

Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro

Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil

Italo Ricardo Santos Aleluia ¹
Maria Guadalupe Medina ¹
Patty Fidelis de Almeida ²
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas ¹

Abstract *International and Brazilian studies have highlighted the importance of the coordination of care for the organization of local health systems. This study aimed to analyze the coordination of care by Primary Health Care (PHC) in a municipal health system in the State of Bahia. This study was conducted in the lead municipality of the macro-region and involved two levels of analysis: PHC team and municipal management. Outlining conditions for the study were defined (hypertension and diabetes mellitus) and an objective image corresponding to the coordination of care was developed based on current national and international literature review. Semi-structured interviews with professionals, managers of PHC services were conducted and current documentary sources were also used. It was demonstrated that the coordination of care has not been met by municipal systems, where only 14 of the 22 proposed criteria have been met. The main difficulties and reasons were: a lack of health care protocols and the non-implementation of computer systems and telecommunication technologies. The results and the conceptual framework to assess the coordination of care are relevant contributions to this study, which can be applied to other contexts with similar characteristics.*

Key words *Health evaluation, Primary health care, Coordination of care, Non-communicable chronic disease*

Resumo *Estudos internacionais e nacionais têm destacado a importância da coordenação do cuidado para a organização de sistemas locais de saúde. Este estudo avaliou a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) em um sistema local de saúde do Estado da Bahia. Trata-se de um estudo de caso em município sede de macrorregião, com dois níveis de análise: equipe e gestão municipal. Adotou-se condições traçadoras (hipertensão arterial e diabetes mellitus) e elaborou-se uma imagem-objetivo correspondente à coordenação do cuidado, a partir da revisão atualizada da literatura nacional e internacional. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores da APS e utilizadas outras fontes documentais. Evidenciou-se que a coordenação do cuidado não tem sido alcançada no município, onde apenas 14 dos 22 critérios propostos foram atendidos, destacando-se como principais dificuldades a ausência de protocolos assistenciais, de sistemas informatizados e de outras tecnologias de informação e comunicação. As evidências e a operacionalização conceitual de um modelo para avaliar a coordenação do cuidado são contribuições relevantes deste estudo, que podem ser aplicadas a outros contextos com características similares.*

Palavras-chave *Avaliação em saúde, Atenção Primária à Saúde, Coordenação do cuidado, Doenças crônicas não transmissíveis*

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. italoaleluia@yahoo.com.br

² Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

Introdução

A elevada prevalência das condições crônicas no Brasil tem exigido transformações na organização dos serviços de saúde de modo a promover melhorias em sua integração^{1,2}. O aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem sido um importante desafio para sistemas de saúde, tendo em vista que sua ocorrência vem crescendo de modo significativo, sobretudo em países em desenvolvimento³⁻⁵.

A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada internacionalmente como atributo fundamental na organização de sistemas de saúde, para prover melhorias na prestação do cuidado em termos de acesso, qualidade e continuidade da atenção, seja integrando serviços e ações entre diferentes níveis, seja no interior de um mesmo nível do sistema de saúde¹⁻⁶.

Estudos internacionais evidenciaram que as ações de coordenação do cuidado possibilitam melhorias na continuidade e na integralidade da atenção, na medida em que reduzem barreiras de acesso aos distintos serviços de saúde³⁻⁸. Nesta investigação, a coordenação do cuidado foi definida como um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos. A falta de coordenação pode contribuir para erros de diagnóstico e de tratamento, aumentando os custos para o sistema e a utilização indevida de recursos, para o aumento das filas de espera, duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações desnecessárias^{1,7}.

No âmbito da atenção primária à saúde (APS), pressupõe-se que o cuidado às condições crônicas deva ser orientado por práticas de coordenação, com vistas a integrar os níveis assistenciais e facilitar o ordenamento de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações^{4,6,9-11}. No entanto, a literatura destaca a magnitude de problemas relacionados à incipiente coordenação do cuidado no âmbito da APS, evidenciados pelas fragilidades no ordenamento e na definição de fluxos assistenciais para atenção hospitalar, de urgência e ambulatorial especializada^{4,6,8}.

Os movimentos de reforma nos sistemas de saúde dos últimos 20 anos têm apontado a neces-

sidade da APS se constituir como ordenadora do sistema de saúde. Entretanto, na América Latina, reformas centradas na coordenação do cuidado ainda são incipientes, o que pode justificar o número limitado de estudos que tratam deste tema na região¹.

No Brasil, propostas a favor da coordenação ganharam força no final da década de 1990, quando se formulou uma política com abrangência nacional, na qual a APS deveria ser a base da reorganização do modelo de atenção à saúde^{1,12}. Contudo, o modelo de atenção calcado na fragmentação entre os serviços se configura como uma realidade persistente, caracterizada pela atenção desarticulada, com deficiências comunicacionais entre os serviços, justificando iniciativas para o desenvolvimento de ações de coordenação que facilitem a integração assistencial^{13,14}.

Diversas pesquisas em municípios brasileiros demonstraram problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema e sua capacidade de ofertar uma atenção integral e coordenada. São frágeis os mecanismos de referência e contrarreferência, há desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades para registro de dados clínicos, provocando barreiras de acesso aos serviços especializados^{1,12,13}. Nessas circunstâncias, apesar de se atribuir à APS a função de coordenadora do cuidado na rede de atenção, isto permanece como um desafio para as equipes^{1,14,15}.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a coordenação do cuidado no âmbito da APS em um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia de modo a identificar as principais dificuldades das equipes de atenção básica para cumprir essa função.

Métodos

Trata-se de um estudo avaliativo que adotou como estratégia metodológica o estudo de caso único com dois níveis de análise: equipe e gestão municipal. Para avaliar a coordenação do cuidado foram definidas como condições traçadoras a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, considerando sua alta prevalência, amplo conhecimento epidemiológico, existência de consensos sobre a atenção profissional e o longo tempo de inserção na agenda das políticas nacionais de prevenção, tratamento e controle, implementadas no âmbito da APS.

A opção metodológica pelo estudo de caso no âmbito municipal é justificada em função das ações de coordenação do cuidado apresentarem

relação direta com o nível local da prestação do cuidado, o que permite aprofundar fatores contextuais, determinantes à sua boa ou má operacionalização.

Foi elaborada uma imagem-objetivo correspondente à coordenação do cuidado a partir de revisão atualizada da literatura científica nacional e internacional, além da consulta a documentos oficiais que normatizam a atenção às condições traçadoras. Essa imagem objetivo foi adotada como referência para análise dos dados (Figura 1) e está descrita em detalhe em outro documento¹⁶.

Características do caso

O caso desta pesquisa foi selecionado intencionalmente por corresponder a um sistema

municipal que integra a primeira experiência de rede de atenção interestadual do Brasil. É uma referência macrorregional da Região Nordeste da Bahia, com população estimada em cerca de 200 mil habitantes, localizado a 500 km da capital, com extensão territorial de 6.500 km², densidade populacional de 34,45 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,71¹⁷.

Para analisar a coordenação do cuidado foram selecionadas duas equipes de Saúde da Família com diferentes resultados de desempenho (equipe A, “exitosa”, e equipe B, “não exitosa”). Essa seleção correspondeu à análise, pelos autores, do banco de dados do primeiro ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMA-Q-AB). Analisou-se especificamente os critérios

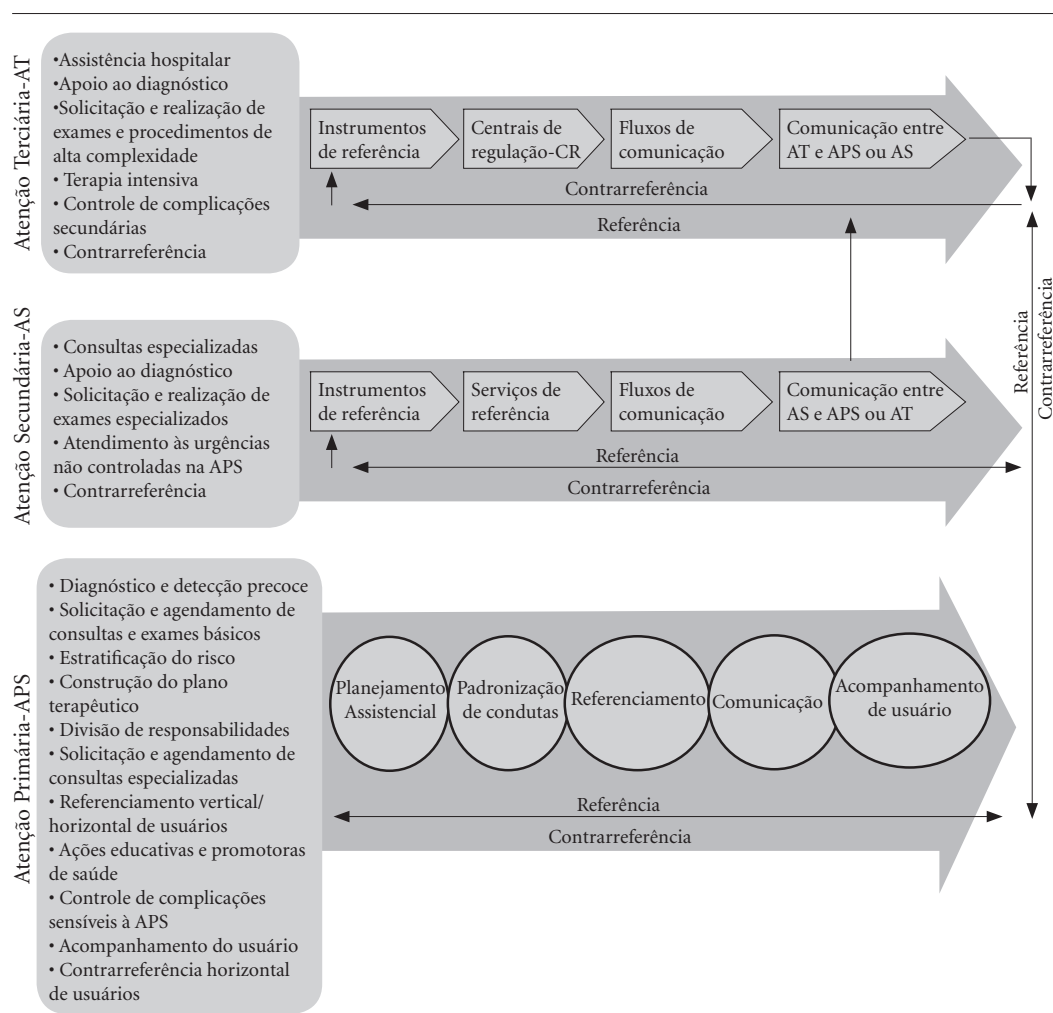


Figura 1. Imagem-objetivo da coordenação do cuidado de usuários hipertensos e diabéticos.

relativos à coordenação do cuidado do módulo II (profissionais de saúde), a partir de uma conferência quantitativa do total de critérios cumpridos e não cumpridos entre as equipes que aderiram ao programa, a fim de classificar aquelas com maior e menor desempenho nas ações de coordenação do cuidado. Essa análise foi realizada a partir de uma matriz construída pelos autores, a qual continha critérios a serem analisados no banco do PMAQ-AB. Por fim, a classificação final das equipes foi validada com a gestão municipal para escolha daquelas que seriam objeto da investigação em profundidade, no campo.

A produção dos dados no campo ocorreu em outubro de 2013 e teve como fontes de evidência, documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), entrevistas semiestruturadas com gestores da APS, profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e informações do diário de campo do pesquisador.

Foram entrevistados dois apoiadores de distrito sanitário e o diretor de Atenção Básica como representantes da gestão municipal. Para a entrevista com os profissionais foram pré-selecionadas oito equipes com base no desempenho do primeiro ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB e, em seguida, a seleção foi refinada para a escolha de duas equipes (“exitosa” e não “exitosa”), uma localizada próxima à zona urbana (equipe A) e outra na periferia da cidade (equipe B). Após seleção das EqSF, foram entrevistados o médico e o enfermeiro por serem os profissionais mais diretamente envolvidos nas atividades de coordenação do cuidado.

Foram construídos roteiros semiestruturados para a coleta de informações dos documentos e de fontes primárias. A análise dos resultados foi construída mediante o cotejamento dos achados com a imagem-objetivo elaborada pelos autores, de modo a identificar a presença de critérios da coordenação do cuidado nas equipes investigadas.

As categorias de análise integrantes da imagem-objetivo orientaram a apresentação dos resultados, a saber: planejamento da assistência individual; padronização de condutas; referenciamento; comunicação e acompanhamento dos usuários.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e aprovada. A gestão municipal autorizou sua realização mediante assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Havia 54 EqSF implantadas, com estimativa de cobertura populacional de 93% da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município pesquisado em outubro de 2013. A atenção às urgências e emergências do município dispunha de uma unidade de suporte avançado, duas unidades de suporte básico e uma central de regulação. A atenção ambulatorial especializada era composta por dois serviços de referência em cardiologia, um serviço de endocrinologia, 14 laboratórios de análises clínicas, um serviço de reabilitação e 25 de diagnóstico por imagem. A rede hospitalar, por cinco hospitais de referência, segundo as diversas especialidades¹⁶. No período da avaliação externa do PMAQ-AB (ciclo 1 - 2012), 45 equipes de atenção básica (78%) haviam aderido ao programa.

Quanto às características políticas, o município encontrava-se em gestão plena do sistema municipal, com continuidade administrativa político-partidária e manutenção da gestão da SMS desde 2009.

Em 2011, o perfil de mortalidade caracterizava-se pelo predomínio de causas mal definidas; seguidas por causas externas e por doenças do aparelho circulatório, respectivamente. Em 2013, a gravidez, o parto e o puerpério; as doenças do aparelho circulatório e as do aparelho digestório¹⁸ foram as principais causas de internação hospitalar no SUS. Ainda neste ano, estavam cadastrados nas Unidades de Saúde da Família 98 usuários hipertensos, cinco diabéticos e 19 hipertensos e diabéticos.

O desempenho de duas EqSF no que se refere ao alcance da coordenação do cuidado foi comparado com a imagem objetivo proposta. Pôde-se evidenciar que o atributo da coordenação do cuidado não tem sido operacionalizado adequadamente pelas equipes investigadas, tendo em vista que 14 dos 22 critérios analisados não foram cumpridos; quatro o foram parcialmente; e apenas quatro foram plenamente por ambas (Tabela 1).

No que concerne ao planejamento da assistência ao usuário hipertenso e diabético, a principal diferença entre as equipes esteve relacionada à inexistência da construção de planos terapêuticos compartilhados, em uma delas. Ambas não possuíam critérios ou instrumentos para estratificar riscos e definir com mais segurança os fluxos e os pacientes prioritários, tanto para o agendamento de consultas na própria unidade quanto para o encaminhamento para cardiologistas e endocrinologistas.

Tabela 1. Análise comparativa da coordenação do cuidado entre duas equipes de Saúde da Família no município caso, 2014.

Categories e critérios correspondentes	Equipe A	Equipe B
I Planejamento da assistência individual	-	++
1. Construção de planos terapêuticos individuais compartilhados entre profissionais da equipe	-	+++
2. Planejamento da assistência com base em estratificação de riscos	-	-
3. Solicitação e agendamento de exames e consultas básicos	++	+++
4. Solicitação e agendamento de exames e consultas especializadas	++	++
5. Existência de listas e contatos de profissionais e serviços de referência	-	-
6. Identificação e articulação com profissionais de outros níveis na construção do projeto terapêutico	-	-
II Padronização de condutas	-	-
7. Existência de protocolos e diretrizes terapêuticas	-	-
8. Utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas	-	-
9. Registro regular da assistência prestada	++	++
III Referenciamento	-	++
10. Critérios de encaminhamento utilizados pela equipe condizentes com os documentos normativos	++	++
11. Existência de instrumentos para referenciar e contrarreferenciar usuários	+++	+++
12. Existência de referências e fluxos definidos para hipertensão e diabetes	-	-
13. Existência de contato com central de regulação no processo de encaminhamento (quando necessário)	-	+++
14. Existência de listas/guias com contatos e dados dos profissionais e serviços de referência da rede	-	-
IV Comunicação	-	-
15. Existência de tecnologias telecomunicativas para troca de informações	-	-
16. Fluxos e canais de comunicação institucionalizados para troca de informações entre profissionais e serviços	-	-
17. Existência de instrumentos não informatizados para trocar informações	+++	+++
18. Existência de troca de informações regular entre profissionais da APS e outros níveis de atenção	-	-
19. Existência de discussão de casos regular entre profissionais das equipes de APS	-	-
20. Existência de discussão de casos regular entre a equipes de APS e outros níveis de atenção	-	-
V Acompanhamento dos usuários	++	++
21. Existência de registro regular dos encaminhamentos realizados	+++	+++
22. Existência de instrumentos para o acompanhamento do usuário	+++	+++

Nota: Cumprido plenamente (+++); Cumprido parcialmente (++); Não cumprido (-).

Fonte: elaboração própria.

Sobre o processo de agendamento de exames e consultas especializadas para usuários hipertensos e diabéticos, houve convergência entre as distintas fontes de evidência. As duas equipes possuem fluxos de marcação similares, a partir de cotas distribuídas pela central de marcação municipal (CMM) segundo distritos e EqSF. Todas as marcações são descentralizadas e realizadas na

própria unidade de saúde, via sistema integrado com a CMM.

Mesmo com a descentralização no processo de regulação, observa-se que a falta de planejamento repercute em uma variação mensal na oferta das cotas e não se estabelece uma regularidade na sua distribuição, o que interfere no planejamento das equipes, pois os profissionais de APS não pos-

suiam uma previsibilidade do número de encaminhamentos que poderiam ser realizados a cada mês para o cardiologista, por exemplo.

Foram apontadas importantes dificuldades no processo de agendamento, como solicitações simultâneas de exames e consultas por mais de um serviço de saúde; insuficiência na quantidade das cotas distribuídas pelo município; e inexistência de cronogramas pré-estabelecidos para distribuição quantitativa de consultas e exames especializados para cada equipe de APS.

As discordâncias entre profissionais e gestores sobre as agendas de marcação e a existência de demanda reprimida para o acesso a consultas com cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas, demonstraram deficiências na comunicação entre esses atores, bem como a inexistência de mecanismos de monitoramento e avaliação regular dos serviços de APS.

A análise do processo de distribuição das cotas de exames e consultas no município evidenciou a realização de estimativas orientadas apenas por parâmetros assistenciais normativos, pelo número de usuários adscritos às equipes de APS e também pela oferta, muitas vezes, insuficiente. A gestão das cotas não se baseava em critérios epidemiológicos, de necessidades e de estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos, e não era discutida e compartilhada com os profissionais de saúde, fator que pode ter contribuído para a distribuição inadequada dos exames e consultas sem considerar necessidades dos pacientes “descompensados”.

Profissionais e gestores concordaram quanto à insuficiência da oferta e má distribuição das cotas de consultas e exames especializados diante da demanda considerável de usuários. Ressalta-se que o perfil e a competência técnica do profissional de APS foram apontados, pela gestão, como um “indutor” de encaminhamentos, dificultando o planejamento e a otimização da distribuição das respectivas cotas no município.

Percebeu-se que as equipes não conheciam os contatos dos profissionais e serviços de referência da rede, embora no município existisse o Guia de Referência da Rede Interestadual de Saúde, com dados relativos a todos os serviços, o que provavelmente influencia na capacidade dos profissionais da APS compartilharem responsabilidades na construção dos planos de cuidados para o usuário hipertenso e diabético.

Os únicos instrumentos identificados nas unidades de saúde para o registro regular da assistência foram o “livro-ata”, utilizado apenas pelos enfermeiros, e os prontuários utilizados pelo médico

e enfermeiro. Não foi observada a existência de registros informatizados nas equipes pesquisadas.

Em ambas as equipes se observou pouca importância dada aos prontuários, o que se refletiu na falta de padronização dos registros, na inexistência de numeração das folhas e, em alguns deles, de identificação do profissional responsável pelo registro, ilegibilidade e problemas de conservação, já que várias folhas estavam danificadas e sem ordem cronológica.

Todos os profissionais e gestores entrevistados relataram a inexistência de protocolos clínicos para atenção que orientassem a definição de fluxos assistenciais para hipertensos e diabéticos. Mencionaram protocolos específicos para os profissionais de enfermagem que estavam desatualizados. Apenas um dos profissionais da equipe B referiu a utilização de protocolos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS). Apesar disso, foi ressaltada a recente contratação de um profissional pela gestão municipal para desenvolver protocolos clínicos cujo foco será orientado para hipertensão e diabetes.

Todos os profissionais e gestores foram unânimes sobre o processo de referência para atenção especializada, que ocorria mediante a solicitação do médico da APS, na qual era preenchida a ficha de referência e anexados relatórios ou guias de solicitação de procedimentos.

Quanto aos encaminhamentos para serviços de emergência, identificou-se que ambas as equipes não eram reconhecidas como porta de entrada preferencial e que havia precária comunicação entre os profissionais da APS e os dos serviços de emergência.

Entre as equipes de APS e a Central de Regulação Municipal (CRM) também havia pouca comunicação. Observou-se uma compreensão limitada dos profissionais da atenção básica sobre a importância de melhorar a comunicação direta com a CRM. Apenas um profissional da equipe B referiu algum tipo de comunicação direta. Foi destacada a participação dos apoiadores de distrito na intermediação de contatos e informações entre as equipes de APS e demais serviços da rede.

Os principais motivos dos encaminhamentos foram a necessidade de confirmações diagnósticas com cardiologistas, de acompanhamento de rotina, mediante exames complementares laboratoriais e de avaliação cardiológica ou mesmo pela ocorrência de descompensações pressóricas ou glicêmicas, sendo esta última, unanimidade entre profissionais e gestores.

Os instrumentos utilizados para encaminhamento dos usuários estavam restritos à ficha de so-

licitação de procedimentos, à guia de referência e contrarreferência e ao relatório médico, ratificados em levantamento documental. Cabe ressaltar que em ambas as equipes foi evidente a desmotivação no preenchimento da referência cuja justificativa principal foi a falta de contrarreferência rotineira tanto pelos profissionais da atenção secundária quanto terciária. Isso parece ter comprometido a troca de informações imprescindíveis para a comunicação entre as equipes de APS e os demais profissionais da rede e para o monitoramento dos encaminhamentos realizados.

Gestores e profissionais apontaram como principais motivos para a ausência da contrarreferência a frágil articulação da rede de atenção, a falta de tecnologias telecomunicativas, a falta de conscientização, de hábito e de empenho dos profissionais.

Documentos para orientar a definição dos fluxos assistenciais foram identificados, a exemplo do protocolo improvisado de acesso a exames e procedimentos de média complexidade, do protocolo de cardiologia e do Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências (ambos restritos ao uso da CRM), além do Guia de Referência da Rede de Atenção Interestadual. Reitera-se que nenhum desses instrumentos foram referidos pelos profissionais e gestores ou identificados nas equipes pesquisadas.

Assim, como principais obstáculos para o referenciamento dos usuários destacaram-se a ausência de protocolos clínicos; de tecnologias telecomunicativas que auxiliem a comunicação dos profissionais da APS e profissionais de outros níveis de atenção; a desorganização e a insuficiência na oferta de consultas e exames. Isso foi ratificado pelo acesso restrito a exames e consultas especializadas, ausência de acompanhamento dos profissionais da APS em outros pontos de atenção e trajetória desordenada nos serviços da rede.

Ambas as equipes enfrentavam importantes problemas de comunicação, tanto horizontal quanto vertical. Evidenciou-se que não existiam discussões de casos complexos de hipertensão e diabetes, como um meio para viabilizar a troca de informações entre profissionais da APS e entre estes e a atenção secundária e terciária.

Observou-se que os profissionais da APS desconheciam os especialistas da rede, revelando que o elemento comunicacional é inexistente. A comunicação vertical era dificultada também pela inexistência de registro informatizado e integrado entres os distintos serviços; e pela pouca importância atribuída ao registro das informações clínicas.

Apesar das dificuldades relatadas, gestores mencionaram uma iniciativa pontual com vistas à capacitação dos profissionais da APS e da atenção secundária para estreitar a comunicação entre ambos os níveis, por meio do projeto “Gestão da Clínica no Território”, realizado concomitantemente em parceria com os municípios de Belo Horizonte (MG) e Campinas (SP).

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

O PMAQ-AB foi apontado pela gestão como um indutor de mudanças positivas no processo de comunicação das equipes, já que tem incentivado a ocorrência de discussões para o monitoramento dos indicadores e resultados pactuados, embora isso também não tenha sido relatado pelos profissionais das equipes.

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

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

O acompanhamento do usuário hipertenso e diabético era um ponto bastante difícil para as equipes, tanto durante o referenciamento quanto após a contrarreferência. Quando havia necessidade de acompanhamento mais intensivo dos usuários, gestores e profissionais apontaram a realização de visitas domiciliares ou agendamento de consultas de rotina na unidade de saúde.

A maioria das referências não era monitorada, possivelmente pela inexistência de tecnologias telecomunicativas nas unidades pesquisadas,

a exemplo do prontuário eletrônico, que permitiria uma melhor integração das informações. A falta de contrarreferência dificultava o retorno de informações imprescindíveis para o monitoramento e readequação do plano terapêutico pela equipe de APS, de modo que a equipe dependia das visitas domiciliares ou do retorno do paciente à consulta na unidade por demanda espontânea.

Observou-se que boa parte dos profissionais apresentou dificuldade para descrever os meios de acompanhamento dos usuários e não souberam apontar instrumentos. No entanto, a partir da análise documental foram identificados instrumentos utilizados pelas equipes. Em ambas, havia livros-ata, listas com registros dos encaminhamentos e fichas individuais de acompanhamento de hipertensos e diabéticos do MS. A equipe A possuía, além dos anteriores, a ficha de cadastro do Hipertensão e uma ficha de acompanhamento individual elaborada para utilização específica pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Apesar da fragilidade no acompanhamento do usuário, ambas as equipes apontaram o ACS como importante ator deste processo, já que ele exercia o papel de integrar informações relativas aos usuários às equipes de APS, seja por meio das visitas seja por meio da busca ativa dos faltosos (Tabela 2).

Discussão

O presente estudo permitiu apontar obstáculos para a coordenação do cuidado pela APS em um sistema municipal de saúde, a partir de uma metodologia inovadora e fundamentada em revisão nacional e internacional atualizada. Isso possibilitou a sumarização de critérios e dimensões que estimassem de forma mais robusta o alcance da coordenação.

Os obstáculos para coordenar o cuidado aqui evidenciados variaram das questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes às vinculadas à organização da oferta na rede de serviços e apoio da gestão municipal, também identificadas em outras pesquisas avaliativas que ratificam esses fatores como sendo os principais determinantes de constrangimento para operacionalização da coordenação do cuidado na APS^{10,11,13,15}.

Não houve diferenças expressivas entre equipes em quase todos os critérios avaliados para a coordenação do cuidado, apesar dos distintos desempenhos revelados na análise do banco do PMAQ-AB, durante o processo de seleção. Isso pode estar relacionado aos constrangimentos

macroorganizacionais produzidos pela gestão municipal, que afetou diretamente a capacidade de ambas coordenarem o cuidado; ou também pela amplitude analítica alcançada pela imagem-objetivo adotada neste estudo, que utilizou novos critérios ligados ao processo de trabalho e às dimensões meso e macro organizacional do sistema municipal de saúde. É possível, também, que a concepção de coordenação do cuidado adotada pelo PMAQ-AB possua limitações teóricas que inviabilizem capturar com maior sensibilidade e especificidade as práticas de coordenação do cuidado pela APS.

Predominaram dificuldades relacionadas à padronização de condutas, ao referenciamento e à comunicação que confirmam evidências de outros estudos nacionais e internacionais, os quais identificaram sérios problemas de continuidade informacional e estabelecimento de fluxos assistenciais na APS^{2,7,8,14,19,20}.

No que diz respeito à padronização de condutas, o uso de protocolos não se mostrou rotineiro, embora investigações internacionais apontem que sua utilização seja fundamental para o acompanhamento, definição racional de fluxos assistenciais, aumento da competência técnica dos profissionais e qualidade da assistência nos serviços^{21,22}.

A falta de planejamento e a insuficiência na oferta de consultas e exames especializados descortinaram a urgência de estratégias que possam garantir encaminhamentos oportunos e com melhor padronização. Em outros sistemas de saúde, evidências salientaram a construção de planos assistenciais com lógica colaborativa entre profissionais e entre estes e os usuários²³⁻²⁵. Além disso, a implantação de sistemas de regulação do acesso informatizado para marcação de exames e consultas possibilitou melhor monitoramento das filas, tempo de espera e controle da agenda de marcação, além do encaminhamento oportuno entre serviços da rede de outros municípios^{24,25}, situação ausente no caso estudado.

A unanimidade sobre a ausência da contrarreferência evidenciou a baixa participação dos níveis secundário e terciário na integração da rede do município estudado. Esses problemas também são frequentes em outros sistemas locais de saúde, em que a baixa comunicação interprofissional e a ausência de tecnologias de informação e comunicação comprometem a garantia da integralidade do cuidado^{1,13,14,26,27}.

Diversas pesquisas apontam que a informatização dos serviços de saúde facilita a comunicação entre eles, o acesso a relatórios clínicos e

Tabela 2. Sistematização das concordâncias e divergências entre profissionais e gestores, segundo critérios da coordenação do cuidado avaliados.

Categories e critérios correspondentes	Concordância	Discordância
I Planejamento da assistência individual		
1. Construção de planos terapêuticos individuais compartilhados entre profissionais da equipe	++	-
2. Planejamento da assistência com base em estratificação de riscos	++	-
3. Solicitação e agendamento de exames e consultas básicos	++	-
4. Solicitação e agendamento de exames e consultas especializadas	++	-
5. Existência de listas e contatos de profissionais e serviços de referência	++	-
6. Identificação e articulação com profissionais de outros níveis na construção do projeto terapêutico	++	-
II Padronização de condutas		
7. Existência de protocolos e diretrizes terapêuticas	++	-
8. Utilização de protocolos e diretrizes terapêuticas	++	-
9. Registro regular da assistência prestada	++	-
III Referenciamento		
10. Critérios de encaminhamento utilizados pela equipe condizentes com os documentos normativos	++	-
11. Existência de instrumentos para referenciar e contrarreferenciar usuários	++	-
12. Existência de referências e fluxos definidos para as hipertensão e diabetes	++	-
13. Existência de contato com central de regulação no processo de encaminhamento (quando necessário)	++	-
14. Existência de listas/guias com contatos e dados dos profissionais e serviços de referência da rede	-	++
IV Comunicação		
15. Existência de tecnologias telecomunicativas para troca de informações	++	-
16. Fluxos e canais de comunicação institucionalizados para troca de informações entre profissionais e serviços	-	++
17. Existência de instrumentos não informatizados para trocar informações	++	-
18. Existência de troca de informações regular entre profissionais da APS e outros níveis de atenção	++	-
19. Existência de discussão de casos regular entre profissionais das equipes de APS	-	++
20. Existência de discussão de casos regular entre equipes de APS e outros níveis de atenção	++	-
V Acompanhamento dos usuários		
21. Existência de registro regular dos encaminhamentos realizados	++	-
22. Existência de instrumentos para o acompanhamento do usuário	++	-

Legenda: (++) Discordância.

Fonte: elaboração própria.

aos resultados de exames e evoluções^{22,28,29}, além de ter sido potencializadora no monitoramento dos encaminhamentos realizados pelas equipes de APS, de modo a disponibilizar, em um único banco, diversos dados referentes a toda linha de cuidados dos usuários^{23,30,31}. Considerando isso, a

ausência de informatização dos serviços no município estudado, é preocupante na medida em que limita a capacidade de coordenação.

Os problemas apontados no acompanhamento dos usuários foram semelhantes àqueles encontrados em outras pesquisas, sobretudo no

que se refere à falta de mecanismos informatizados para esse acompanhamento^{26,32}. Experiências nacionais e internacionais que implantaram sistemas informatizados e integrados que regulam o acesso do usuário aos demais níveis de atenção e que, simultaneamente, tem viabilizado o micro gerenciamento das filas de espera, o monitoramento dos fluxos, das condutas e dos fatos ocorridos em outros serviços^{4,7,8,24}.

Assim como neste estudo, equipes de APS de outros cenários também apresentaram participação frágil no processo de referenciamento das situações de urgência e baixa comunicabilidade com os serviços de pronto atendimento, revelando desafios na coordenação do cuidado em situações de agudização das condições traçadoras adotadas no estudo^{33,34}.

Diante dos problemas identificados, vale destacar que evidências no plano internacional assinalam o impacto positivo de estratégias de educação profissional sobre mudanças nas práticas de saúde, que refletiram sobre a melhoria da qualidade dos registros e os encaminhamentos para outros serviços de diferentes níveis de atenção^{23,25,27,34}. Isso parece relevante para possibilitar melhorias, relativas ao processo de trabalho das equipes de APS no município estudado.

Outras evidências, contudo, assinalam que coordenar o cuidado envolve não somente os

profissionais de saúde e gestores, mas, também, a participação dos usuários como condição necessária para seu alcance na APS, através de canais participativos que os incluam nos processos decisórios^{4,31}, embora esse tipo de interação com a comunidade tenha se revelado inexistente no caso investigado”.

O contraste dos resultados deste estudo com a literatura apontou que cumprir a função de coordenar o cuidado às condições crônicas não é um simples atributo que está circunscrito à organização do processo de trabalho da APS, mas, sobretudo, há determinações contextuais dos sistemas municipais que derivam da organização macroestrutural rede de atenção à saúde e do apoio da gestão.

Os obstáculos aqui identificados permitiram apontar desafios para a coordenação do cuidado na APS em sistemas municipais de saúde com características semelhantes ao caso estudado. O modelo de análise proposto nesta investigação, ancorado na literatura nacional e internacional atualizada, que incluiu estudos clássicos e empíricos, contribui para a incorporação de elementos teórico-metodológicos aos estudos avaliativos sobre a coordenação do cuidado na APS, ampliando a capacidade de mensuração do atributo no plano da atenção primária e na sua integração com os demais níveis assistenciais.

Colaboradores

IRS Aleluia e MG Medina participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; redação revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada. PF Almeida e ALQ Vilasbôas participaram da análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate* 2012; 36(94):375-391.
- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(34):593-605.
- Gulliford M, Cowie L, Morgan M. Relational and Management Continuity Survey in Patients with Multiple Long-Term Conditions. *J Health Serv Res Policy* 2011; 16(2):67-74.
- McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustrom J, Malcolm E, Rohn L, Davies S. *Care Coordination Atlas Version*. Rockville: AHRQ Publication; 2014.
- Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C, Bréton M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. *Ann Fam Med* 2012; 10(5):443-451.
- Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23(4):280-286.
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Resear* 2010; 10:65.
- Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. *Improved Health System Performance through better Care Coordination*. Paris: OECD Health Working Papers; 2007.
- Pires MRGM, Gottmes LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alvez AD. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):1009-1019.
- Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique* 2015; 27(1 Supl.):129-135.
- Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health affairs* 2015; 34(9):1531-1537.
- Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa ME. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Almeida-Filho N, organizador. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-371.
- Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno G. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38(n. esp.):34-52.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):286-298.
- Almeida P, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saude Publica* 2016; 50:80.
- Aleluia IRS. *Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde: estudo de caso* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
- Bahia (Estado). Plano Diretor de Regionalização. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/Superintendência de Regulação [Internet]. 2009 [acessado 2013 abr 10]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP2009_atualizado18-06-2012.pdf.
- Ministério da Saúde. Informações de Saúde: epidemiológicas e morbidade e estatísticas vitais. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. 2014 [acessado 2013 jan 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Púb* 2013;47(4):1021-1039.
- Doubova S, Guanais F, Pérez-Cuevas R, Canning D, Macincko J, Reich M. 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):834-8043.
- Schang L, Waibel S, Thomson S. *Measuring care coordination: health system and patient perspectives*. London: LSE Health; 2013.
- García GM, Valenzuela MMP, Martínez OJC, Otero LM del S, Ponz CE, López Alba T, Gálvez Hernández E. Results of a coordination and shared clinical information programme between primary care and nephrology. *Nefrol* 2011; 31(1):84-90.
- Chan B, Proudfoot J, Zwar N, Davies GP, Harris MF. Satisfaction with referral relationships between general practice and allied Health professionals in Australia an Primary Health care. *Aust J Prim Health* 2011; 17(3):250-258.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
- Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, Rollo R, Caldarola P, Giorgino F, Pomo V, Bux F. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vasc Health Risk Manag* 2010; 6:297-305.
- Dias MP. *Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2012.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonca MH, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):286-298.
- Alkmim MB, Marcolino MS, Figueira RM, Sousa L, Nunes MS, Cardoso CS, Ribeiro AL. Factors associated with the use of a teleconsultation system in Brazilian primary care. *Telem J E Health* 2015; 21(6):473-483.
- Samal L, Dykes PC, Saranto K, Batesa DW. Patient-centered care across transitions: challenges and opportunities in clinical informatics. *Studies in Health Technology and Informatics* 2013; 192:1238.

30. Weenink JW, van Lieshout J, Jung HP, Wensing M. Patient Care Teams in treatment of diabetes and chronic heart failure in primary care: an observational networks study. *Implement Sci* 2011; 6:66.
31. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis* 2014; 24(4):1207-1228.
32. Cabral A, Martinez-Hemáez A, Andrade E, Cherchiglia M. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011;16(11):4433-4442.
33. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, Meneses CS, Pinto NRS, Reis DO, Santiago S, Souza ALM, Spedo SM. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2893-2902.
34. Katz I, Schneider H, Shezi Z, Mdleleni G, Gerntholtz T, Butler O, Manderson L, Naicker S. Managing type 2 diabetes in Soweto-The South African Chronic Disease Outreach Program experience. *Prim Care Diabetes* 2009; 3(3):157-164.

Artigo apresentado em 28/08/2016

Aprovado em 07/03/2017

Versão final apresentada em 09/03/2017