabalho de educação em saúde na APS. A ideia é que o setor de saúde trabalhe em conjunto com outras áreas, para potencializar a promoção à saúde e a prevenção de doenças, atividades essas que são desenvolvidas principalmente nos serviços de Atenção Primária²².

O apoio ao autocuidado é outra função atribuída aos membros das equipes de Saúde da Família (eSF), podendo ser realizada em grupos ou de forma individual²³. Para as gestantes, os grupos operativos são espaços propícios para socialização, aprendizado e empoderamento feminino²³. Contudo, no presente estudo, apenas no interior do Norte foram identificadas rotinas de grupos envolvendo a população. Essas atividades eram voltadas tanto para gestantes quanto para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST):

A gente começa organizando uma palestra, uma dinâmica com ela e a gente vai falar de tudo, desde a importância do pré-natal, aleitamento materno... o acompanhamento que ela vai ter lá na maternidade, existe já a rede cegonha, ela favorece o parto humanizado... o retorno da consulta puerperal, o desenvolvimento... elas têm uma carga de orientação (Enfermeira – Interior do Norte).

A enfermeira deu uma palestra sobre aids e HIV... aí ela ensinou a mulher a usar o preservativo na prática. Então, essa questão da conscientização, tanto da coleta de preventivo quanto do uso... (Recepcionista – Interior do Norte)

A análise desses dois extratos permite uma reflexão sobre elementos importantes do ponto de vista da coordenação do cuidado e da assistência à mulher. No grupo destinado às gestantes, a enfermeira descreve orientações sobre o pré-natal, preparação para o parto e o puerpério, compreendendo, assim, todo o ciclo gestacional. Bittencourt *et al.*²⁴ analisaram fatores que contribuem para a continuidade do cuidado e, portanto, favoráveis à coordenação do cuidado às gestantes. Os autores avaliaram com um patamar parcial de adequação às orientações recebidas em cada uma das fases descritas. Segundo a Estratégia Rede Cegonha²⁵, o apoio e a disponibilidade de informações nessas diferentes etapas são fundamentais para uma atenção integral ao binômio mãe e filho.

Já no grupo destinado à prevenção de DST, dois pontos cruciais para a prevenção são mencionados: a utilização correta de preservativos e a realização do exame Papanicolau. O exame preventivo possibilita o rastreamento do Papilomavírus Humano (HPV), vírus associado ao câncer de colo uterino. Contudo, no Brasil, embora o quantitativo de testes realizados seja suficiente para cobrir toda a população feminina na faixa etária indicada, observa-se que mais da metade dos testes são repetições desnecessárias²⁶. Portanto, informações sobre o uso de preservativos e a realização do exame Papanicolau ainda são essenciais para incentivar a adesão ao autocuidado, contribuindo para a prevenção e o rastreamento do câncer de colo uterino.

O município do Norte mostrou uma maior adequação no que se refere ao apoio ao autocuidado, explorando o recurso dos grupos operativos. Todavia, em outros municípios do Centro-Oeste, atividades grupais não estavam acontecendo. Os principais empecilhos apontados foram a adesão da população e a falta de materiais e recursos humanos para a condução das dinâmicas. O quadro reduzido de funcionários e a indisponibilidade de recursos materiais podem ser justificados pela ausência de planejamento financeiro para o custeio de atividades desse tipo em nível de gestão²⁷.

Quanto ao câncer de mama, não foram mencionadas atividades preventivas, embora o rastreamento tenha sido identificado, ainda que pouco estruturado:

Eu sempre digo “olha gente, vocês fiquem de olho naquelas mulheres de 40 e poucos anos, perguntem a ela se ela fez mamografia, se não fizeram, vocês me avisam”. (Enfermeira – interior do Norte)

Os benefícios de uma rotina adequada de mamografias não é um consenso na literatura²⁸. Contudo, essa prática ainda é reconhecida pela OMS e pela diretriz brasileira para a detecção precoce do câncer de mama²⁹. Segundo esse documento, a faixa etária recomendada para realização do exame é de cinquenta a 69 anos, fora dessa faixa os riscos e incertezas podem aumentar²⁹.

Por fim, os últimos domínios de coordenação do cuidado identificados na rotina da APS foram analisados de forma interligada. São eles: avaliar as necessidades e objetivos, acompanhar e responder às mudanças e criar um plano proativo de atendimento. Esse último é um documento criado de forma conjunta entre equipe da saúde, paciente e familiares, sendo definidos objetivos a curto e a longo prazo. Quando o plano é estabelecido,

é possível identificar possíveis lacunas de coordenação e planejar alterações⁵. No presente estudo, ainda que a construção de planos formais não tenha emergido nos grupos, o planejamento e o acompanhamento puderam ser percebidos por meio da marcação antecipada de consultas e do contato constante com as gestantes:

Assim as gestantes, por exemplo, como é protocolo, a primeira consulta já agenda para enfermeira. Atendemos, fazemos a primeira conduta que é a solicitação de exames, teste rápido, ultrassom, suplemento de ferro. Fazemos toda uma conduta do pré-natal. Aí essa consulta já sai com a próxima consulta agendada para o próximo mês. (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

Os profissionais demonstraram conhecer normativas estabelecidas no Caderno de Atenção Básica, número 32¹⁶, sendo frequente a rotina de solicitação de exames e acompanhamento na APS observada em todos os grupos. Conhecer protocolos é um ponto de partida importante para a coordenação do cuidado, pois diretrizes bem definidas são eficazes para diminuir a incidência de erros no seguimento da atenção³⁰. Aliado ao conhecimento teórico, o acesso dos usuários aos serviços de saúde é condição para um cuidado continuado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), continuidade e coordenação do cuidado são conceitos interligados e, à medida que o usuário consegue acessar os serviços de saúde em tempo oportuno, a capacidade de coordenar seu percurso aumenta³¹.

No que diz respeito aos cânceres, o acompanhamento pela APS teve um caráter ocasional. Os profissionais não reconheceram como papel da Atenção Básica monitorar pacientes em tratamento oncológico. Na visão deles, essa responsabilidade era do serviço especializado. O que predominou foi o não reconhecimento da responsabilidade formal que a eSF tem em acompanhar e monitorar as necessidades das usuárias com câncer. Esse achado vai em desconformidade a um estudo sobre a coordenação dos cuidados de pacientes oncológicos, em que foi destacado o papel do profissional de Atenção Básica em apoiar, encaminhar e informar os usuários em relação às neoplasias³².

Desse modo, as ações dos profissionais das eSF foram mais adequadas aos domínios de coordenação do cuidado quando voltadas para a atenção à gestação. Para os cânceres de mama e de colo de útero, o apoio ao autocuidado foi identificado apenas no município do interior da região Norte.

Coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção

A APS possui um papel estratégico para os sistemas de saúde universais. Como porta de entrada preferencial para a rede de atenção, o nível primário deve ser resolutivo para a maior parte dos problemas de saúde da população, bem como ser capaz de estabelecer fluxos e encaminhamentos de acordo com as necessidades dos usuários^{33,34}. Essa transferência para outros níveis assistenciais requer meios de interação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Pelo presente estudo, dois domínios principais destacaram-se na relação entre APS e RAS: facilitar transições e comunicar⁵.

O Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) foi identificado como principal meio para a marcação de consultas especializadas e a realização de exames. Contudo, algumas diferenças importantes marcaram os casos de gestação de alto risco e de cânceres de mama e colo de útero. De modo geral, os profissionais têm as definições claras sobre a classificação de alto risco gestacional. No entanto, na capital analisada há a falta de estabelecimento dos fluxos de gestão entre eSF e profissionais dos outros níveis de atenção:

Não tem protocolo, inclusive, os protocolos de atendimento nas unidades básicas é uma cobrança já antiga. Eu já estou há 10 anos, 11 anos na rede e desde que entrei que a gente cobra os protocolos de atendimentos de todos os fluxos na Atenção Básica... (Enfermeira – Capital)

A construção de normativas compreendendo diferentes atores responsáveis pelo cuidado contribuiu para a melhor adesão dos profissionais envolvidos. Por outro lado, a fragilidade ou a inexistência de fluxos, compromete a coordenação do cuidado nas RAS². Nesse sentido, a capacidade de coordenação pela APS depende da contrapartida de gestores e profissionais de outros níveis de atenção³⁵. Embora o Sisreg tenha se destacado, predominaram os desafios para a continuidade da atenção nos municípios:

Às vezes demora, já aconteceu caso de encaminhar paciente pra lá e ela voltar pra cá, porque não conseguiu atendimento lá. (Enfermeiro – Interior Norte)

Quando encaminhamos para o alto risco, às vezes você precisa ligar lá e conversar, porque se você colocar no Sisreg é quando sai a vaga?! (Médica – Capital)

A estratégia é essa paciente vir mais vezes, em vez de vir mensal, vem 15 dias, semanal, para poder acompanhar até sair uma vaga lá para alto risco. Por exemplo, gestante com diabetes fica vindo na unidade, fazendo controle de glicemia, adéqua a dieta, atividade física. E as vezes quando chega lá, já não precisa mais, foi resolvido aqui. (Enfermeira – Capital)

Diante da dificuldade em conseguir o atendimento especializado em tempo oportuno, os profissionais mencionaram alternativas como os contatos interpessoais e o acompanhamento mais frequente na APS. Esse fluxo alternativo de atendimento desafia a racionalidade do sistema de saúde³⁶. Isso decorre de se desconsiderar a regulação, ou seja, as decisões acabam sendo tomadas por meio de contatos pessoais, ligações telefônicas ou contatos por WhatsApp³⁷. Entretanto, mesmo não sendo a situação ideal, essas práticas evidenciam o compromisso dos profissionais em assistir as gestantes, de modo que elas não tenham o cuidado interrompido³⁸.

No que diz respeito aos casos de cânceres de colo uterino e de mama, não foram mencionados gargalos para encaminhamento no Sisreg:

A palavrinha mágica câncer abre as portas, até para seguimento de pós-câncer.
Por exemplo, pedido de exame. (Médica – Capital)

O registro da médica exposto acima sintetiza os achados nos municípios estudados. Predominou uma percepção de facilidade no encaminhamento dos casos de câncer para serviços especializados, o que pode ser explicado por avanços na assistência e na legislação de saúde. A Lei n. 12.732, de 2012³⁹, determina que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até sessenta dias contados a partir do dia em que for feito o diagnóstico.

Após o encaminhamento para a atenção secundária, o papel dos profissionais de APS é o de estabelecer comunicação com os especialistas para troca de dados clínicos e discussão de casos⁵. Nesse sentido, mecanismos de referência e contrarreferência destacaram-se. A contrarreferência formal mostrou-se como de ocorrência pouco frequente, quase inexistente:

Na verdade, essa ficha tem o lugar que a gente encaminha e teria a contrarreferência, mas eu nunca recebi... (Médica – Capital do Centro-Oeste)

Esse resultado é corroborado por outros autores brasileiros⁴⁰⁻⁴². Fausto *et al.*⁴², em estudo na Atenção Básica, identificaram como unidirecional o processo de comunicação na rede de saúde. Os profissionais da eSF afirmaram preencher as informações referentes ao motivo do encaminhamento, mas revelaram não receber retorno do serviço especializado. Mendes e Almeida⁴³ exploraram essa mesma relação, mas do ponto de vista dos médicos especialistas. O estudo indica que a referência e a contrarreferência eram amplamente conhecidas; entretanto, pouco utilizadas⁴³.

Portanto, diante da realidade de baixa integração entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, o relato das próprias usuárias sobre a consulta especializada predominou como forma de obtenção de informações. Essa situação foi percebida tanto para os casos de câncer, quanto para gestação de alto risco:

O *feedback* que a gente tem geralmente é da paciente, da paciente com a equipe, o *feedback* é só interpessoal mesmo. (Médico – Interior do Centro-Oeste)

Um ponto positivo é que a gente fica sabendo sobre essa contrarreferência é através da visita domiciliar, quando a gente vai fazer a visita na casa, os pacientes relatam pra gente como foi o encaminhamento, o que o médico de lá pediu, se pediu para voltar, qual que foi os procedimentos que foram tomados, através da visita domiciliar. (ACS – Capital do Centro-Oeste)

Esses achados estão em consonância com os de outros estudiosos, que notaram um fluxo de informações sob responsabilidade das pacientes que passavam por diferentes serviços⁴⁴. A comunicação direta entre profissionais de APS e os médicos especialistas

é considerada frágil, sobretudo em função dos canais pouco efetivos para troca de informações sobre pacientes^{2,7}. Para além das estruturas tecnológicas, Mendes *et al.*⁸ observaram uma relação de pouca colaboração entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, prevalecendo, assim, a pouca disponibilidade para diálogos.

Quanto ao registro das informações, o prontuário eletrônico estava presente em todas as unidades de saúde estudadas, representando um passo importante para implementação de tecnologias da informação no SUS. Entretanto, não foi observada uma utilização unificada do prontuário em todos os níveis de atenção. Contudo, os profissionais apresentaram uma expectativa positiva em relação à expansão do prontuário para todos os serviços de saúde, possibilitando a integração da rede de atenção:

Acho que o objetivo, lá na frente, o e-SUS é unificar inteiro todo o sistema do SUS, ele ficar o e-SUS unificado, então o paciente que foi atendido na UPA, ou na cardiologia, tudo vai ser anotado e aí nós teríamos acesso a essas informações. (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

No que diz respeito ao domínio alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população, McDonald *et al.*⁵ definem a responsabilidade de o profissional reunir as principais demandas de saúde de uma população definida para alocar recursos a fim de contemplá-las. No Brasil, esse trabalho parte do diagnóstico local realizado por equipes de Atenção Básica e depende da interação entre gestores municipais e estaduais, bem como das instâncias regionais. No âmbito regional, destaca-se a Programação Pactuada Integrada (PPI), um processo de planejamento entre municípios vizinhos para otimizar o acesso e a utilização dos serviços de saúde de maior complexidade²⁷. Contudo, no presente estudo, apenas em um dos municípios os profissionais mencionaram realizar o levantamento das necessidades da população com a Secretaria Municipal de Saúde para a realização da PPI.

Desse modo, as ações de coordenação do cuidado, que envolvem a APS e os outros níveis de atenção, apresentaram falhas significativas. Destaca-se a falta de comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais, as barreiras de acesso aos serviços especializados e as fragilidades nos processos de gestão. Esse resultado certifica a necessidade de uma contrapartida do sistema organizado para que o nível primário consolide o seu papel de coordenação do cuidado².

Considerações finais

No presente estudo, a coordenação do cuidado, entendida por McDonald *et al.*⁵, foi mais adequada nos processos internos à APS, sobretudo para assistência às gestantes. De modo geral, os profissionais se responsabilizaram pelo monitoramento, pelo apoio e pelo levantamento das necessidades de mulheres durante o pré-natal e o pós-parto. Entretanto, o acompanhamento frequente por parte desses mesmos profissionais de APS para coordenação do cuidado de pacientes com câncer de mama ou de colo de útero não foi observado, evidenciando, assim, a necessidade de reafirmar o papel das eSF perante casos de neoplasias. Ainda que existam normativas nesse sentido, a falta de reconhecimento pelos participantes pode ser um indicativo do desconhecimento da política.



Quando as atividades envolviam os outros níveis de atenção, a coordenação do cuidado foi considerada inadequada. Ainda que todos os municípios utilizassem o Sisreg, as barreiras de acesso no caso das gestantes abriram espaço para estratégias informais para a continuidade da atenção. No mesmo sentido, as falhas de comunicação entre os níveis levaram os profissionais a criar mecanismos próprios para obtenção de informações. Nesse sentido, o ACS teve destaque como facilitador para a obtenção de contrarreferência do serviço especializado. Embora essas ações contribuam para a continuidade do cuidado, elas são de caráter circunstancial, tornando-se pouco efetivas para a coordenação do cuidado, uma vez que não estão estabelecidas em protocolos e fluxos. O desafio, portanto, é o de avançar na formalização dos processos, envolvendo a APS e os outros níveis de atenção.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Ministério da Saúde e Capes.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Aylene Emilia Moraes Bousquat

Submetido em

22/02/22

Aprovado em

27/04/22



Referências

1. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD Health Working Papers; 2007. n. 30, p. 1-85. Doi: <https://doi.org/10.1787/246446201766>.
2. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018; 42(esp 1):244-60. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
3. Santos AF, Abreu DMX, Lopes ÉAS, Cruz MJB, Macieira C, Francisco LCC, et al. Disruptura no cuidado dos pacientes: a fragilidade da efetivação das atividades de coordenação na atenção primária no Brasil. In: Akerman M, Sanine PR, Caccia-Bava MCG, Marim FA, Louvison M, Hirooka LB, et al. organizadores. *Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 63-87.
4. Craig C, Eby D, Whittington J. Care coordination model: better care at lower cost for people with multiple health and social needs [Internet]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2011 [citado 17 Jun 2021]. Disponível em: https://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/6_ihi_care_coordinator_white_paper.pdf. (Innovation Series 2011)
5. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care coordination measures atlas: updated june 2014 [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ; 2014 [citado 17 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas.html>
6. Reeves E, Schweighoffer R, Liebig B. An investigation of the challenges to coordination at the interface of primary and specialized palliative care services in Switzerland: a qualitative interview study. *J Int Care*. 2020; 35(1):21-7. Doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1724085>.
7. Araujo 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. *Cienc Saude Colet*. 2021; 26(8):3359-70. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>.
8. 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 Saude Publica*. 2021; 37(5):e00149520. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>.
9. Mollica MA, Buckenmaier SS, Halpern MT, McNeel TS, Weaver SJ, Doose M, et al. Perceptions of care coordination among older adult cancer survivors: a SEER-CAHPS study. *J Geriatr Oncol*. 2020; 12(3):446-52. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.09.003>.
10. Houdt S, Sermeus W, Vanhaecht K, De Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. *BMC Fam Pract*. 2014; 15:1-11. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0177-6>.
11. Cruz MJB, Santos AF, Araújo LHB, Andrade EIG. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(11):e00004019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004019>.
12. Günther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicol Teor Pesqui*. 2006; 22(2):201-209. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>.



13. Abreu DMX, Pinheiro PC, Queiroz BL, Lopes EAS, Machado ATGM, Lima AMLD, et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2018; 42(spe 1):67-80. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S105>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 13).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
17. Jack HE, Arabadjis SD, Sun L, Sullivan EE, Phillips RS. Impact of community health workers on use of healthcare services in the United States: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2017; 32(3):325-44. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3922-9>.
18. Shet AS, Zwarenstein M, Rao A, Jebaraj P, Arumugam K, Atkins S, et al. Effect of a community health worker-delivered parental education and counseling intervention on anemia cure rates in rural indian children: a pragmatic cluster randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2019; 173(9):826-34. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2087>.
19. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15 Suppl 1:1509-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>.
20. Mendes R, Donato AF. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Rev Polit Publicas*. 2003; 4(1):39-42.
21. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saude*. 2010; 8(3):387-406. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
22. Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(2):335-42. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.
23. Alves FLC, Castro EM, Souza FKR, Lira MCPS, Rodrigues FLS, Pereira LP. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2019; 40:1-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>.
24. Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:100. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* [Internet]. 27 Jun 2011 [citado 17 Jun 2021]; Sec. 1, p. 109-11. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/27934478/pg-109-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-27-06-2011>
26. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part I. general prenatal care and counseling issues. *Am Fam Physician* [Internet]. 2005 [citado 17 Jun 2021]; 71(7):1307-16. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2005/0401/p1307.html>



27. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):641-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300016>.
28. Tesser CD, Norman AH, Gervas J. Applying the precautionary principle to breast cancer screening: implications to public health. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(7):e00048319. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048319>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 17 Jun 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>
30. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(2):373-98. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>.
31. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 17 Jun 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>
32. Walsh J, Young JM, Harrison JD, Butow PN, Solomon MJ, Maysa L, et al. What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *Eur J Cancer Care*. 2011; 20(2):220-7. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01187.x>.
33. Tasca R, Ventura ILS, Borges V, Leles FAG, Gomes RM, Ribas AN, et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24(6):2021-30. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08672019>.
34. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2a ed. Brasília: OPAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011 [citado 17 Jun 2021]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
35. Bandeira FJS, Campos ACV, Gonçalves LHT. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. *Enferm Foco*. 2019; 10(2):24-9. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1988>.
36. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1791-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
37. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo SA, Ribeiro ECO, Silva JRL. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018; 30(3):347-57. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180053>.
38. Aquino PT, Souto BGA. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(4):568-76. Doi: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150124>.
39. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 23 Nov 2012; Sec. 1, p. 1.



40. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):24-31. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>.
41. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica.* 2018; 34(8):1-14. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.
42. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate.* 2014; 38(esp):13-33. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.
43. Mendes LS, Almeida PF. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Rev Saude Publica.* 2020; 54:1-14. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002475>.
44. Almeida MMM, Almeida PF, Melo EA. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2020; 24 Suppl 1:e190609. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>.



The aim of this study was to understand the coordination of primary health care for pregnant women and breast and cervical cancer patients. The attribute was understood as the responsibility family health care workers have for coordinating care delivery, including continuous follow-up and the identification of patient needs. Overall, the findings show that care coordination was better structured at internal primary care level, particularly pregnancy care. When coordination involved the care network, the findings highlight lack of counter-referral and informal processes for the continuity of care.

Keywords: Primary health care. Pregnancy. Breast cancer. Cervical cancer. Care coordination.

El objetivo del estudio fue entender la coordinación del cuidado por parte de la Atención Primaria de la Salud para casos de gestación, cáncer de mama y de cuello uterino. El atributo fue entendido como la responsabilidad que los profesionales de los equipos de salud de la familia tienen para coordinar la atención prestada a los usuarios en la red de atención, asumiendo el acompañamiento continuado y la identificación de necesidades. Por lo general, se identificaron acciones de coordinación del cuidado mejor estructuradas en las acciones internas en el nivel primario, principalmente para aquellas de atención a las gestantes. Cuando el trabajo de coordinación envolvía la red, el destaque fue para la ausencia de la contrarreferencia y para la informalidad en los procesos para la continuidad de la atención.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Gestación. Neoplasia de mama. Neoplasia de cuello uterino. Coordinación del cuidado.