

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA MORAIS POLATI

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA REGIÃO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA

2021

AMANDA MORAIS POLATI

COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO
ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Discente: Amanda Morais Polati

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Santana Coelho Almeida

Coorientador: Prof.^a Dr. Thiago Dias Sarti

VITÓRIA

2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

P762c Polati, Amanda Morais, 1994-
Coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na
atenção às pessoas com doenças crônicas na região Norte do Espírito
Santo / Amanda Morais Polati. - 2021.
111 f. : il.

Orientadora: Ana Paula Santana Coelho Almeida.
Coorientador: Thiago Dias Sarti.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde pública. 2. Doenças crônicas. 3. Pesquisa qualitativa.
I. Almeida, Ana Paula Santana Coelho. II. Sarti, Thiago Dias.
III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

AMANDA MORAIS POLATI

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA REGIÃO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Aprovada em 23 de agosto de 2021.

Comissão Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Santana Coelho Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Orientadora

Prof.^a Dr. Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Coorientador

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
Membro Externo

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro Interno

Dedico este trabalho, primeiramente, à Deus, por ser meu sustento e fortaleza nesta jornada. A Ele toda honra e toda glória.

Dedico também, à minha amada mãe, mulher guerreira e meu porto seguro. Um exemplo de vida. E ao meu pai, minha estrelinha no céu.

Por fim, dedico este trabalho ao Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a todos os seus profissionais e gestores da Atenção Primária, que se comprometem com a complexa função de ofertar um cuidado integral, equânime e contínuo aos usuários com doenças crônicas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e sempre, agradeço à Deus, pelo dom da vida, pela minha saúde e por ser meu refúgio e fortaleza a cada passo dessa caminhada.

À Nossa Senhora Aparecida, pela intercessão e por acalmar o meu coração nos dias difíceis.

À minha amada mãe, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu amor, Iago, por toda compreensão, cuidado, apoio e por acreditar em mim nos dias em que eu não acreditava mais.

À minha querida orientadora Ana Paula, pela orientação, confiança, acolhimento, apoio, compreensão e conhecimento compartilhado durante esta jornada.

Ao meu coorientador Thiago, por todo o apoio, incentivo, parceria e questionamentos que me proporcionaram reflexões fundamentais.

Aos gestores e profissionais da região Norte de saúde do Espírito Santo, que confiaram no meu trabalho e se dispuseram a participar desta pesquisa mesmo em momentos tão difíceis da pandemia.

À minha família, em especial meus sobrinhos, Carlos, Laura e Pedro, por serem fonte inesgotável de amor e compreenderem os meus momentos de ausência, sempre me incentivando e apoiando.

À minha amada amiga Amanda, que mesmo distante fisicamente, foi meu refúgio inúmeras vezes e incentivo para continuar.

Aos colegas da turma do Mestrado 2019.1, por tantas experiências compartilhadas e vivências.

Ao Sistema Único de Saúde, por me fazer acreditar e lutar por uma prática de saúde integral, equânime e universal e por me (des)construir profissional e pessoalmente a cada dia da minha existência.

À Universidade Federal do Espírito Santo, pode me proporcionar cursar uma pós-graduação na área da Saúde Coletiva e por seguir sendo resistência.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(Eduardo Galeano)

RESUMO

Nas últimas décadas, observou-se um aumento expressivo das doenças crônicas na população mundial. Com isso, torna-se necessário uma organização dos serviços de saúde de modo a ofertar um cuidado integral e contínuo aos indivíduos com doenças crônicas, uma vez que são usuários frequentes dos serviços de saúde e necessitam de acessar diversos pontos da rede de atenção, estando mais suscetíveis a vivenciar um cuidado fragmentado. Neste sentido, o desenvolvimento da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerado um atributo essencial na atenção às pessoas com doenças crônicas. Assim, o objetivo do presente estudo foi compreender o papel da APS na coordenação do cuidado na atenção às pessoas com doenças crônicas. Trata-se de um estudo que utilizou duas abordagens metodológicas: revisão de escopo da literatura, realizada durante o mês de Maio de 2021, nas bases de dados MEDLINE, LILACS, Web of Science e EMBASE; e estudo de abordagem qualitativa, realizado em uma região de saúde do estado do Espírito Santo, onde os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com gestores e profissionais de saúde, através da utilização de roteiro semiestruturado. Os dados da pesquisa qualitativa foram analisados por meio da técnica de análise temática proposta por Braun e Clarke. A partir da revisão, foi possível identificar algumas barreiras no desenvolvimento da coordenação do cuidado na atenção às pessoas com doenças crônicas, relacionadas à integração entre as distintas equipes e serviços, à responsabilidade pela coordenação do cuidado e à continuidade informacional, considerando a configuração dos serviços de saúde. Na realização da investigação de abordagem qualitativa, os participantes destacaram desafios e esforços relacionados ao desenvolvimento da coordenação do cuidado que atravessam todos os pilares que compõem este atributo (coordenação clínica; coordenação administrativa/organizacional; coordenação da informação), destacando que tais desafios foram intensificados durante o período da pandemia de Covid-19. De maneira geral, foi possível compreender a complexidade no desenvolvimento da coordenação do cuidado na atenção às pessoas com doenças crônicas, sendo necessário intensificar esforços que contribuam para a realização deste atributo. Assim, é indispensável que estratégias que já existem sejam fortalecidas e que propostas inovadoras sejam realizadas tanto no âmbito da macrogestão quanto da microgestão.

Palavras-chave: Coordenação do cuidado; Doença crônica; Atenção Primária à Saúde; Revisão da literatura; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

In the last decades, there has been a significant increase in chronic diseases in the world population. Thus, it is necessary to organize health services in order to offer comprehensive and continuous care to individuals with chronic diseases, since they are frequent users of health services and need to access different points of the care network, being more susceptible to experience a fragmented care. Therefore, the development of care coordination by Primary Health Care (PHC) has been considered an essential attribute in the care of people with chronic diseases. Thus, the aim of this study was to understand the role of PHC in coordinating care for people with chronic diseases. This is a study that was developed by using two methodological approaches: a scoping review of the literature, carried out during the month of May 2021, in the MEDLINE, LILACS, Web of Science and EMBASE databases; and a study with a qualitative approach, carried out in a health region in the state of Espírito Santo, where data were collected through individual interviews with managers and health professionals, using a semi-structured script. The qualitative research data were analyzed using the thematic analysis technique proposed by Braun and Clarke. From the review, it was possible to identify some barriers in the development of care coordination in the care of people with chronic diseases, related to the integration between the different teams and services, the responsibility for care coordination and informational continuity, considering the configuration of the health services. In the qualitative approach research, the participants highlighted challenges and efforts related to the development of care coordination that cross all the pillars that compose this attribute (clinical coordination; administrative/organizational coordination; information coordination), highlighting that such challenges were intensified during the Covid-19 pandemic period. In general, it was possible to understand the complexity in the development of care coordination in the care of people with chronic diseases, and that it is necessary to intensify efforts that contribute to the realization of this attribute. Thus, it is essential that existing strategies are strengthened and that innovative proposals are carried out both in the scope of macro-management and micro-management.

Keywords: Care coordination; Chronic disease; Primary Health Care; Literature review; Qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE Atenção Ambulatorial Especializada

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

AVE Acidente Vascular Encefálico

BRIICS Brasil, Rússia, Índia, Indonésia, África do Sul

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CIS Consórcio Intermunicipal de Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DECS Descritores em Ciências da Saúde

EMBASE Excerpta Medica Database

EMTREE Embase Subject Headings

ES Espírito Santo

ESF Estratégia Saúde da Família

FAPES Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo

HA Hipertensão Arterial

HSPA Expert Group on Health Systems Performance Assessment

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MACC Modelo de Atenção às Condições Crônicas

LILACS Latin American and Caribbean Health Sciences Literature

MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MESH Medical Subject Headings

NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NHS National Health Service

NOAS Normas Operacionais de Assistência à Saúde

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS Organização Mundial de Saúde

OPS Organização Pan-americana de Saúde
PAS Planificação da Atenção à Saúde
PIB Produto Interno Bruto
PDR Plano Diretor de Regionalização
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
POP Procedimento Operacional Padrão
RAS Rede de Atenção à Saúde
SAPS Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESA Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS Unidades Básicas de Saúde
UCIS Unidades de Cuidado Integral à Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 INTRODUÇÃO.....	14
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
4.1 Organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas	18
4.2 Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde..	21
4.3 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.....	24
5 MÉTODOS.....	28
5.1 Etapa 1: Revisão de escopo da literatura	28
5.2 Etapa 2: Estudo qualitativo	29
6 RESULTADOS	34
6.1 ARTIGO 01	34
6.2 ARTIGO 02	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A	96
APÊNDICE B.....	99
APÊNDICE C.....	104
ANEXO 01	107

1 APRESENTAÇÃO

Durante a minha (ainda breve) trajetória profissional, a Atenção Primária à Saúde (APS) relaciona-se de maneira intrínseca desde muito cedo. Recordo-me, com bastante nostalgia, das primeiras aulas de Saúde Coletiva na graduação, quando fui para o contexto das Unidades de Saúde e me (re)conheci enfermeira ali naquele espaço. Diante de tantas dúvidas e incertezas no processo da graduação, a APS obteve um espaço especial na minha caminhada, configurando-se como cenário assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), onde muitas coisas faziam sentido para mim e eu conseguia finalmente me visualizar enfermeira. A proximidade com os usuários, a possibilidade de criação de vínculo, o conhecimento do território vivo, a possibilidade de promover saúde, são estes alguns dos aspectos que tanto me afetaram neste encontro. Os anos da graduação foram passando e eu fui dedicando todas as minhas experiências extracurriculares no campo da APS, como a realização de projetos de iniciação científica com gestores municipais de saúde e com enfermeiros da APS e projetos de extensão de educação permanente com profissionais da APS.

Ao final da graduação, a busca pelo mestrado em Saúde Coletiva ocorreu de forma natural e sempre com o objetivo de estudar algo sobre/na APS. Desta forma, no decorrer dos encontros com a minha orientadora e coorientador, surgiu a proposta de trabalharmos com o atributo da coordenação do cuidado na atenção às pessoas com doenças crônicas. E que jornada desde então! Lancei-me, integralmente, em leituras e encontros que me (trans)formaram neste processo. Quanto aprendido! Até o período da qualificação, pensamos em muitos caminhos a serem seguidos, quando (para surpresa de todos) a pandemia surgiu. Neste momento, deparei-me com desafios gigantescos para persistir na realização desta pesquisa. A tão sonhada coleta de dados presencial, que na proposta de realização de uma pesquisa qualitativa tem tantos significados e importância, teve que obter uma nova configuração respeitando o contexto de pandemia.

Durante a coleta de dados, período de ocorrência da pandemia, ausência de vacina para a doença e muitas incertezas, o simples ato de entrar em contato com os participantes foi atravessado por inúmeras dificuldades. Tanto gestores quanto profissionais, todos encontravam-se extremamente sobrecarregados e, mesmo com as dificuldades do modo virtual de realização das entrevistas, aqueles que participaram fizeram daquele espaço, em alguns momentos, um

lugar de desabafo. Desabafo da rotina estressante e exaustiva que estavam vivenciando na gestão e nas unidades de saúde, inclusive, discorrendo sobre a saudade que sentiam da rotina do serviço no período pré-pandemia. Eu gostaria, gostaria muito de ter conhecido presencialmente as cidades, as pessoas, os territórios que eu tanto ouvi falar.

Contudo, as entrevistas ocorreram e o projeto foi se concretizando. Não busco aqui ocupar um lugar de respostas ou soluções extraordinárias para a complexidade que a coordenação do cuidado traz consigo. Busco contribuir, ainda de forma pequena talvez, na construção do conhecimento sobre os desafios e potencialidades da oferta de um cuidado coordenado pela APS aos sujeitos com doenças crônicas. Arrisco-me a dizer que a maior conquista deste trabalho consiste nos incômodos e inquietações que a mesma gerou no meu ser profissional de saúde, cidadã brasileira e usuária do SUS.

2 INTRODUÇÃO

A fragmentação dos serviços de saúde é um quesito importante na avaliação dos sistemas de saúde, na medida em que pode acarretar prejuízos na integralidade do cuidado, aumento dos custos e baixa satisfação do usuário (OPS, 2010). Além disso, a transição epidemiológica vivenciada globalmente, com o aumento das doenças crônicas, tem exigido uma nova forma de organização dos serviços de saúde na busca por atender às singularidades das necessidades de saúde destes indivíduos (WHO, 2016).

Nos sistemas universais de saúde, a realização do planejamento com base na organização dos serviços em redes regionalizadas configura-se como uma proposta de superação da fragmentação dos serviços, tendo como intuito garantir o acesso e reduzir as desigualdades, através da integração entre os diversos pontos de atenção à saúde (KUSCHNIR, CHORNY, 2010). No Brasil, a discussão acerca da instituição de regiões e redes alcançou um destaque na agenda política a partir do século XXI, quando em 2010, o Ministério da Saúde publicou uma portaria estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de enfrentar o problema da fragmentação dos serviços de saúde. A proposta de estruturação da RAS visa superar a fragmentação da assistência e da gestão em saúde, através de relações horizontais e comunicação efetiva entre os distintos níveis assistenciais, atuando de forma articulada em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, tendo como centro de comunicação e responsável pela coordenação do cuidado a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010; ARRUDA et al, 2015).

O desenvolvimento da coordenação do cuidado nas redes de atenção por uma APS robusta, sólida e fortalecida busca assegurar a prestação de serviços ao usuário entre os diferentes pontos de cuidado em tempo e local oportunos, por meio de uma conexão harmoniosa necessária para prover um cuidado continuado e atender as necessidades dos usuários na sua integralidade (BRASIL, 2010; VIANA et al., 2018; VÁZQUEZ et al, 2009). Estudos tem evidenciado associação entre o desempenho deste atributo pela APS e melhores resultados na assistência ofertada, como, por exemplo, a diminuição de elaboração de planos de tratamento incompatíveis e a redução de custos para os sistemas de saúde, por meio da garantia do acesso e

continuidade do cuidado (BOUSQUAT et al., 2017; ELLIOT et al., 2018; ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; KRINGOS et al, 2010).

No contexto do cuidado aos portadores de doenças crônicas, os usuários necessitam de atenção à saúde com maior frequência e geralmente em diversos níveis assistenciais. Com isso, tornam-se mais suscetíveis a encontrar dificuldades na obtenção de um cuidado integral, evidenciando-se um fracionamento das trajetórias assistenciais percorridas na rede (HUDON et al., 2015; VIANA et al., 2018). Assim, a coordenação do cuidado pela APS tem sido considerada central na atenção a pacientes com doenças crônicas na tentativa de promover a integração do cuidado (LAMOTHE; SYLVAIN; SIT, 2015).

No Espírito Santo (ES), assim como tem sido evidenciado mundialmente e nacionalmente, o aumento das doenças crônicas foi expressivo nas últimas décadas, sendo que, em 2019, as principais causas de mortalidade da população capixaba, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram em primeiro lugar, as neoplasias malignas (19,10%), seguida das doenças isquêmicas do coração (9,72%) e cerebrovasculares (8,40%). Ademais, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), a prevalência de suspeitos de Hipertensão Arterial (HA) no ES foi de 41,65% e de Diabetes Mellitus (DM), de 11,88%, entre 2001 e 2002. Destaca-se que a cobertura de Atenção Básica no ES, segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em dezembro de 2020, era de 79,46%, sendo 65,11% referentes à cobertura por Equipes de Estratégia Saúde da Família e o restante por equipes de Atenção Básica tradicionais.

Até a última gestão, o estado do ES buscou investir na organização do sistema de saúde em redes de atenção através da Planificação da Atenção à Saúde (PAS). A Planificação é um processo apoiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) visando à organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (BRASIL, 2011a). O processo de PAS tem sido realizado em outros estados brasileiros, como em Goiás, onde evidenciou-se, após a sua realização, um aumento do número de Equipes de Saúde da Família implementadas no estado, uma redução na proporção de internações por condições sensíveis à APS, assim como impactos positivos nos processos de trabalho no território, contribuindo diretamente para a melhoria da resolutividade pela Atenção Primária (OLIVEIRA et al., 2019).

No bojo do processo de planificação, no ES, instituiu-se a Rede Cuidar nas regiões de saúde, iniciando pela região Norte, como um novo modelo de organização dos processos de trabalho entre APS e AAE, buscando pautar a assistência ofertada de acordo com as necessidades dos usuários, realizando também a implantação de Unidades de Cuidado Integral à Saúde (UCIS) destinada à indivíduos portadores de doenças crônicas classificados em alto e muito alto risco pela APS (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, emerge a necessidade de pesquisas que busquem analisar a coordenação do cuidado pela APS na atenção às pessoas com doenças crônicas no ES, e verificar as contribuições dessas iniciativas para a organização do sistema de saúde na região. Dessa forma, surgem algumas questões que norteiam a investigação: A APS tem conseguido cumprir seu papel de coordenação do cuidado aos portadores de doenças crônicas? Como tem sido o desempenhar desse atributo? Quais desafios, deficiências e potencialidades são vivenciados pela APS nesse processo? Como o processo de planificação que ocorreu no ES contribuiu para o desenvolvimento da coordenação do cuidado pela APS na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas?

Desta maneira, esta dissertação foi realizada em duas etapas, as quais resultaram em dois artigos apresentados como resultados. A primeira etapa consistiu numa revisão de escopo com a finalidade de mapear as barreiras para a coordenação do cuidado na atenção às pessoas com doenças crônicas de acordo com o contexto dos sistemas de saúde de diferentes países. Tal revisão possibilitou uma aproximação com a temática estudada e buscando conhecer as dificuldades para a coordenação do cuidado para além do contexto nacional. Essa etapa também contribuiu para a elaboração das dimensões de análise do estudo desenvolvido da etapa seguinte. Na segunda etapa foi realizado um estudo qualitativo que buscou analisar o papel da APS na coordenação do cuidado na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, por meio do estudo de caso da região de saúde Norte do ES.

Ressalta-se que a presente investigação faz parte de um projeto intitulado “Atenção Primária à Saúde e Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde: coordenação do cuidado e ordenação do acesso”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), onde obteve aprovação através do edital “Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS ‘EFD_00000319’”.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado na atenção às pessoas com doenças crônicas.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura nacional e internacional as barreiras para a coordenação do cuidado pela APS na atenção às pessoas com doenças crônicas, considerando a configuração do sistema de saúde;
- Analisar o desenvolvimento da coordenação do cuidado pela APS na atenção às pessoas com doenças crônicas em uma região de saúde do estado do Espírito Santo.
- Verificar as contribuições do processo de planificação no desempenho da APS na coordenação do cuidado na rede de atenção aos portadores de doenças crônicas na região norte do Espírito Santo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas

Atualmente, abordar o problema da fragmentação dos serviços de saúde é fundamental ao buscar-se analisar os sistemas de saúde, pois a oferta de “cuidados fragmentados” pode gerar dificuldades no acesso, além da oferta de serviços com baixa qualidade técnica, falta de continuidade do cuidado, uso irracional dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos e baixa satisfação dos usuários com os serviços recebidos (OPS, 2010). Neste sentido, a Organização Pan-americana de Saúde (2010) sugere algumas causas para a fragmentação dos serviços de saúde, que podem manifestar-se de formas distintas nos diferentes níveis que compõem cada sistema, sendo elas: o predomínio de programas focalizados nas doenças; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção individual; o modelo de atenção centrado no cuidado agudo e de manejo intra-hospitalar; debilidade na capacidade gestora; problemas referentes à quantidade, qualidade e distribuição dos recursos; e a descentralização dos serviços de saúde que fragmentou os níveis de atenção.

Nesta perspectiva, nos sistemas universais de saúde, a conformação dos serviços de saúde em redes regionalizadas apresenta-se como uma proposta para superar a fragmentação do cuidado, buscando a oferta de um “cuidado integrado” (KUSCHNIR, CHORNY, 2010). É válido destacar que, de acordo com a definição proposta pelo *Expert Group on Health Systems Performance Assessment* (HSPA) da União Europeia, entende-se por “cuidado integrado” todas as “iniciativas buscando melhorar os resultados do atendimento, superando questões de fragmentação através da ligação ou coordenação de serviços de prestadores ao longo do *continuum* de cuidado” (HSPA, 2017).

É importante salientar que a proposta de organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas foi apresentada pela primeira vez em 1920, através da publicação do Relatório Dawson, no Reino Unido. O objetivo deste relatório foi apresentar recomendações acerca da organização e provisão de serviços de saúde para habitantes de uma dada região (OPS, 1964). Contudo, as propostas apresentadas pelo documento só foram utilizadas anos depois, em 1948, como base para a criação do *National Health Service* (NHS), sistema de saúde universal britânico (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

No Brasil, identificam-se esforços na organização dos serviços de saúde numa perspectiva regional desde a década de 1970, como o projeto Montes Claros, base para a

organização do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e outros projetos menores na mesma linha (MELLO, 2010; MELLO; VIANA; 2012). Todavia, foi através da publicação da Constituição Federal de 1988 (artigo 198), que deu origem ao sistema de saúde universal do país, que a regionalização, em conjunto com a descentralização, foi introduzida enquanto diretriz na política de saúde, orientando a organização do sistema de acordo com aspectos político-territoriais.

Contudo, durante a década de 1990 houve uma dissociação entre descentralização e regionalização. Nesse período, as normativas de informavam a operacionalização do SUS enfocaram o processo de municipalização e somente a partir dos anos 2000, com a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e posteriormente com o Pacto pela Saúde que a proposição para a instituição de regiões de saúde obteve destaque na agenda política no país (VIANA et al, 2018). As NOAS de 2001 e 2002 apresentavam a proposta da regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial no SUS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002). De acordo com essa normativa, a regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, conformando redes de atenção articuladas e cooperativas, referidas a territórios delimitados, que poderiam extrapolar a área de abrangência municipal. Por meio da instituição dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) a normativa estimula o planejamento regional em âmbito estadual, destacando o ente estadual como coordenador desse processo.

Posteriormente, o processo conformação de regiões de saúde ganha novo destaque, com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, o qual apresenta a regionalização como um dos eixos estruturantes do Pacto pela Gestão. Por meio dele também são instituídos espaços de pactuação intergestores nas regiões, reconhecendo a necessidade de articulação entre os entes federativos para planejamento e operacionalização da rede regional de saúde (BRASIL, 2006).

Ainda acerca dos marcos legais do SUS, é importante citar a Portaria nº 4279, de 2010, e o Decreto nº 7508, de 2011. O Decreto publicado em 2011 regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, trazendo disposições acerca da organização do SUS, onde na seção I do Capítulo II aborda especificamente sobre as regiões de saúde, o planejamento da saúde, a articulação interfederativa e dá outras providências (BRASIL, 2011c).

A Portaria nº 4279 de 2010, estabelece as diretrizes para a organização do sistema de saúde brasileiro sob a configuração de rede, afim de superar a fragmentação da atenção e da

gestão nas regiões de saúde, buscando consolidar os princípios do SUS (BRASIL, 2010). É importante pontuar que a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) publicou, também em 2010, um documento intitulado “*La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas*”, onde sugere a organização dos serviços de saúde nos países latino-americanos em Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS).

Identifica-se diversos conceitos de Redes de Atenção à Saúde na literatura, sendo alguns apresentados aqui:

[...] 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. (BRASIL, 2010)

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (OPS, 2010)

[...] são 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 APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população. (MENDES, 2011)

No que se refere à estrutura operacional da RAS, a mesma se constitui pelos diversos pontos de atenção à saúde que devem estar conectados entre si, tendo como componentes essenciais: a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança (BRASIL, 2010). Neste sentido, destaca-se que a forma de estruturação da RAS visa superar a fragmentação da assistência e da gestão em saúde por meio de relações horizontais e verticais entre os pontos de atenção, comunicação efetiva, cuidado multiprofissional e centralidade na assistência à saúde, buscando garantir a integralidade do cuidado aos usuários através da oferta de um atendimento contínuo e eficaz em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010; ARRUDA et al, 2015; LAVRAS, 2011).

No contexto brasileiro, é importante evidenciar o desafio que se constitui a regionalização do sistema de saúde e a operacionalização das RAS pelas características do arranjo federativo, em que se destacam grande número de municípios, importantes desigualdades regionais e vazios assistenciais (LIMA et al, 2012; RIBEIRO et al, 2018).

A literatura ainda destaca outras limitações acerca da implantação das RAS e efetivação do processo de regionalização no país, como a escassez de recursos físicos e humanos capacitados; a falta de comunicação entre os profissionais da rede; a precariedade das ações de educação permanente para os trabalhadores do serviço e da gestão; a fragilidade na implantação e funcionamento das estruturas de gestão regional; as desigualdades inter e intrarregionais, enfatizando a necessidade premente de um planejamento governamental que considere as diversidades e singularidades das dinâmicas territoriais; a ausência de mecanismos de regulação eficientes; além do estado de subfinanciamento crônico que o SUS enfrenta desde a sua criação e que contribui para uma insuficiente expansão dos seus serviços (VIANA et al, 2017; BRONDANI et al, 2016; MAGALHÃES JUNIOR, 2014; LIMA et al, 2012).

Neste sentido, é possível compreender a complexidade do funcionamento de uma rede de saúde integrada e regionalizada no contexto nacional, sendo necessário a realização de esforços, como a realização do planejamento governamental de acordo com as singularidades de cada território e uma maior integração entre os entes federativos envolvidos tanto na formulação de políticas quanto na sua execução (LIMA et al., 2012). Além disso, é imprescindível o fortalecimento e investimento na APS enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, buscando, para além de aumentar a cobertura deste nível assistencial, garantir a sua resolutividade enquanto porta de entrada da RAS e promover a integração intersetorial (VIANA et al., 2017).

4.2 Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

A literatura tem apontado a APS como o nível assistencial mais apropriado para o desempenho da coordenação do cuidado, principalmente devido a sua proximidade com o contexto de vida dos indivíduos e o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2002; ELLIOT et al., 2018; BODENHEIMER, 2008). Neste sentido, a Portaria n° 4279, de 2010, identifica a APS como o nível de atenção para atuar como o centro de comunicação da RAS na organização dos serviços de saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenação da rede (BRASIL, 2010).

No que se refere à coordenação do cuidado, de acordo com Starfield (2002), a mesma constitui-se como um dos atributos fundamentais da APS, juntamente com a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade e a integralidade. A orientação comunitária, competência cultural e o enfoque familiar são considerados atributos derivados da APS pela autora. Em uma revisão da

literatura realizada por McDonald et al (2007), foram encontradas mais de 40 definições de coordenação do cuidado, sendo a seguinte elaborada pelos autores, com base nos estudos selecionados:

[...] organização deliberada das atividades de atendimento ao paciente entre dois ou mais participantes (incluindo o paciente) envolvidos no tratamento para facilitar a prestação adequada de serviços de saúde. A organização do cuidado envolve a organização de pessoal e outros recursos necessários para realizar todas as atividades necessárias de atendimento ao paciente, e é frequentemente gerenciada pela troca de informações entre participantes responsáveis por diferentes aspectos do cuidado.

Nesta perspectiva, compreende-se a coordenação do cuidado como a articulação harmoniosa entre os diferentes serviços de saúde envolvidos na prestação do cuidado ao indivíduo, independente do lugar onde esses serviços sejam ofertados, de modo que se alcance um objetivo comum sem conflitos (STARFIELD, 2002; NÚÑEZ, LORENZO, NAVARRETE, 2006), com o intuito de assegurar a prestação de serviços ao usuário entre os diferentes pontos de cuidado da rede, em tempo e local oportunos, buscando garantir a integralidade da assistência (VIANA et al., 2018). Para obter uma coordenação do cuidado efetiva é necessário que sua base seja fundamentada em três pilares que compõem a coordenação: da informação, da clínica e administrativa. A coordenação da informação compreende a transferência e o uso das informações clínicas do paciente entre os diferentes serviços para que as ações sejam coordenadas entre os mesmos. No que se refere a coordenação da clínica, a mesma diz respeito a garantia da oferta de um cuidado integrado e contínuo ao paciente entre todos os níveis de atenção. Já a coordenação administrativa trata sobre a organização dos fluxos entre os serviços para que seja garantido o acesso do paciente de acordo com as suas necessidades (VARGAS, et al, 2016).

São distintas as classificações da coordenação do cuidado, sendo adotada neste estudo, a que caracteriza a coordenação de acordo com o nível de integração do sistema de saúde. Deste modo, as iniciativas e disposições acerca da integração dos serviços podem localizar-se em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou entre diferentes níveis do sistema (coordenação vertical) (ALMEIDA, et al, 2018).

Em uma análise realizada no contexto do sistema de saúde americano, Bodenheimer (2008) sugere que para que a coordenação do cuidado seja efetivamente desempenhada nos sistemas de saúde é imprescindível a presença de uma APS forte e sólida. Estudo realizado por Turci, Lima-Costa, Macinko (2015) identificou que a presença de recursos humanos suficientes e

estruturados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como o apoio de uma rede articulada com a APS são condições que aumentam as chances do desempenho da coordenação do cuidado por este nível assistencial, uma vez que contribuem para que a APS atue de forma resolutiva. De modo geral, a literatura tem evidenciado que a coordenação do cuidado pela APS tem contribuído imensamente na organização dos sistemas de saúde, sendo associada a melhorias na prestação do cuidado, no acesso, qualidade e continuidade da atenção, integrando serviços e ações entre diferentes níveis do sistema de saúde, além da redução de custos (BOUSQUAT et al., 2017; ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; KRINGOS et al, 2010).

A literatura aponta alguns desafios a serem enfrentados pelos atores envolvidos na prestação do cuidado para que a APS possa atuar e ser reconhecida enquanto coordenadora do cuidado na rede de atenção. Dentre os desafios destaca-se a presença de diferentes prestadores de saúde não atuando de maneira integrada entre si (ALMEIDA et al., 2010); a fragilidade dos processos de referência e contrarreferência entre os diversos pontos de atenção (ALMEIDA et al., 2010; ALELUIA et al., 2017; SILVA, BAITILO, FRACOLLI, 2015; SERRA, RODRIGUES, 2010; JULIA et al., 2019); a insuficiente oferta de consultas e exames especializados (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; ALELUIA et al., 2017; LO et al., 2016); as condições de trabalho precárias, quantidade insuficiente de recursos humanos, assim como baixo prestígio dos profissionais atuantes na APS (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; VARGAS et al., 2016); ausência ou inoperância dos sistemas logísticos (ALELUIA et al., 2017; SILVA, BAITILO, FRACOLLI, 2015; ALMEIDA et al., 2010); dentre outros.

A ausência de coordenação do cuidado em diferentes sistemas de saúde, tem sido associada a divergência entre planos de tratamentos elaborados por profissionais diferentes, lacunas no atendimento às reais necessidades apresentadas pelos pacientes e falhas no processo de transmissão de informações importantes sobre o paciente entre diferentes profissionais (CLARKE et al, 2017; CHANG, et al, 2018; LO, et al, 2016). Neste sentido, a busca pela coordenação do cuidado encontra-se relacionada também à busca pela integração clínica do cuidado ofertado ao paciente, na perspectiva de alcançar o valor máximo dos serviços ofertados à uma determinada população (CLARKE et al, 2017).

No caso do Brasil, ao analisarmos o desenvolvimento da coordenação do cuidado pela APS, é preciso considerar algumas mudanças introduzidas nos últimos anos no cenário da

política de saúde pública nacional, que possuem impactos diretos no atributo da coordenação. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída por meio da portaria 2.436 em 2017, contém propostas que contribuem para a fragilidade do desenvolvimento dos atributos da APS, incluindo a coordenação do cuidado, enfraquecendo também o posicionamento da APS como centro de comunicação e porta de entrada da rede. Algumas das alterações da nova PNAB vão afetar diretamente o acesso dos usuários, a capacidade de resolutividade da APS, assim como a integralidade do cuidado ofertado, como a flexibilização na organização das equipes da APS, que permite a constituição de Equipes de Saúde da Família (eSF) com apenas um ACS ou Equipes de Atenção Primária (eAP) sem a presença do ACS; a extinção do credenciamento e financiamento federal para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); e o estabelecimento de padrões essenciais e ampliados das ações e serviços da APS que contribuem para a segmentação do cuidado. Desta maneira, compreende-se que, para além das implicações no desenvolvimento da coordenação pela APS, as alterações propostas pela PNAB possuem influências também no modelo de atenção à saúde ofertado no âmbito do SUS (MOROSINI, FONSECA, BAPTISTA, 2020; GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Além disso, em 2019, algumas mudanças introduzidas contribuem para acentuar o cenário desafiador para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no âmbito nacional. O novo modelo de financiamento da APS, Programa Previne Brasil, por exemplo, enfatiza o monitoramento de procedimentos e realiza o pagamento por desempenho, anunciando possíveis perdas de recursos financeiros pelos municípios, comprometendo a capacidade de resolutividade da APS. A Carteira de Serviços para a APS, lançada também em 2019, surge na perspectiva de estabelecer a relação de serviços a serem ofertados, quase não mencionando no seu rol de ações a integração da APS em uma rede regionalizada, apenas quando sinalizam a utilização de mecanismos de referência e contrarreferência, expressando também um caráter de atenção baseado em um modelo clínico e individual em detrimento da dimensão familiar e comunitária (MOROSINI, FONSECA, BAPTISTA, 2020).

4.3 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

Durante o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde enquanto arcabouço político do SUS, alguns temas foram priorizados por meio de uma discussão conjunta com municípios e estados, tendo como base as necessidades epidemiológicas e assistenciais de

diferentes contextos, para o estabelecimento de redes temáticas de assistência (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Dentre as distintas redes implementadas, destaca-se aqui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013, que apresenta como finalidade a oferta de uma assistência integral aos indivíduos portadores dessas doenças.

Atualmente, as doenças crônicas têm sido identificadas como a principal causa de mortalidade mundial, sobretudo aquelas relacionadas ao DM e a HA, devido ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares ocasionado por estas doenças (WHO, 2016). De maneira geral, as doenças crônicas são multicausais, sendo caracterizadas por um início gradual, com longa duração e prognóstico indeterminado, além disso não possuem um curso clínico definido, podendo haver períodos de agudização e desenvolvimento de incapacidades (BRASIL, 2013).

É importante destacar que, de acordo com Mendes (2012), as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT's) fazem parte do conjunto de condições crônicas, que são definidas como condições de saúde que vão muito além das doenças crônicas, incluindo todas as doenças que possuem um longo período de curso, por exemplo as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, etc), e que exigem a mesma lógica de enfrentamento das doenças crônicas pelos sistemas de saúde – proativa e contínua.

Indivíduos portadores de doenças crônicas são reconhecidos pela literatura como usuários frequentes dos serviços de saúde, demandando a oferta de um cuidado longitudinal, multidisciplinar e entre diversos níveis assistenciais (HUDON et al., 2015; LAMOTHE; SYLVAIN; SIT, 2015). Estes mesmos indivíduos, por acessarem distintos pontos de atenção à saúde, encontram-se com maiores chances de vivenciarem um cuidado fragmentado que acentua-se de acordo com a fragmentação dos serviços de saúde (HUDON et al, 2015; VIANA et al., 2018; TARRANT et al., 2015).

Assim, a coordenação do cuidado pela APS tem sido considerada central na atenção a pacientes com doenças crônicas (LAMOTHE; SYLVAIN; SIT, 2015), configurando-se como uma ferramenta que garante a redução de custos para os serviços de saúde, de planos de tratamentos e diagnósticos conflitantes, de polifarmácia, contribuindo de forma geral para o alcance de melhores resultados na assistência prestada à estes indivíduos (BODENHEIMER, 2008; KASTNER et al., 2018).

Na busca por organizar o sistema em redes de atenção à saúde, no estado do Espírito Santo, estado e municípios têm investido no processo de Planificação da Atenção à Saúde proposto pelo CONASS em 2011 e já realizado em outros estados do país. A PAS tem como prioridade o fortalecimento da APS com o objetivo de garantir a alta resolutividade da mesma e condições para que exerça o seu papel de coordenadora do cuidado na RAS. Neste sentido, a planificação surge com a proposta de apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias municipais e estaduais de saúde na busca por organizar os macroprocessos entre APS e AAE. A mesma é operacionalizada através da capacitação das equipes para que tenham a competência de organizar e planejar as ações de saúde de acordo com as reais necessidades dos usuários, com base na utilização de diretrizes clínicas orientadas pelo MACC (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017).

No estado de Goiás, por exemplo, com a realização do processo de planificação, evidenciou-se um aumento na implantação de Equipes de Saúde da Família no estado, contribuindo para a ampliação da cobertura da APS; uma redução expressiva nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária (32,03% para 26,45%); além de avanços importantes nos processos de trabalho, como a realização de estratificação de risco dos indivíduos e das famílias, a utilização de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), a elaboração de agendas nas equipes de saúde da família; intensificação do processo de territorialização e cadastramento nas unidades; dentre outras contribuições (OLIVEIRA et al., 2019).

No ES, durante o processo de planificação, buscou-se fortalecer a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da implantação da Rede Cuidar nas quatro regiões de saúde do estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul), como proposta de transformação dos processos de trabalho na e entre APS e AAE, através da garantia de um atendimento mais próximo e humanizado aos usuários, qualificando os profissionais para atuarem nesta rede através da PAS. Por meio da instituição de Unidades de Cuidado Integral à Saúde, onde equipes multiprofissionais atuam de forma colaborativa com o objetivo de elaborar um plano de cuidado de acordo com as reais necessidades de saúde dos usuários, estas unidades da Rede Cuidar buscam também garantir o acesso a consultas especializadas e exames à estes indivíduos, de acordo com o referenciamento realizado pela APS baseado na estratificação de risco realizada previamente (para indivíduos classificados em alto e muito alto risco). Assim, a comunicação

entre estes dois níveis assistenciais (APS e AAE) torna-se imprescindível para que a assistência seja realizada de forma adequada (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, considerando-se a recente implantação destas mudanças na organização das redes no ES, evidencia-se a necessidade de realização de investigações que busquem compreender, no âmbito das regiões de saúde e da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, as potencialidades e desafios da APS na coordenação do cuidado, no âmbito local e regional, uma vez que avaliar o desempenho do sistema de saúde é fundamental para o planejamento em saúde.

5 MÉTODOS

A presente dissertação foi realizada em duas etapas, sendo que cada etapa possibilitou a construção de um artigo científico. A primeira etapa tratou-se da realização de uma revisão de escopo que mapeou as barreiras identificadas na literatura para a coordenação do cuidado vertical na atenção aos indivíduos com doenças crônicas de acordo com o contexto dos sistemas de saúde. A segunda etapa constituiu-se da realização de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, que buscou aprofundar o conhecimento acerca da coordenação do cuidado em uma dada região de saúde, na tentativa de compreender o que ocorre em um determinado contexto, de acordo com as singularidades e peculiaridades inscritas no mesmo (MIRANDA et al, 2013).

5.1 Etapa 1: Revisão de escopo da literatura

A primeira etapa da realização desta dissertação foi realizada por meio de uma revisão de escopo da literatura, o que possibilitou uma maior aproximação com a temática estudada, ampliando o conhecimento acerca de elementos fundamentais, neste caso, referentes às barreiras para o desenvolvimento da coordenação do cuidado para além do contexto nacional na atenção aos indivíduos portadores de doenças crônicas.

A revisão foi realizada através da busca nas bases de dados MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), acessada através do portal da PubMed; LILACS (*Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*), acessada através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Web of Science; e EMBASE (*Excerpta Medica Database*). O acesso ocorreu, primeiramente, entre os meses de outubro a novembro de 2019, sendo realizada uma atualização em maio de 2021. A estratégia de busca foi elaborada a partir da consulta aos Mesh terms (*Medical Subject Headings*) para a pesquisa nas bases da MEDLINE e Web of Science; aos Emtree terms (*Embase subject headings*), para a busca na EMBASE; e aos Decs (Descritores em Ciências da Saúde) para a busca na LILACS:

Quadro 01 – Estratégia de busca utilizada na revisão de escopo.

Base de Dados	Estratégia de busca
MEDLINE, Web of Science e EMBASE	((“Case management” OR “Care coordination” OR “Patient care management”) AND (“Chronic disease” OR Hypertension OR “Diabetes Mellitus”))
LILACS	((“Case management” OR “Care coordination” OR “Patient care management”) AND (“Chronic disease” OR Hypertension OR “Diabetes Mellitus”)) E (“Administração de caso” OR “Coordenação do cuidado” OR “Administração dos cuidados ao paciente”) AND (“Doença Crônica” OR Hipertensão OR “Diabetes Mellitus”))

Fonte: produção dos autores.

Os resultados das buscas foram consolidados em um gerenciador de referências, sendo identificadas e removidas as referências duplicadas. Em seguida, duas pesquisadoras realizaram a seleção dos estudos através da leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos e, por fim, a leitura dos artigos na íntegra, sendo as discordâncias encontradas durante esse processo, resolvidas por consenso. Qualquer discordância que persistisse após essa verificação, seria resolvida pela análise realizada por um terceiro pesquisador. Além disso, uma das pesquisadoras realizou uma busca adicional no Google Acadêmico, além de rastrear as referências dos estudos incluídos até que nenhuma outra referência elegível fosse encontrada.

Os dados dos estudos selecionados foram extraídos utilizando uma planilha do Excel elaborada pelos autores, sendo realizada uma síntese descritiva dos estudos de acordo com os principais resultados relacionados às barreiras para a coordenação do cuidado vertical aos indivíduos portadores de HA e/ou DM e/ou suas complicações.

5.2 Etapa 2: Estudo qualitativo

Na segunda etapa realizou-se um estudo de campo de abordagem qualitativa, que analisou a coordenação do cuidado pela APS na atenção às pessoas com doenças crônicas em uma região de saúde do estado do Espírito Santo, incluindo a percepção de gestores municipais de saúde e de profissionais atuantes na APS quanto ao seu papel e ações desenvolvidas no âmbito da coordenação do cuidado.

Tal pesquisa foi desenvolvida na região de saúde Norte do Espírito Santo (ES). A escolha da região Norte se justifica pelo fato de ter sido a primeira região do estado a vivenciar o processo de organização da atenção à saúde por meio da Planificação da Atenção à Saúde e possuir unidade de atenção ambulatorial especializada de referência aos portadores de doenças crônicas de alto risco, a Unidade Cuidar. A região Norte é a menos populosa do estado, com uma população estimada de 384.861 habitantes, de acordo com o último censo do IBGE realizado em 2010. Até o momento da realização da coleta de dados, a região era composta por 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão), apresentando os índices mais baixos de desenvolvimento humano, econômico e muitos vazios assistenciais (IBGE, 2012; BRASIL, 2011b). Em dezembro

de 2020, após a finalização da coleta de dados, com a promulgação da resolução n° 153/2020 pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o ES passou a ser dividido em três regiões de saúde: Norte/Central, Metropolitana e Sul, ocorrendo a junção da maior parte dos municípios da região Central com a região Norte, sendo atualmente a região Norte/Central composta por 29 municípios e com uma população estimada de 971.605 habitantes (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2020).

A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho a dezembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas com atores-chave dos municípios atuantes na gestão e nos serviços da APS (gestores municipais, coordenadores da APS nos municípios e profissionais de saúde). As entrevistas foram realizadas individualmente, através de aplicativos de videochamadas, Zoom ou Skype, de acordo com a preferência dos participantes, após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos mesmos, considerando o contexto de distanciamento social exigido durante a pandemia de Covid-19.

Foram entrevistados atores de cinco municípios da região, identificados pelas letras A, B, C, D e E, sendo que no município E localiza-se a Unidade Cuidar que é referência para todos os municípios da região. A escolha dos municípios de cada região se deu através de uma análise de acordo com a presença da Unidade Cuidar, sendo incluídos todos os municípios referência da região, seguida pela análise do porte populacional, sendo escolhidos municípios de grande e pequeno porte.

Os gestores entrevistados foram aqueles que estavam ocupando os respectivos cargos nos municípios selecionados em cada município no momento de realização do trabalho de campo. Já os profissionais de saúde foram selecionados por conveniência a partir da indicação do coordenador da APS do município com base nos seguintes critérios: conhecimento aprofundado da realidade do sistema de saúde local; tempo de trabalho no município longo o suficiente para dar condições ao profissional de criar vínculos com o território e conhecer os problemas e desafios da rede de atenção local; desenvoltura e interesse na participação de experiência de análise e avaliação de sistemas e serviços de saúde; concordância com a participação na presente pesquisa.

Neste sentido, foram entrevistados oito gestores e dez profissionais de saúde, sendo que houveram três recusas de profissionais da gestão e onze recusas de profissionais da APS. Foram excluídos aqueles que, no período da coleta de dados, estavam ausentes por motivo de

afastamento ou férias. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e com respeito à linguagem utilizada pelo sujeito da pesquisa.

Os roteiros de entrevista utilizados com estes participantes são uma versão adaptada do roteiro elaborado por Aleluia (2014) (ver Apêndices A e B), sendo utilizado um evento traçador, Acidente Vascular Encefálico (AVE) decorrente de Hipertensão Arterial (HA) na sua construção. A escolha deste evento traçador se deu devido a sua alta prevalência, sendo atualmente a segunda causa de mortalidade mundial e no Brasil, assim como pelo fato de ser um agravo com fluxos assistenciais estabelecidos, podendo ser prevenido por meio das ações da APS (WHO, 2016; RODRÍGUEZ et al, 2006).

Os pilares, dimensões e as variáveis utilizadas na coleta e análise dos dados abarcam elementos centrais para a realização da coordenação já utilizadas em outros estudos: coordenação clínica - posição ocupada pela APS no sistema e capacidade de resolução da APS; coordenação administrativa/organizacional - estrutura organizacional e administrativa da rede de serviços de saúde e integração entre equipes e serviços; e coordenação da informação - instrumentos para continuidade informacional (Quadro 01) (ALMEIDA et al, 2010; BOUSQUAT et al, 2017).

Para análise dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006), que é uma sugestão recente de análise de dados em pesquisas qualitativas, sendo majoritariamente utilizada em pesquisas do campo da psicologia e com uma aplicação ainda incipiente no cenário de pesquisa nacional. Por meio de uma abordagem teórica (dedutiva) dos dados, que orienta-se por um conjunto bem definido e preestabelecido de temas já identificados em estudos semelhantes (como apresentado no parágrafo acima), buscou-se identificar, analisar e relatar os temas principais presentes nos depoimentos dos entrevistados, através de uma organização e descrição rica dos detalhes encontrados nos dados. Salienta-se que, devido a circularidade inerente da pesquisa qualitativa, a utilização de uma abordagem teórica não reduziu a possibilidade de identificação de novos temas, uma vez que os mesmos apresentaram dados importantes em relação à questão da pesquisa e tiveram um significado padronizado entre os depoimentos. Esta técnica é composta pelas seguintes etapas: (1) familiarização com os dados, (2) gerando códigos iniciais, (3) procurando temas, (4) revisando os temas, (5) definindo e nomeando os temas, e (6) produzindo o relatório. Destaca-se que a realização destas etapas não se configura como um processo linear, mas sim como um processo

recursivo, onde o movimento entre as fases deve ser realizado conforme necessário (BRAUN, CLARKE, 2006).

Quadro 01 – Pilares, dimensões e variáveis utilizadas para coleta e análise dos dados – coordenação do cuidado.

Pilares	Dimensões	Variáveis	Fonte
Clínica	Posição ocupada pela APS no sistema	APS como porta de entrada preferencial na região	Gestores e profissionais de saúde
		Acesso à AAE depende de encaminhamento da APS	
		Responsável pela coordenação do cuidado	
	Capacidade de resolução da APS	Coleta de exames na UBS	Profissionais de Saúde
		ECG na UBS	Profissionais de Saúde
		Dispensação de medicamentos para HAS na UBS	Profissionais de Saúde
		Quantidade suficiente de medicamentos para HAS	Gestores e Profissionais de Saúde
		ACS realizam busca ativa por usuários com HAS	Profissionais de saúde
		Aferição de PA em todas as consultas	Profissionais de saúde
		Estratificação de risco cardiovascular	Profissionais de saúde
		Avaliação de risco de doença renal	Profissionais de saúde
		Grupos de educação em saúde para hipertensos	Profissionais de saúde
		Uso de protocolos clínicos para HA	Gestores e Profissionais de Saúde
		Organização da atenção ao paciente HA com base em classificação de risco	Gestores e Profissionais de Saúde
	Capacidade de resolução após AVE	Acompanhamento de todos os pacientes da área com AVE	Profissionais de Saúde
		Oferta de ações de reabilitação	Gestores e Profissionais de Saúde
		ACS realiza visita domiciliar após alta hospitalar	Profissionais de Saúde
Médico ou enfermeiro realizam visita domiciliar após alta hospitalar		Profissionais de Saúde	
Apoio do NASF		Gestores e Profissionais de Saúde	
Administrativa/ Organizacional	Organização dos fluxos para AAE	Garantia de encaminhamento oportuno para os demais níveis de atenção	Gestores e Profissionais de Saúde
		Existência de fluxos definidos	
		Integração de serviços na região	
		Encaminhamento oportuno para cardiologia, neurologia e reabilitação	
		Encaminhamento para AAE de pacientes com HA grave, refratária ou secundária	

		Percurso padronizado e facilitado para acesso dos pacientes a AAE	
		Existência de monitoramento de filas para AAE	
		Integração da APS na RUE	
	Integração entre equipes e serviços	Equipe da APS é informada da internação de paciente no hospital	Gestores e Profissionais de Saúde
		Médicos da APS acompanham pacientes na internação	Gestores e Profissionais de Saúde
		Equipe da APS recebe relatório de alta hospitalar com plano terapêutico	Gestores e Profissionais de Saúde
		Na alta o usuário é orientado a procurar a APS	Gestores e usuários
		Médicos da APS contam especialista da AAE para troca de informações	Profissionais de Saúde
		Equipe da APS recebe informações escritas das consultas com especialista	Gestores e Profissionais de Saúde
		Atividades de educação conjunta dos profissionais da APS e da AAE	Gestores e Profissionais de Saúde
Equipe da APS é notificada de atendimento do usuário na RUE		Gestores e Profissionais de Saúde	
Continuidade Informacional	Instrumentos para continuidade informacional	Uso de prontuário eletrônico	Gestores e Profissionais de Saúde
		Uso de Protocolo Clínico	
		Registro do diagnóstico HA no prontuário	

Fonte: Adaptado de: Bousquat et al. (2017).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, inscrito sob o Parecer nº3.647.975 . Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de participarem ou não da mesma, conforme estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 01

Barreiras para a coordenação do cuidado vertical de indivíduos com doenças crônicas: revisão de escopo¹

Barriers to care coordination among different service levels to patients with chronic diseases: a scoping review

RESUMO

O objetivo da presente investigação foi mapear as barreiras para a realização da coordenação do cuidado vertical aos indivíduos portadores de doenças crônicas e analisar a relação entre a presença das barreiras identificadas e os cenários de realização dos estudos (público e/ou privado). Trata-se de uma revisão de escopo da literatura realizada durante o mês de maio de 2021, nas bases de dados MEDLINE, LILACS, Web of Science e EMBASE. A partir da análise das investigações incluídas neste estudo, evidenciou-se algumas barreiras relacionadas à integração entre as distintas equipes e serviços, como a fragilidade no processo de referência e contrarreferência; a ausência de protocolos para organização dos fluxos entre os diferentes níveis de atenção; a dificuldade de desenvolver um trabalho colaborativo entre equipes multidisciplinares; e a precariedade do processo de comunicação. No que se refere à responsabilidade pela coordenação do cuidado, alguns estudos evidenciaram a existência de uma confusão sobre os papéis entre os provedores de cuidado no desempenho dessa coordenação. Ademais, a ausência e/ou má utilização dos sistemas de informações de saúde, que garantem a disponibilidade dos registros de saúde informatizados, foi apontada com um desafio transversal para a efetivação da coordenação do cuidado.

Palavras-chave: Coordenação do cuidado; Doença crônica; Revisão da literatura.

ABSTRACT

The aim of the present investigation was to map the barriers to performing care coordination among different service levels to patients with chronic diseases and to analyze the relationship between the presence of the identified barriers and the scenarios in which the studies were carried out (public and/or private). This is a scoping literature review of mixed studies performed throughout the month of May 2021, in the MEDLINE, LILACS, Web of Science and EMBASE databases. From the analysis of the investigations included in this study, some barriers related to

¹ Artigo submetido à Revista Saúde e Sociedade e aguardando avaliação.

the integration between the different teams and services were identified, such as the weakness in the referral and counter-referral process; the absence of protocols for organizing flows between different levels of care; the difficulty of developing collaborative work between multidisciplinary teams; and the precariousness of the communication process. With regard to the responsibility for coordinating care, some studies have shown that there is a confusion about the roles of caregivers in carrying out this coordination. Furthermore, the absence and/or misuse of health information systems, which guarantee the availability of computerized health records, were identified as a cross-cutting challenge for the effective coordination of care.

Keywords: Care coordination; Chronic disease; Literature review.

INTRODUÇÃO

A literatura aponta que a fragmentação dos serviços de saúde apresenta-se como um problema enfrentado por diversos sistemas de saúde na atualidade (Almeida, Oliveira, Giovanella, 2018; Marchildon, 2019), evidenciando-se algumas possíveis causas que contribuem para a fragmentação destes serviços, como o predomínio de programas com foco na doença, o modelo de atenção centrado no cuidado agudo e de manejo intra-hospitalar e problemas referentes à quantidade, qualidade e distribuição dos recursos (OPS, 2010).

Nas últimas décadas ocorreu um aumento significativo das doenças crônicas globalmente, em especial aquelas relacionadas ao Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA), que são atualmente uma das maiores e principais causas de doenças prematuras e morte na maioria dos países, sobretudo devido ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (WHO, 2016). Indivíduos portadores de doenças crônicas possuem necessidades de cuidado específicas, geralmente requerem a ação de um cuidado multidisciplinar e realizado entre diferentes níveis assistenciais, além de terem uma maior demanda de utilização dos serviços de saúde. Assim, aumenta-se a complexidade do cuidado ofertado, o que tem sido identificado como um fator contribuinte para que estes indivíduos experienciem um cuidado fragmentado (Hudon, Sanche, Haggerty, 2016; Calnan, Hutten, Tiljak, 2007; Tarrant Et Al., 2015).

Na busca por ofertar um cuidado longitudinal e integrado aos indivíduos portadores de doenças crônicas, ações desenvolvidas em prol da coordenação do cuidado têm demonstrado um impacto positivo na assistência prestada à estes indivíduos, sendo considerada uma excelente ferramenta no que se refere à coordenação para as ações desenvolvidas entre vários provedores,

evitando a duplicação de diagnósticos, polifarmácia e planos de cuidado conflitantes (Kastner et al., 2018; Bodenheimer, 2008). Dentre as inúmeras definições de coordenação do cuidado encontradas na literatura, neste estudo compreende-se a mesma como a articulação harmoniosa entre os diferentes serviços de saúde envolvidos na prestação do cuidado ao paciente, independente do lugar onde esses serviços sejam ofertados, de modo que se alcance um objetivo comum sem conflitos (Starfield, 2002; Núñez, Lorenzo, Navarrete, 2006). Ademais, a coordenação do cuidado pode ser classificada de acordo com o nível de integração do sistema de saúde, considerando a localização das iniciativas e disposições acerca da integração dos serviços, podendo ser no mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou entre diferentes níveis de atenção (coordenação vertical) (Almeida et al, 2018).

Entretanto, tem-se identificado inúmeros desafios no que concerne ao desenvolvimento da coordenação do cuidado, destacando-se a falta de integração e comunicação entre diferentes pontos de atenção (Clarke et al., 2017), problemas relacionados à organização e redes de atenção dos sistemas de saúde (Vargas et al., 2016), além de problemas referentes sobre a relação entre os próprios provedores de cuidado e entre os provedores e pacientes (Bodenheimer, 2008). Assim, considerando os desafios existentes para a realização da coordenação do cuidado e a importância de ofertar um cuidado coordenado aos indivíduos portadores de doenças crônicas, uma vez que possuem uma demanda de utilização de serviços de diferentes níveis assistenciais, buscar-se-á responder, através da realização de uma revisão de escopo da literatura, a seguinte questão: quais as barreiras para a coordenação do cuidado vertical aos pacientes portadores de doenças crônicas?

Salienta-se que autores apontam que ao explorar os arranjos organizacionais e as ferramentas utilizadas na busca pela integração/coordenação do cuidado entre sistemas de saúde que possuem características distintas, é necessário considerar os diferentes contextos nesta análise devido à diversidade da natureza de organização dos sistemas de saúde (Kuschnir, Chorny, 2010). Isto se faz relevante uma vez que sistemas públicos e privados de saúde operam sob lógicas diferentes de acesso, financiamento e produção de serviços (Menicucci, 2014). Portanto, será considerado neste estudo os cenários de realização das pesquisas em análise, sendo estes: público e/ou privado.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo mapear, através da realização de uma revisão de escopo, as barreiras identificadas na literatura para a realização da coordenação do

cuidado vertical aos indivíduos portadores de DM e/ou HA e/ou suas complicações (ex: retinopatia, nefropatia, acidente vascular encefálico, etc), e analisar a relação entre a presença das barreiras identificadas e os cenários de realização dos estudos (público e/ou privado).

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de escopo da literatura, que teve como critérios de inclusão: investigações empíricas, de abordagem quantitativa e/ou qualitativa, publicadas no formato de artigo em revistas científicas e/ou dissertações de mestrado e teses de doutorado. Em relação aos critérios de exclusão, foram excluídos: estudos realizados com crianças (< 18 anos de idade), com o intuito de aumentar a homogeneidade entre as pesquisas analisadas, uma vez que esta população pode ter um conjunto distinto de necessidades; revisões da literatura e/ou estudos que não fossem ao encontro do objetivo do estudo. Não houve exclusão por língua ou data de publicação.

A busca foi realizada em Maio de 2021, nas seguintes bases de dados: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), acessada através do portal da PubMed; LILACS (*Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*), acessada através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Web of Science; e EMBASE (*Excerpta Medica Database*). A estratégia de busca foi elaborada a partir da consulta aos Mesh terms (*Medical Subject Headings*) para a pesquisa nas bases da MEDLINE e Web of Science; aos Emtree terms (*Embase subject headings*), para a busca na EMBASE; e aos Decs (Descritores em Ciências da Saúde) para a busca na LILACS. Deste modo, a seguinte estratégia de busca, na língua inglesa e portuguesa, foi construída:

Quadro 01: Estratégia de busca utilizada na revisão.

Base de Dados	Estratégia de busca
MEDLINE, Web of Science e EMBASE	((“Case management” OR “Care coordination” OR “Patient care management”) AND (“Chronic disease” OR Hypertension OR “Diabetes Mellitus”))
LILACS	((“Case management” OR “Care coordination” OR “Patient care management”) AND (“Chronic disease” OR Hypertension OR “Diabetes Mellitus”)) E ((“Administração de caso” OR “Coordenação do cuidado” OR “Administração dos cuidados ao paciente”) AND (“Doença Crônica” OR Hipertensão OR “Diabetes Mellitus”))

Fonte: produção dos autores.

Dessa forma, os resultados das buscas foram consolidados em um gerenciador de referências, sendo identificadas e removidas as referências duplicadas. Em seguida, duas pesquisadoras realizaram a seleção dos estudos através da leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos e, por fim, a leitura dos artigos na íntegra, sendo as discordâncias encontradas durante esse processo, resolvidas por consenso. Qualquer discordância que persistisse após essa verificação, foi resolvida pela análise realizada por um terceiro pesquisador. Além disso, uma das pesquisadoras realizou uma busca adicional no Google Acadêmico, além de rastrear as referências dos estudos incluídos até que nenhuma outra referência elegível fosse encontrada.

Os dados dos estudos selecionados foram extraídos utilizando uma planilha do Excel elaborada pelos autores, contendo os seguintes itens: título do estudo, periódico, autores, ano de publicação, descritores, objetivos, delineamento metodológico, tamanho da amostra, duração e cenário do estudo, país de realização da pesquisa (identificando o modelo de sistema de saúde vigente), análise dos dados, principais achados de acordo com a pergunta que norteou esta revisão, conclusões e limitações. Desta maneira, realizou-se uma síntese descritiva dos estudos de acordo com os principais resultados relacionados às barreiras para a coordenação do cuidado vertical aos indivíduos portadores de HA e/ou DM e/ou suas complicações.

RESULTADOS

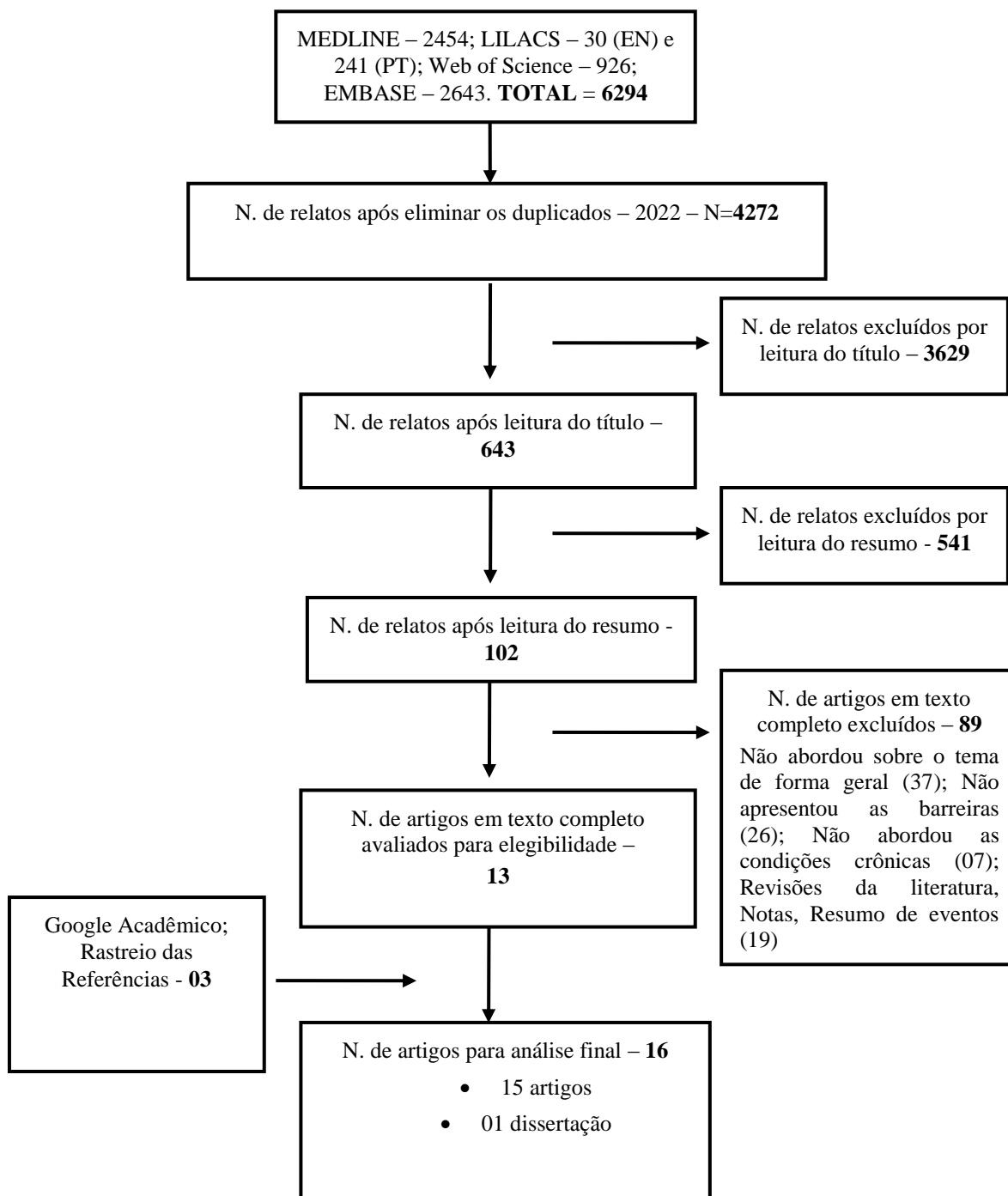
Foram identificadas 6294 publicações, sendo 2643 encontradas na EMBASE, 2454 na MEDLINE, 926 na Web of Science, e 271 na LILACS (30 na busca em inglês e 241 na busca em português) (Figura 01). Com isso, após a eliminação dos estudos duplicados, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, permanecendo 102 estudos para a leitura na íntegra, sendo que destes, 13 foram selecionados para a análise final de acordo com os critérios de elegibilidade. Além disso, buscas complementares foram realizadas no Google Acadêmico, e a partir do rastreamento das referências dos estudos selecionados, foram adicionadas mais 3 publicações, totalizando 16 estudos analisados nesta revisão (15 artigos e 1 dissertação).

Os estudos elegíveis foram publicados entre os anos de 2009 e 2021, como demonstrado no Quadro 02. Os estudos utilizaram diversos delineamentos metodológicos, sendo sete pesquisas de abordagem qualitativa, com predomínio da utilização de entrevistas semiestruturadas para coleta de dados; seis estudos quantitativos com delineamento transversal; e três estudos mistos (qualitativo e quantitativo).

Em relação ao local de realização das investigações, seis foram realizadas nos Estados Unidos (1, 2, 12, 13, 14, 15), cinco no Brasil (3, 8, 9, 10, 11), três na Austrália (4, 5, 6), um na China (7) e um no Quênia (16). No que tange ao contexto dos sistemas de saúde, onze estudos foram realizados em setores públicos (3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15); três no setor privado (1, 2, 16); e dois estudos no setor misto (4, 5).

A partir da análise dos dados extraídos das investigações incluídas nesta revisão, foi possível identificar três categorias relacionadas às barreiras para a coordenação do cuidado vertical, sendo elas: “Integração entre equipes e serviços”, onde são apresentadas barreiras referentes ao processo de trabalho entre distintas equipes e serviços; “Responsabilidade pela coordenação do cuidado” – na qual foram evidenciadas barreiras que abordam o papel de cada profissional e/ou ponto de atenção no desenvolvimento da coordenação do cuidado; e “Barreiras para a continuidade informacional” – onde identificou-se desafios relacionados aos sistemas de informação. Além disso, em um tópico denominado “Outras barreiras”, são apresentados alguns desafios identificados apenas por determinados estudos.

Figura 01 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos nas diferentes etapas da revisão de escopo.



Quadro 02 - Características dos estudos incluídos na revisão. (continua)

Estudo	Ano	Autoria/Local	População do Estudo	Delineamento do Estudo	Cenário do Estudo	Características do Cenário do Estudo
1	2009	MacPhail, Neuwirth, Bellows/EUA	46 Profissionais de saúde e 65 indivíduos diabéticos	Qualitativo – entrevistas semiestruturadas	Kaiser Permanente – Privado	Sistema privado sem fins lucrativos; fornece e coordena todas as necessidades de atendimento de seus membros, desde a prevenção até os cuidados hospitalares; pagamento de parcelas fixas independentemente do uso de serviços.
2	2011	Liss et al./EUA	2051 Indivíduos com condições crônicas selecionadas	Quantitativo transversal	Kaiser Permanente (<i>Group Health</i>) – Privado	VER estudo 2
3	2015	Silva/Brasil	04 Indivíduos diabéticos complicados com retinopatia diabética grave	Qualitativo – entrevista não-estruturada em profundidade	Sistema Único de Saúde - Público	Sistema público de saúde com acesso universal; fornece e coordena serviços em todos os níveis de atenção que compõem o sistema (primário, secundário e terciário), através das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde; financiado com recursos do orçamento da União, dos estados, e dos municípios.
4	2015	Dawda et al./Australia	1865 australianos com mais de 50 anos	Quantitativo transversal	National Seniors Australia (NSA), National Diabetes Services Scheme (NDSS), Lung Foundation Australia (LFA) – Público e Privado	Sistema de saúde híbrido composto por Medicare (público), seguros de saúde privados e Primary Health Networks (PHN's – público); financiado por todos os níveis de governo, organizações não governamentais, seguradoras privadas de saúde e pelos próprios indivíduos quando pagam custos diretos de produtos e serviços que não são

						totalmente subsidiados ou reembolsados.
5	2016	Jowsey et al. (2016)/ Austrália	Indivíduos com doenças crônicas (66 no primeiro estudo; 25 no segundo)	Qualitativo – entrevistas semiestruturadas, não estruturadas e observação participante	Serviços de Atenção Primária e outros – Público e Privado	VER estudo 4
6	2016	Lo et al./Australia	65 participantes (médicos clínico geral e profissionais de saúde)	Qualitativo – grupos focais e entrevistas semiestruturadas	Serviços de saúde terciários – Público	Setor público do sistema de saúde da Austrália, constituído pelo Medicare (sistema universal de saúde do país), composto por três grandes partes: serviços médicos, hospitais públicos; e <i>Primary Health Networks</i> (PHN's), organizações que coordenam os serviços de saúde em áreas locais.
7	2016	Wang et al./China	71 profissionais de saúde	Abordagem mista – quantitativa (questionários) e qualitativa (entrevistas semiestruturadas)	Instituições de saúde de dois condados – Público	Setor público do sistema de saúde da China, composto por seguros: seguro médico básico dos empregados (obrigatório para assalariados), seguro médico básico dos residentes urbanos (para desempregados, é voluntário e sustentado pela contribuição dos trabalhadores e pelos subsídios do governo), e o novo sistema médico cooperativo rural, (voluntário, atende as áreas rurais); o seguro de saúde público cobre serviços de saúde primários, especialidades, emergência, hospitalar e de saúde mental, assim como medicamentos prescritos e medicina tradicional.
8	2017	Aleluia et al./Brasil	02 Equipes de saúde da família	Estudo avaliativo – estudo de caso	Sistem Único de Saúde -	VER estudo 3

			(médicos e enfermeiros) e 03 gestores da APS	utilizando análise documental e entrevistas semi-estruturadas	Público	
9	2017	Bousquat et al./Brasil	18 gestores e 06 usuários de uma região de saúde	Estudo de caso – abordagem quantitativa (questionário) e qualitativa (itinerários terapêuticos)	Sistema Único de Saúde - Público	VER estudo 3
10	2017	Santos et al./Brasil	17 gestores municipais de uma região de saúde	Quantitativo transversal	Sistema Único de Saúde - Público	VER estudo 3
11	2018	Fernandes et al./Brasil	42 profissionais (médicos e enfermeiros) da Atenção Primária à Saúde de uma região de saúde	Quantitativo transversal	Sistema Único de Saúde - Público	VER estudo 3
12	2018	Vimalananda et al./EUA	13 profissionais da atenção primária, 09 indivíduos diabéticos e 12 endocrinologistas	Estudo qualitativo – entrevistas semiestruturadas e grupos focais	<i>Veterans Health Administration</i> - Público	Maior Sistema integrado público de saúde dos EUA; fornece atendimento às necessidades médicas, cirúrgicas e de qualidade de vida dos veteranos e dos membros de suas famílias.
13	2019	Benzer et al./EUA	5806 indivíduos portadores de condições crônicas cadastrados em centros de atenção primária	Estudo quantitativo transversal	<i>Veterans Health Administration</i> - Público	VER estudo 12
14	2019	Mohr et al./EUA	3183 indivíduos e 233 profissionais da Atenção Primária	Estudo quantitativo transversal	<i>Veterans Health Administration</i> - Público	VER estudo 12
15	2020	Benzer et al./EUA	5807 indivíduos diabéticos com outras comorbidades e 100 profissionais de saúde	Quantitativo - Patient Perceptions of Integrated Care (PPIC); Qualitativo - entrevistas semiestruturadas	<i>Veterans Health Administration</i> - Público	VER estudo 12
16	2021	Walcott-Bryant et al./Quênia	Profissionais de saúde de 18 instituições	Qualitativo - entrevistas e observação direta	Sistema privado de saúde do Quênia	O setor privado inclui entidades com e sem fins lucrativos, abrangendo uma

						variedade de prestadores de serviços de saúde, como: Provedores informais não treinados; Provedores formais em clínicas; Policlínicas, asilos, centros de diagnóstico; Hospitais e centros médicos acadêmicos
--	--	--	--	--	--	---

Fonte: produção dos autores.

- **Integração entre equipes e serviços**

Uma grande parte dos estudos evidenciaram algumas barreiras para a coordenação do cuidado vertical relacionadas à integração entre as distintas equipes e serviços. Dentre os desafios referentes a esta dimensão, destacam-se os seguintes: fragilidade no processo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde (3, 6, 8, 10, 11, 14, 15); precariedade do processo de comunicação entre equipes e serviços de diferentes níveis de atenção, contribuindo para uma menor integração entre os atores envolvidos na oferta do cuidado (5, 6, 8, 12, 15, 16); ausência (8, 9, 10, 12) e utilização não padronizada (16) de critérios, instrumentos e/ou protocolos para organização dos fluxos entre os diferentes níveis de atenção; e dificuldade de desenvolver um trabalho colaborativo em equipes multidisciplinares e que atuam em diferentes pontos de atenção com rotinas e normas diferentes (1, 4).

Dentre os estudos que evidenciaram barreiras que comprometem a integração entre equipes e serviços e, conseqüentemente, a coordenação do cuidado vertical, um estudo (8), realizado no Brasil, assinalou algumas causas para a fragilidade nos processos de referência e contrarreferência, como a ausência de tecnologias comunicacionais e a desmotivação e falta de empenho dos profissionais ao realizarem esta tarefa. E um estudo (14), realizado no *Department of Veterans Health* nos EUA, identificou o grande número de pacientes sob responsabilidade do médico da Atenção Primária como uma barreira para o processo de contrarreferência, devido ao consumo do tempo deste profissional, impossibilitando o acompanhamento das contrarreferências enviadas pelo serviço especializado.

Nesta perspectiva, dois estudos (5, 6) revelaram como consequência da falta de integração entre serviços e equipes, a ocorrência de uma dispersão do cuidado ofertado aos

usuários, produzindo planos de tratamentos conflitantes, com múltiplas mudanças, não assegurando a integralidade e continuidade da assistência.

- **Responsabilidade pela coordenação do cuidado**

No que se refere à responsabilidade pela coordenação do cuidado, diversos estudos evidenciaram barreiras relacionadas à esta dimensão, sendo estas: existência de uma confusão sobre os papéis entre os provedores de cuidado no desempenho da coordenação (1, 2, 4, 6, 12, 13, 16), sendo que alguns estudos relataram que, como consequência desta confusão, muitas vezes o próprio paciente acaba assumindo o papel de coordenador do seu cuidado (4, 13); além disso, estudos realizados no âmbito do sistema público de saúde do Brasil, que tem a coordenação do cuidado como um dos atributos e responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), constataram que o não reconhecimento da APS enquanto responsável por essa coordenação, seja pelos usuários ou pelos outros níveis de atenção, configura-se como um grande desafio para o desempenho da coordenação vertical (3, 8, 9).

- **Barreiras para a continuidade informacional**

Problemas relacionados à continuidade informacional foram relatados por grande parte dos estudos, sendo que os seguintes desafios foram apresentados: ausência de prontuários informatizados (3, 8, 9, 10, 11); dificuldade para a integração de diferentes sistemas informatizados entre diferentes níveis de atenção (4, 6, 7, 15, 16); e, mesmo em cenários onde existe a oferta de sistemas informatizados nos serviços de saúde, o uso inadequado pelos profissionais dos registros realizados entre os diversos pontos de atenção, configura-se como uma barreira que compromete o desenvolvimento da coordenação do cuidado (12). Dentre os estudos mencionados, é importante destacar que um estudo (4), ao evidenciar o desafio da integração entre os sistemas informatizados entre diferentes pontos de atenção, identificou que os indivíduos que não reconheciam nenhum profissional e/ou serviço como responsável pela coordenação do seu cuidado, eram mais propensos a encontrar fragilidades no fluxo de informações entre os prestadores de cuidado.

- **Outras barreiras**

Torna-se importante assinalar alguns desafios identificados por determinados estudos, como é o caso de um estudo realizado na China (7) que apontou como uma grande barreira para o desenvolvimento da coordenação do cuidado vertical, a ausência de recursos humanos

qualificados e a rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde. Este mesmo estudo identificou também como um desafio, a ausência de incentivos, seja por meio de políticas ou pelas próprias instituições, que contribuam para a motivação dos profissionais em desempenharem as funções necessárias para que a coordenação seja efetiva.

Ademais, um estudo realizado no *Department of Veterans Affairs* nos EUA (13), evidenciou que os indivíduos portadores de DM que possuíam comorbidades relacionadas à saúde mental relataram menores experiências de coordenação do cuidado quando comparados com indivíduos portadores de DM com comorbidades cardiovasculares. Além disso, alguns estudos, realizados no Brasil (3, 8) e na Austrália (6), identificaram a dificuldade de acesso e insuficiência de vagas para consultas especializadas como um desafio a ser enfrentado, tanto pelos pacientes assim como pelos profissionais, sendo um fator que contribui demasiadamente para a descontinuidade do cuidado.

- **Barreiras e cenários do estudo**

Ao realizar-se uma análise das barreiras evidenciadas pelos estudos de acordo com o cenário de realização dos mesmos, considerando se o estudo foi realizado no setor público e/ou privado de cada sistema de saúde, foi possível identificar determinadas diferenças nesta relação (Quadro 03).

A integração entre equipes e serviços foi uma barreira apontada por estudos realizados em todos os contextos, diferenciando-se pela distribuição de determinados componentes desta categoria entre os setores analisados. A ausência de critérios, instrumentos e/ou protocolos e a debilidade na referência e contrarreferência, apresentaram-se em sete estudos realizados no setor público. Por outro lado, o aspecto referente à dificuldade de desenvolver um trabalho colaborativo foi reportado somente por um estudo desenvolvido no setor privado e um estudo realizado no cenário misto (público e privado), não sendo identificado no setor público.

No que diz respeito à responsabilidade pela coordenação do cuidado, foi possível identificar que este desafio foi reportado em maior proporção pelos estudos realizados no setor privado em comparação aos estudos realizados no setor público e os estudos realizados em cenários mistos.

Dois estudos realizados no setor privado e um estudo realizado em um cenário misto não mencionaram barreiras relacionadas à continuidade informacional. Todavia, esta barreira foi reportada por oito estudos realizados no setor público e por um estudo realizado em um contexto misto. Dos quatro estudos realizados no *Department of Veterans Affairs* nos EUA, dois

reportaram desafios relacionados à continuidade informacional, entretanto tais desafios não foram associados à ausência ou inoperância dos sistemas de informação (como foi apresentado pelos demais estudos do setor público), mas à má utilização destes sistemas pelos profissionais e dificuldade de interoperabilidade dos sistemas, o que também foi evidenciado em um dos três estudos realizados no setor privado.

Em relação às outras barreiras evidenciadas, não foi possível identificar um padrão na relação entre as barreiras identificadas e os diferentes contextos.

Quadro 03 - Relação entre as barreiras para a coordenação do cuidado e os cenários de realização dos estudos.

Contexto do estudo	Estudos	Barreiras Identificadas			
		Integração entre equipes e serviços	Responsabilidade pela coordenação do cuidado	Continuidade informacional	Outras barreiras
Público	3	X	X	X	X
	6	X	X	X	X
	7			X	X
	8	X	X	X	X
	9	X	X	X	
	10	X		X	
	11	X		X	
	12	X	X	X	
	13		X		X
	14	X			
Privado	15	X		X	
	1	X	X		
	2		X		
Público e Privado	16	X	X	X	
	4	X	X	X	
	5	X			

Fonte: produção dos autores.

DISCUSSÃO

As barreiras para o desenvolvimento da coordenação do cuidado vertical mais frequentemente evidenciadas nesta revisão referem-se à integração entre as equipes e serviços, responsabilidade pela coordenação do cuidado e barreiras para a continuidade informacional. Além disso, outras barreiras também foram identificadas, como a ausência de recursos humanos qualificados, rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, presença de comorbidades relacionadas à saúde mental, dificuldade de acesso e insuficiência de vagas para consultas especializadas. As barreiras para a continuidade informacional foram mais frequentes no setor

público e as barreiras relacionadas à responsabilidade pela coordenação foram mais frequentes no setor privado.

Kuschnir, Chorny (2010) destacam a importância de levar em consideração a natureza distinta de organização dos sistemas de saúde ao se analisar as formas de operacionalização e os desafios para a coordenação do cuidado. Os sistemas organizados em redes regionalizadas de saúde, característica dos sistemas nacionais universais, por exemplo, operam sob a lógica da garantia do direito à saúde, na busca pela redução das desigualdades, através da provisão dos serviços em redes, de forma coordenada e contínua, para uma população definida geograficamente. Já os sistemas integrados americanos, como a Kaiser Permanente, buscam também ofertar um cuidado coordenado e contínuo através da articulação entre diversos provedores, porém estes serviços são disponíveis de acordo com a capacidade de pagamento de cada indivíduo, traduzindo-se em um acesso desigual e seletivo, além da não incorporação de questões referentes aos determinantes sociais no planejamento do cuidado ofertado. Dessa forma os desafios podem ser apresentados de formas distintas de acordo com as características dos sistemas de saúde.

No que se refere aos aspectos concernentes à integração entre equipes e serviços de diferentes níveis assistenciais, mais frequentemente reportada nesta revisão por estudos realizados no setor público dos sistemas de saúde, outras investigações também evidenciaram a fragilidade do processo de referência e contrarreferência, no mesmo contexto, como um desafio para a garantia da integração entre os diversos atores (Almeida et al., 2010; Vargas et al., 2016; Julia et al., 2019; Oliveira et al., 2019; Serra, Rodrigues, 2010; Almeida, Giovanella, Nunan, 2012; Ribeiro, Cavalcanti, 2020). Estudo realizado por Oliveira et al. (2019), em duas redes de atenção à saúde no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, evidenciou utilização apenas burocrática dos formulários de referência e contrarreferência, identificando preenchimento inadequado, com informações incompletas, além de baixo recebimento pelos profissionais, detectando o paciente como o principal responsável pelo envio destes formulários, sobretudo na atenção especializada. Em uma revisão realizada por Greenwood-Lee et al. (2018) com estudos desenvolvidos em diversos tipos de sistemas de saúde, os autores apontam algumas causas, para a ocorrência de deficiências no processo de referência dos pacientes da atenção primária para o serviço especializado, também evidenciadas nesta revisão. Dentre estas, destacam-se erros relacionados à necessidade, adequação, pontualidade e comunicação dos encaminhamentos;

atrasos no envio das informações devido a falhas dos sistemas informatizados de comunicação; e ineficiência na organização dos fluxos dos pacientes entre os distintos serviços.

A ausência de fluxos formais e de regulação encontrada nesta revisão como uma barreira associada à integração entre os serviços de saúde, principalmente nos estudos realizados no setor público, também tem sido reportada por outras investigações em âmbito hospitalar e em serviços públicos especializados (Almeida et al., 2010; Elliott et al., 2018). Estudo realizado por Almeida et al. (2010), no contexto do sistema público de saúde brasileiro, evidenciou o contato informal entre profissionais para obtenção de internações e cirurgias, assim como a inexistência de centrais municipais de regulação para leitos e internações como grandes obstáculos para o processo de integração da rede de atenção à saúde de maneira geral. Ademais, em estudo realizado por Serra e Rodrigues (2010), a má utilização dos protocolos clínicos, quando existentes, configura-se também como um importante desafio para a integração entre os pontos de atenção à saúde. A literatura salienta que o uso de guias e protocolos compartilhados pelos distintos profissionais e pontos de atenção, através de um processo único e coerente, é imprescindível para garantir uma integração clínica entre os provedores envolvidos na oferta do cuidado, em especial aos indivíduos portadores de doenças crônicas (Herrera et al., 2016).

Outro ponto a ser destacado diz respeito a precariedade do processo de comunicação entre as equipes envolvidas na prestação do cuidado, que foi identificada como uma barreira transversal aos contextos analisados nesta revisão. A escassez de integração e a comunicação inadequada entre os diferentes provedores tem sido apontadas como fatores que contribuem para atrasos na prestação de serviços de saúde, principalmente para pacientes com múltiplas doenças crônicas, diminuindo a obtenção de resultados positivos na assistência e aumentando os custos dos serviços prestados (Clarke et al., 2017). Estudos têm demonstrado que pacientes com multimorbidades, em especial as associadas a doenças mentais (Lamothe, Sylvain, Sit, 2015), e aqueles com baixa autonomia e/ou reduzidos recursos financeiros e/ou precário apoio social (Tarrant et al., 2015; Czypionka et al., 2020), são mais vulneráveis a vivenciarem um cuidado fragmentado, uma vez que estes indivíduos exigem uma maior demanda por serviços de saúde, além de cuidados multidisciplinares mais complexos (Calnan, Hutten, Tiljak, 2007).

Além disso, evidências apontam que a ausência de comunicação entre os diversos prestadores de saúde pode ocasionar a elaboração de planos de tratamento conflitantes, uma vez que os profissionais não tem conhecimento das recomendações uns dos outros, além de exigir

dos pacientes a repetição das suas informações de saúde diversas vezes para diferentes profissionais (Elliott et al., 2018; Chang et al., 2018). Em contrapartida, evidencia-se que um processo de comunicação eficaz e a existência de confiança entre os profissionais envolvidos no cuidado de indivíduos com necessidades de saúde complexas, refletem diretamente no êxito do processo de elaboração de planos de cuidado coerentes e de acordo com as reais necessidades do paciente, sendo necessário esforço, tempo e a criação de uma cultura de trabalho em equipe entre os profissionais envolvidos para a construção de relações não-hierárquicas e de uma atenção centrada na pessoa (Czypionka et al., 2020).

Ainda no que diz respeito à integração entre equipes e serviços, a dificuldade de desenvolver um trabalho colaborativo entre equipes multidisciplinares de diferentes níveis assistenciais, configura-se como uma barreira, identificada nos setores privado e mistos nesta revisão, que contribui demasiadamente para o aumento da complexidade do desempenho da coordenação vertical. Estudos realizados em setores públicos dos sistemas de saúde corroboram com esses achados e ao analisarem a coordenação do cuidado de forma geral nas redes de atenção, tem apontado alguns fatores que contribuem para essa dificuldade, como o aspecto cultural e histórico da supremacia de determinados níveis assistenciais e profissões sobre outros, o que colabora para a formação de valores contrários ao desenvolvimento de um trabalho em equipe de forma colaborativa (Oliveira et al., 2019; Martínez, Navarrete, Lorenzo, 2009; Almeida, Giovanella, Nunan, 2012; Ribeiro, Cavalcanti, 2020).

Em relação à responsabilidade pela coordenação do cuidado evidenciada nesta revisão, associada à fragilidade no estabelecimento dos papéis e responsabilidades de cada profissional e pontos de atenção, reportada em maior proporção nos estudos realizados no setor privado, Starfield (2002) sugere que, na organização dos sistemas de saúde, a atenção primária configura-se como o nível de atenção mais apropriado para a coordenação do cuidado, sendo considerado um dos atributos da APS pela autora, devido à proximidade com o contexto de vida dos indivíduos e o vínculo estabelecido entre profissionais e pacientes. Em um estudo realizado por Elliott et al. (2018), em uma província canadense, os autores evidenciaram preferência dos próprios pacientes pela atenção primária enquanto nível assistencial responsável pela coordenação do cuidado, tendo como principal motivo o vínculo criado com os profissionais deste nível assistencial. Nesta perspectiva, ao compreender a coordenação do cuidado como uma dimensão da atenção primária, a mesma atua como um sistema de *gatekeeping*, através da

garantia do atendimento no primeiro contato e resolutividade, referenciamento para a atenção especializada, quando necessário, e realização de um trabalho colaborativo com os demais níveis de atenção (Kringos et al., 2010).

Bodenheimer (2008), em uma análise realizada no contexto do sistema de saúde dos EUA, constatou que é extremamente difícil a efetivação da coordenação do cuidado sem uma atenção primária robusta e sólida, o que foi evidenciado também nesta revisão nos estudos realizados no setor público, em especial aqueles que foram desenvolvidos no Brasil e que tem a APS como responsável pela coordenação do cuidado e centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Neste sentido, a literatura nacional tem apontado que para que a coordenação do cuidado seja desempenhada efetivamente pela atenção primária, torna-se necessário o fortalecimento da APS para que a mesma possa atuar de forma resolutiva, com sustentabilidade financeira, recursos humanos capacitados e em quantidade suficiente, além da garantia de uma rede de serviços articulada com este nível assistencial, através da sincronia e suficiência das ações e serviços de saúde para um objetivo comum que é a garantia de uma atenção integral de acordo com as reais necessidades dos indivíduos (Turci, Lima-Costa, Macinko, 2015; Silva, Baitello, Fracoli, 2015; Almeida et al., 2010; Almeida, Giovanella, Nunan, 2012; Ribeiro, Cavalcanti, 2020).

Já no tocante às barreiras para a continuidade informacional, estudos identificam que o uso de prontuários eletrônicos e diretrizes clínicas pelos profissionais configuram-se como mecanismos que garantem a promoção da troca de informações clínicas de maneira eficaz, além de contribuir para que seja alcançado um consenso no desenvolvimento do cuidado compartilhado (Vargas et al., 2016; Aller et al., 2019). Embora nesta revisão a ausência de sistemas de registros computadorizados e a inexistência de interoperabilidade entre os mesmos tenham sido identificadas majoritariamente por estudos desenvolvidos no setor público, a literatura sobre coordenação do cuidado não restrita às pessoas com doenças crônicas tem evidenciado este desafio de maneira geral (Bodenheimer, 2008; Vargas et al., 2016; Clarke et al., 2017; Chang et al., 2018; Elliott et al., 2018; Serra, Rodrigues, 2010; Mendes, Almeida, 2020).

No que tange às outras barreiras evidenciadas nesta revisão, a ausência de recursos humanos qualificados e a rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, soma-se à outras questões evidenciadas em estudos realizados no contexto do sistema público de saúde brasileiro, e também no espanhol, como a responsabilidade dos profissionais da atenção primária,

constituindo-se como fatores que comprometem o desenvolvimento da coordenação entre níveis assistenciais (Almeida et al., 2016; Vargas et al., 2016; Aller et al., 2019). Além disso, as barreiras relacionadas à dificuldade de acesso e a insuficiência de consultas especializadas identificadas nesta revisão, também foram evidenciadas em outras investigações realizadas no cenário nacional, as quais comprometem a integralidade do cuidado ofertado (Bousquat et al., 2019; Almeida et al., 2010).

Por fim, destaca-se que as barreiras evidenciadas nesta revisão, apresentam-se como processos interconectados e interdependentes entre si, sendo extremamente complexo dissociar os componentes integrantes das categorias aqui propostas. Assim, de maneira geral, compreende-se a coordenação do cuidado vertical, por si só, como um processo complexo e transversal entre os diferentes contextos dos diversos sistemas de saúde analisados. Em uma análise realizada acerca do modo de organização dos sistemas de saúde em alguns países europeus, Calnan, Hutten e Tiljak (2007) constataram também que a ocorrência de cuidados fragmentados e problemas de continuidade e coordenação do cuidado encontram-se presentes independentemente do tipo de arranjo organizacional do sistema de saúde.

Esta revisão apresenta algumas limitações, como a escassez de estudos realizados nos setores privados dos sistemas de saúde acerca da temática estudada. A diversidade de conceitos sobre “coordenação do cuidado” utilizada pela literatura configurou-se como um desafio para a seleção dos estudos, sendo minimizada pela leitura na íntegra de todas as publicações que não apresentaram de maneira clara o objeto de estudo. Além disso, é preciso reconhecer as limitações da metodologia de revisão utilizada, como a não avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Em última análise, sugere-se a realização de investigações científicas acerca de algumas questões evidenciadas nesta revisão e que necessitam de aprofundamento, como a complexidade clínica do paciente e presença de multimorbidades enquanto desafios para a coordenação do cuidado; integração e adequação dos sistemas de registros eletrônicos de acordo com o contexto do sistema de saúde; e maior exploração das questões relacionadas à coordenação do cuidado pelos sistemas privados de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I. R. S.; et al. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALLER, M.B. et al. Doctors' opinion on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gac Sanit*, v.33, n.1, p.66-73, 2019.
- ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012.
- ALMEIDA, P. F. de; et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F. De; et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, p.320-335, 2016.
- ALMEIDA, P. F. de; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.
- ALMEIDA, P. F. de; OLIVEIRA, S. C. de; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2213-2227, 2018.
- BENZER, J. K.; et al. Survey of patient-centered coordination of care for diabetes with cardiovascular and mental health comorbidities in the department of veterans affairs. *J Gen Intern Med*, v. 34, n. sup1, 2019.
- BENZER, J.K.; et al. A mixed methods study of the association of non-veterans affairs care with veterans' and clinicians' experiences of care coordination. *Medical Care*, v.58, n.8., 2020.
- BODENHEIMER, T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 10, p. 1064–1071, 2008.
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.
- BOUSQUAT, A.; et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. sup2, 2019.
- CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. *The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface*. In: SALTMAN, R.S.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007.

CHANG, L.; et al. "It's really overwhelming": patient perspectives on care coordination. *JABFM*, v. 31, n. 5, 2018.

CLARKE, J. L.; et al. An innovative approach to health care delivery for patients with chronic conditions. *Population Health Management*, v. 20, n. 1, 2017.

CZYPIONKA, T.; et al. The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs. *BMC Health Services Research*, v.20, n.1102, 2020.

DAWDA, P.; et al. Does it matter who organises your health care? *Int J Integr Care*, v. 15, 2015.

ELLIOTT, J.; et al. Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. *BMC Family Practice*, v. 19, n. 137, 2018.

FERNANDES, L. A.; et al. Coordenação do cuidado em uma região administrativa do distrito federal: uma pesquisa avaliativa. *Enferm. Foco*, v. 9, n. 1, p. 13-18, 2018.

GREENWOOD-LEE, J. et al. A Categorisation of Problems and Solutions to Improve Patient Referrals from Primary to Specialty Care. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, p. 986, dez. 2018.

HERRERA, J. C. M.; et al. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, v. 26, n. 1, p. 55-60, 2016.

HUDON, C. SANCHE, S.; HAGGERTY, J.L. Personal characteristics and experiences of primary care predicting frequent users of emergency department: a prospective cohort study. *Plos One*, 2016.

JOWSEY, T.; et al. Time to manage: patient strategies for coping with an absence of care coordination and continuity. *Sociology of Health & Illness*, p. 1-20, 2016.

JULIA, P. 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. *Revista de Salud Pública*, v. 23, n. 1, p. 26-40, 2019.

KASTNER, M. et al. Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic disease in older adults: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, v. 190, n. 34, 2018.

KRINGOS, D. S.; et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 65, 2010.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAMOTHE, L.; SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidité et soins primaires : émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau. *Santé Publique*, v. S1, n. HS, p. 129, 2015.

LISS, D. T.; et al. Patient-reported care coordination: associations with primary care continuity and specialty care use. *Annals of Family Medicine*, v. 9, n. 4, 2011.

LO, C.; et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease – a qualitative study. *BMC Nephrology*, 2016.

MACPHAIL, L. H.; NEUWIRTH, E. B.; BELLOWS, J. Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record. *Medical Care*, v. 47, n. 9, 2009.

MARCHILDON, G. The integration challenge in Canadian regionalization. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. sup2, 2019.

MARTÍNEZ, D. H.; NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac San*, v. 23, n. 4, p. 280-286, 2009.

MENDES, L.S.; ALMEIDA, P.F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Rev Saúde Pública*, v.54, n.121, 2020.

MENICUCCI, T.M.G. *A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS - uma análise institucional*. Santiago do Chile: ONU, 2014.

MOHR, D. C.; et al. Organizational coordination and patient experiences of specialty care integration. *J Gen Intern Med*, v. 34, n. sup1, 2019.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.R.; NAVARRETE, M.L.V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, v.20, n.6, p.485-495, 2006.

OLIVEIRA, C. R. F. de; et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: OPS, 2010.

RIBEIRO, S.P.; CAVALCANTI, M.L.T. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do cuidado e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.25, n.5, p.1799-1808, 2020.

SANTOS, C. M. dos; et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 5, 2017.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, sup3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, M. S. da. *Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no sus a partir da retinopatia diabética grave*. Recife: [s.n.], 2015.

SILVA, S. A. da; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev, Latin-Am. Enfermagem*, v. 23, n. 5, p.979-987, 2015.

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

TARRANT, C. et al. 'Falling through gaps: primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Family Practice*, v. 32, n. 1, p. 82-87, 2015.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

VARGAS, I. et al. Barriers to Healthcare 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, jul. 2016.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

VIMALANANDA, V.; et al. Patient, PCP, and specialist perspectives on specialty care coordination in an integrated health care system. *J Ambul Care Manage*, v. 41, n. 1, p. 15-24, 2018.

WALCOTT-BRYANT, et al. Addressing Care Continuity and Quality Challenges in the Management of Hypertension: Case Study of the Private Health Care Sector in Kenya. *Journals of Medical Internet Research*, v.23, n.2, 2021.

WANG, X. et al. Coordination of care in the Chinese health care systems: a gap analysis of service delivery from a provider perspective. *BMC Health Services Research*, v. 16, n. 571, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Major non-communicable diseases and their risk factors*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <www.who.int/ncds/en/>. Acesso em: 26 fev. 2020.

6.2 ARTIGO 02

A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na atenção às pessoas com doenças crônicas em uma região de saúde do Espírito Santo

Care coordination by Primary Health Care in the care of people with chronic diseases in a health region of Espírito Santo

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas em uma região de saúde do estado do Espírito Santo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos participantes foram gestores e profissionais atuantes na APS. A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2020, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas foram realizadas individualmente através de aplicativos de videochamada. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática de Braun e Clarke e em consonância com a literatura pertinente à temática. Os participantes destacam desafios e esforços relacionados ao desenvolvimento da coordenação do cuidado que atravessam todos os pilares que compõem este atributo (coordenação clínica; coordenação administrativa/organizacional; coordenação da informação), destacando que tais desafios foram intensificados durante o período da pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Coordenação do cuidado.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the role of Primary Health Care (PHC) in coordinating the care in the healthcare network for people with chronic diseases in a health region in the state of Espírito Santo (Brazil). This is a qualitative research, whose participants were managers and health professionals working in PHC. Data collection occurred from June to December 2020, through a semi-structured interview script. The interviews were carried out individually through video call apps. Data were analyzed using the thematic analysis technique proposed by Braun and Clarke and according to relevant literature. Participants highlight challenges and efforts related to the development of care coordination that cross all the pillars that make up this attribute (clinical coordination; administrative/organizational coordination; information coordination), noting that such challenges were intensified during the period of the Covid pandemic. 19.

Keywords: Primary Health Care; Chronic Disease; Care Coordination.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, é possível observar uma mudança do perfil epidemiológico, com um aumento expressivo das doenças crônicas não-transmissíveis mundialmente. No Brasil, por exemplo, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em 2019, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de mortalidade no país, seguida das neoplasias. A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estima que, nos países que compõem o BRIICS (Brasil, Rússia, Índia, Indonésia, China e África do Sul), os custos públicos e privados totais com cuidados de longa duração, em especial aqueles relacionados as doenças crônicas, terão uma elevação de uma taxa estimada de 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB) até 2060, em um cenário de contenção de custos (OECD, 2013).

Os indivíduos com doenças crônicas são considerados usuários frequentes dos serviços de saúde e, usualmente, demandam assistência de diferentes profissionais que atuam em diversos pontos de atenção da rede por um longo período de tempo. Assim, indivíduos com doenças crônicas estão mais suscetíveis a encontrarem dificuldades na integração do seu cuidado, vivenciando um cuidado fragmentado, que aumenta os riscos para a ocorrência de complicações e mortalidade (HUDON et al., 2015).

Nesta perspectiva, torna-se imperativo avançar na organização dos sistemas de saúde, buscando superar a sua fragmentação e promover a integração entre os serviços de saúde com o intuito de ofertar um cuidado integral e que atenda às atuais e reais necessidades de saúde dos indivíduos (OPS, 2010). No Brasil, com o objetivo de enfrentar a fragmentação da assistência e da gestão em saúde, a partir do século XXI intensificou-se a discussão acerca da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que caracteriza-se pela comunicação efetiva, relacionamento horizontal e atuação articulada entre todos os níveis assistenciais, tendo como centro de comunicação e responsável pela coordenação do cuidado a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010; ARRUDA et al, 2015).

Assim, dentre os atributos essenciais da APS propostos por Starfield (2002), que incluem a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, tem-se evidenciado que na atenção às pessoas com doenças crônicas, a coordenação do cuidado configura-se como um elemento essencial, uma vez que possibilita a oferta de um cuidado contínuo e integrado, além de contribuir para a redução de custos para os sistemas de saúde e diminuição na elaboração de planos de tratamento conflitantes (BOUSQUAT et al., 2017;

ALELUIA et al., 2017; ELLIOT et al., 2018). A coordenação do cuidado apresenta diversos conceitos na literatura, sendo adotado neste estudo, a compreensão da coordenação como a articulação harmoniosa entre os diferentes serviços de saúde envolvidos na prestação do cuidado ao indivíduo, independente do lugar onde esses serviços sejam ofertados, de modo que se alcance um objetivo comum sem conflitos, garantindo a continuidade do cuidado integrado e ofertado em tempo oportuno entre os diferentes pontos de atenção da rede (STARFIELD, 2002; NÚÑEZ, LORENZO, NAVARRETE, 2006; VIANA et al., 2018). Ademais, a coordenação pode ser classificada nas dimensões vertical, onde ocorre a interação entre diversos níveis de atenção, e horizontal, em que as ações se concentram no mesmo nível de atenção (ALMEIDA et al., 2018).

No Espírito Santo (ES), evidencia-se uma escassez de estudos acerca da realização da coordenação do cuidado pela APS nas suas redes de atenção. No que se refere ao processo de constituição das RAS no estado, as primeiras iniciativas para a organização dos serviços de saúde em redes ocorreram em 2008, com a constituição de redes temáticas considerando as necessidades locorregionais (COELHO, 2011). Até a última gestão, o estado do ES buscou investir na organização do sistema de saúde em redes de atenção através da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que é um processo apoiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) visando à organização dos macroprocessos da APS e da atenção ambulatorial especializada (AAE) de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (BRASIL, 2011a). No bojo desse processo, instituiu-se a Rede Cuidar nas regiões de saúde do estado, como um novo modelo de organização dos processos de trabalho entre APS e AAE, buscando pautar a assistência ofertada de acordo com as necessidades dos usuários, realizando também a implantação de Unidades de Cuidado Integral à Saúde (UCIS) destinada à indivíduos portadores de doenças crônicas classificados em alto e muito alto risco pela APS (BRASIL, 2017).

Assim, considera-se a necessidade de pesquisas que busquem analisar as potencialidades e os desafios vivenciados pela APS na coordenação do cuidado tanto na esfera local quanto regional, no âmbito da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no ES, considerando que avaliar o desempenho do sistema de saúde é fundamental para o planejamento em saúde. É nessa perspectiva que esta investigação pretende contribuir na análise desse atributo da APS, ressaltando os processos de integração assistencial da APS na rede de atenção. Deste modo, o objetivo da presente investigação é analisar o papel da APS na coordenação do cuidado na Rede

de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas em uma região de saúde do estado do Espírito Santo.

MÉTODOS

Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, a qual permite a apreensão de aspectos objetivos e subjetivos do objeto em estudo. A pesquisa qualitativa compreende uma abordagem interpretativa que direciona o estudo em seus cenários naturais, buscando entender e interpretar os fenômenos através dos seus significados. Este tipo de pesquisa é comprometida com a práxis e a mudança social, por meio da introdução de novos significados aos problemas, gerando conhecimento sobre elementos significativos que compõem a experiência humana (LACERDA, COSTENARO, 2015).

Cenário do Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na região de saúde Norte do Espírito Santo. A escolha dessa região se justifica pelo fato da mesma ter sido a primeira região do estado a passar pelo processo de organização da atenção à saúde por meio da Planificação da Atenção à Saúde e fortalecimento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da implantação da Rede Cuidar, possuindo unidade de atenção ambulatorial especializada de referência aos portadores de doenças crônicas de alto risco, a Unidade Cuidar. É relevante destacar que o processo de planificação não foi a primeira iniciativa de organização dos serviços de saúde em redes no ES e na região. Em 2008, com o apoio do CONASS, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) investiu na constituição de redes temáticas, de acordo com as necessidades e singularidades das regiões do estado e, na ocasião, a região norte foi uma das pioneiras nesse processo (COELHO, 2011).

A região Norte é a menos populosa do estado, tendo 384.861 habitantes de acordo com a realização do último censo do IBGE em 2010, destes 72,11% residem na área urbana e 27,89% na área rural, sendo a região que apresenta os índices mais baixos de desenvolvimento humano e econômico do estado e muitos vazios assistenciais (IBGE, 2012; BRASIL, 2011b). A região Norte, durante o período de coleta de dados desta pesquisa, era composta por 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus,

Vila Pavão), de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011. Entretanto, com a promulgação da resolução nº 153/2020 em 18 de dezembro de 2020 pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), atualmente o estado do Espírito Santo passa a ser dividido em três regiões de saúde Norte/Central, Metropolitana e Sul. Assim, com a junção da maior parte dos municípios da região Central com a região Norte, atualmente a região Central/Norte é composta por 29 municípios e tem uma população estimada de 971.605 habitantes (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2020).

Foram incluídos neste estudo municípios pólo da região de acordo com o PDR do estado, seguida pela análise do porte populacional, sendo escolhidos municípios de grande e pequeno porte, totalizando a inclusão de cinco municípios, identificados por meio das letras A, B, C, D e E. Destaca-se que a Unidade Cuidar localiza-se no município E, sendo referência para todos os municípios da região.

Em Dezembro de 2020, segundo dados do Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do governo federal, nos municípios desta investigação, a cobertura de Atenção Básica (AB), que se refere à cobertura populacional estimada na Atenção Básica, incluindo o percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por equipes de Atenção Básica tradicional, era a seguinte: município A – cobertura AB de 100%, sendo 92,72% cobertura ESF; município B – cobertura AB de 90,56%, sendo este valor correspondente a cobertura ESF; município C – cobertura AB de 81,61%, sendo 71,32% de cobertura ESF; município D – cobertura AB de 89,29%, sendo este valor correspondente a cobertura ESF; e município E – cobertura AB de 100%, sendo 89,50% de cobertura ESF. Destaca-se que os dois municípios, B e D, que apresentam a totalidade da cobertura de AB operacionalizada por equipes de ESF, não são os municípios pólo da região e possuem os menores portes populacionais dentre os municípios deste estudo.

Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados durante os meses de junho a dezembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas com atores-chave dos municípios, atuantes na gestão e nos serviços da Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas (gestores municipais, coordenadores da APS nos municípios e profissionais de saúde). As entrevistas individuais ocorreram por meio de aplicativos de videochamada em dia e horário de preferência dos participantes, após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos mesmos, considerando o contexto de distanciamento social exigido durante a

pandemia de Covid-19, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e com respeito à linguagem utilizada pelos sujeitos da pesquisa.

Os roteiros de entrevista utilizados são uma versão adaptada do roteiro elaborado por Aleluia (2014), onde optou-se pela utilização de um evento traçador, Acidente Vascular Encefálico (AVE) decorrente de Hipertensão Arterial (HA) na construção do roteiro. A escolha deste evento traçador se deu devido a sua alta prevalência, sendo atualmente a segunda causa de mortalidade mundial, no Brasil e no Espírito Santo, assim como pelo fato de ser um agravo com fluxos assistenciais estabelecidos, podendo ser prevenido por meio das ações da APS (WHO, 2016; BRASIL, 2011a; RODRÍGUEZ et al, 2006).

Ressalta-se que, durante a realização deste estudo, o mundo vivenciava a pandemia de Covid-19, declarada em Março de 2021 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que impactou diretamente na organização dos serviços e atuação da APS diante da atual emergência sanitária, refletindo, de maneira expressiva, na realização da coleta de dados desta pesquisa, assim como nos discursos dos participantes.

Os gestores entrevistados foram aqueles que estavam ocupando os respectivos cargos nos municípios selecionados no momento de realização do trabalho de campo. Já os profissionais de saúde foram selecionados por conveniência a partir da indicação do coordenador da APS do município com base nos seguintes critérios: conhecimento aprofundado da realidade do sistema de saúde local; tempo de trabalho no município longo o suficiente para dar condições ao profissional de criar vínculos com o território e conhecer os problemas e desafios da rede de atenção local; desenvoltura e interesse na participação de experiência de análise e avaliação de sistemas e serviços de saúde; concordância com a participação na presente pesquisa. Foram excluídos aqueles que, no período da coleta de dados, estavam ausentes por motivo de afastamento ou férias. Neste sentido, participaram da pesquisa oito gestores e dez profissionais de saúde, após três recusas de profissionais da gestão e onze recusas de profissionais da APS.

Os pilares, dimensões e as variáveis utilizadas na coleta e análise dos dados abarcam elementos centrais para a realização da coordenação já utilizadas em outros estudos: coordenação clínica - posição ocupada pela APS no sistema e capacidade de resolução da APS; coordenação administrativa/organizacional - estrutura organizacional e administrativa da rede de serviços de saúde e integração entre equipes e serviços; e coordenação da informação - instrumentos para continuidade informacional (Quadro 01) (ALMEIDA et al, 2010; BOUSQUAT et al, 2017).

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006), que é uma sugestão recente de análise de dados em pesquisas qualitativas, sendo majoritariamente utilizada em pesquisas do campo da psicologia e com uma aplicação ainda incipiente no cenário de pesquisa nacional. Por meio de uma abordagem teórica (dedutiva) dos dados, que se orienta por um conjunto bem definido e preestabelecido de temas já identificados em estudos semelhantes (como apresentado no parágrafo acima), buscou-se identificar, analisar e relatar os temas principais presentes nos depoimentos dos entrevistados, através de uma organização e descrição rica dos detalhes encontrados nos dados. Esta técnica é composta pelas seguintes etapas: (1) familiarização com os dados, (2) gerando códigos iniciais, (3) procurando temas, (4) revisando os temas, (5) definindo e nomeando os temas, e (6) produzindo o relatório. Destaca-se que a realização destas etapas não se configurou como um processo linear, mas sim como um processo recursivo, onde o movimento entre as fases foi realizado conforme necessário (BRAUN, CLARKE, 2006).

Quadro 01 – Pilares, dimensões e variáveis utilizadas para coleta e análise dos dados – coordenação do cuidado.

Pilares	Dimensões	Variáveis	Fonte
Clínica	Posição ocupada pela APS no sistema	APS como porta de entrada preferencial na região	Gestores e profissionais de saúde
		Acesso à AAE depende de encaminhamento da APS	
		Responsável pela coordenação do cuidado	
	Capacidade de resolução da APS	Coleta de exames na UBS	Profissionais de Saúde
		ECG na UBS	Profissionais de Saúde
		Dispensação de medicamentos para HA na UBS	Profissionais de Saúde
		Quantidade suficiente de medicamentos para HA	Gestores e Profissionais de Saúde
		ACS realizam busca ativa por usuários com HA	Profissionais de saúde
		Aferição de PA em todas as consultas	Profissionais de saúde
		Estratificação de risco cardiovascular	Profissionais de saúde
		Avaliação de risco de doença renal	Profissionais de saúde
		Grupos de educação em saúde para hipertensos	Profissionais de saúde
Uso de protocolos clínicos para HA	Gestores e Profissionais de Saúde		

		Organização da atenção ao paciente HA com base em classificação de risco	Gestores e Profissionais de Saúde
	Capacidade de resolução após AVE	Acompanhamento de todos os pacientes da área com AVE	Profissionais de Saúde
		Oferta de ações de reabilitação	Gestores e Profissionais de Saúde
		ACS realiza visita domiciliar após alta hospitalar	Profissionais de Saúde
		Médico ou enfermeiro realizam visita domiciliar após alta hospitalar	Profissionais de Saúde
		Apoio do NASF	Gestores e Profissionais de Saúde
Administrativa/ Organizacional	Organização dos fluxos para AAE	Garantia de encaminhamento oportuno para os demais níveis de atenção	Gestores e Profissionais de Saúde
		Existência de fluxos definidos	
		Integração de serviços na região	
		Encaminhamento oportuno para cardiologia, neurologia e reabilitação	
		Encaminhamento para AAE de pacientes com HA grave, refratária ou secundária	
		Percurso padronizado e facilitado para acesso dos pacientes a AAE	
		Existência de monitoramento de filas para AAE	
		Integração da APS na RUE	
	Integração entre equipes e serviços	Equipe da APS é informada da internação de paciente no hospital	Gestores e Profissionais de Saúde
		Médicos da APS acompanham pacientes na internação	Gestores e Profissionais de Saúde
		Equipe da APS recebe relatório de alta hospitalar com plano terapêutico	Gestores e Profissionais de Saúde
		Na alta o usuário é orientado a procurar a APS	Gestores e usuários
		Médicos da APS contatam especialista da AAE para troca de informações	Profissionais de Saúde
		Equipe da APS recebe informações escritas das consultas com especialista	Gestores e Profissionais de Saúde
		Atividades de educação conjunta dos profissionais da APS e da AAE	Gestores e Profissionais de Saúde
Equipe da APS é notificada de atendimento do usuário na RUE		Gestores e Profissionais de Saúde	
Continuidade Informacional	Instrumentos para continuidade informacional	Uso de prontuário eletrônico	Gestores e Profissionais de Saúde
		Uso de Protocolo Clínico	
		Registro do diagnóstico HA no prontuário	

Fonte: Adaptado de: Bousquat et al. (2017).

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, inscrito sob o Parecer nº 3.647.975. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de participarem ou não da mesma, conforme estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Nesta investigação, foram entrevistados oito participantes que atuam na gestão na região estudada, sendo que três ocupavam o cargo de Secretário(a) Municipal de Saúde (37,5%) e cinco ocupavam o cargo de Coordenadores da Atenção Primária à Saúde (APS) (62,5%). Seis dos oito gestores entrevistados eram do sexo feminino (75%) e possuíam formação acadêmica na área da saúde (75%). O maior tempo de atuação na gestão entre os entrevistados foi de 14 anos e o menor foi de meses. No que diz respeito aos profissionais, dez profissionais que atuam na APS dos cinco municípios incluídos nesta pesquisa foram entrevistados, sendo a maior parte (oito profissionais) do sexo feminino (80%). Em relação à categoria profissional, participaram sete enfermeiros(as) (70%) e três médicos(as) (30%). Dentre os profissionais entrevistados, o participante com maior tempo de atuação na equipe de Atenção Primária tinha 11 anos de experiência e o participante com menor tempo tinha seis meses.

A partir da análise das entrevistas, algumas categorias temáticas foram propostas com base nos pilares da coordenação do cuidado elaborados por Vargas et al. (2016) e os seus componentes de acordo com as dimensões e variáveis propostos por Bousquat et al. (2017), sendo eles: coordenação clínica, que se refere a oferta de um cuidado contínuo e complementar entre os níveis de atenção envolvidos na prestação do cuidado ao usuário e provém de uma Atenção Primária fortalecida; coordenação administrativa, que abrange os fluxos e organização dos serviços da RAS que possibilitam a integração entre os distintos níveis de atenção que compõem o sistema de saúde para que seja garantido o acesso a um cuidado contínuo ao usuário de acordo com as suas necessidades de saúde; e a coordenação da informação que diz respeito as diferentes estratégias que asseguram que as informações sobre o usuário estejam disponíveis para todos os profissionais de todos os pontos que atenção que prestam assistência ao mesmo.

Coordenação Clínica

- Capacidade de resolução da APS

Na atenção ao usuário hipertenso que não vivenciou um episódio de AVE, os participantes destacam algumas ações desenvolvidas pela APS que possuem o intuito, segundo os mesmos, de evitar complicações decorrentes da HA, como o AVE. Neste sentido, em relação à organização da atenção ofertada pela APS ao usuário hipertenso, os participantes referem a realização da classificação de risco dos usuários com condições crônicas, com avaliação do risco cardiovascular e renal, de acordo com o protocolo estadual da Rede Cuidar existente na região, que configura-se como eixo norteador na organização das ações desenvolvidas. Através desta classificação, determina-se a periodicidade da realização das consultas médicas e de enfermagem e da solicitação de exames laboratoriais, assim como a necessidade de encaminhamento do usuário para a AAE. É importante destacar que os participantes de todos os municípios entrevistados relatam a inexistência de protocolos clínicos municipais para definir os fluxos assistenciais do usuário hipertenso e/ou que teve um episódio de AVE, sendo utilizados, eventualmente, os Cadernos de Atenção Básica do MS e os protocolos estaduais como referência para a prática clínica e organização da assistência. Apenas os participantes do município C referiram a recente elaboração de um protocolo específico para a enfermagem, que ainda não estava em uso.

“A estratificação de risco utilizada é aquela que veio da Rede Cuidar, a gente faz aquela estratificação de risco estadual dos pacientes que vem na Unidade.” (P7)

“[...] o município utiliza como protocolo os Cadernos de Atenção Básica, em alguns tem lá a parte de atendimento à pessoa com condição crônica, e tem também os cadernos que foram montados pelas linhas de cuidado do Estado, aí a gente tem o caderno que fala da linha de cuidado de hipertensão e diabetes.” (G5)

No tocante à oferta de consultas médicas na ESF, os participantes relatam a garantia do acesso aos usuários hipertensos a essas consultas, com a realização de busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) daqueles usuários que possuem uma ou mais comorbidades associadas à HA e que não comparecem às consultas agendadas. É importante destacar que profissionais de três municípios entrevistados citam a influência de figuras políticas no que diz

respeito ao agendamento das consultas médicas com o objetivo de favorecer alguns indivíduos, o que compromete, de acordo com os participantes, o acesso dos demais usuários ao serviço.

“[...] a gente faz essa busca ativa quando é um paciente que tem mais complicações, tem mais algum outro problema de saúde associado. E aí a gente conta com o apoio de toda a equipe, né, agente de saúde faz essa busca ativa.” (P2)

“[...] apesar de ser um município antigo e grande, por ser uma cidade, assim, com características de cidade de interior, né. Então eu senti um baque por perceber interferências políticas nos atendimentos do PSF[...] se você não for uma pessoa esperta, até a sua agenda é modificada, colocam pessoas na sua agenda, trazem pessoas para você atender, se você deixar.” (P6)

A disponibilidade da coleta de exames laboratoriais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é realizada apenas nos municípios de C e D, porém com interrupção neste momento da pandemia, sendo a coleta deslocada para outros pontos de apoio da rede. Nos municípios A, B e E os exames são coletados em laboratórios centralizados, em sua maioria na sede do município. Em relação à realização do ECG, o mesmo é realizado nas unidades de saúde apenas nos municípios de C e D, onde houve o recebimento de eletrocardiógrafos nas UBSs na semana de realização das entrevistas.

“Antes da pandemia esses exames eram realizados aqui na Unidade. Com o advento da pandemia, esses exames não estão sendo feitos com rotina, só para alguns pacientes quando são solicitados mesmo. E aí eles estão sendo feitos num laboratório que presta serviço para a prefeitura lá no Centro.” (P6)

Em relação aos grupos de educação em saúde, os participantes mencionam a suspensão dos mesmos devido a atual pandemia do novo coronavírus, sendo os grupos realizados antes da pandemia, direcionados principalmente para os usuários com HA e DM.

“A minha experiência era dos grupos acontecerem, antes aí da pandemia, uma vez ao mês. E aí os profissionais envolvidos: técnico de enfermagem... na verdade, todos. Nem sempre todo mundo naquele mesmo dia, às vezes a gente intercalava.” (P2)

Os participantes de todos os municípios, exceto do município A, referem a dispensação de medicamentos na própria unidade de saúde. No que diz respeito a quantidade suficiente das medicações, a maior parte dos participantes relatam a insuficiência de alguns medicamentos essenciais para HA desde o início da pandemia de Covid-19.

“[...] a gente está tendo muito problema com a questão da medicação, algumas medicações essenciais para pressão alta estão em falta, como hidroclorotiazida, captopril, losartana, glibenclamida. Alguns tipos de medicamentos que antes vinham com mais frequência, hoje, depois da pandemia, estão faltando muito.” (P9)

Destaca-se que devido a atual pandemia de Covid-19 os atendimentos nas unidades de saúde da região onde este estudo foi realizado, foram suspensos por um período, sendo relatado pelos participantes a evidência de impactos significativos nas condições de saúde dos usuários com doenças crônicas, como a ocorrência de complicações.

“[...] agora a gente começa mais uma vertente da pandemia que está afetando a gente [...] a gente ficou cerca de seis, sete meses sem agendamento de consulta, trabalhando com demanda espontânea apenas, e drenando esses pacientes que tinham necessidade maior um pouquinho e relutando, e quase que a totalidade da agenda atendendo paciente com COVID, suspeita. E aí o impacto a gente vê, você vê em duas, em uma semana dois pacientes com sequelas de AVC recente. Então, assim, você quer uma explicação maior do que essa para te dizer que a gente está colhendo frutos da pandemia? Porque de fato os pacientes que... e aí é que eu te falo, já são soltos que deveriam ser melhores, essa proximidade que a gente tem que criar com esse tipo de paciente. E aí com a pandemia isso só serviu para desatar mais um nó, de a gente não estar de fato perto deles, tendo o mínimo de acompanhamento, aí culmina no que culmina, né, um paciente que faz um AVC, um paciente que faz uma crise hipertensiva e vai parar no pronto-socorro, um paciente que descompensa diabetes e aí começa a abrir úlcera, começa a reclamar que a visão está ficando cega. Então a gente tem, a gente tem visto sim, com certeza, o reflexo da pandemia nesse sentido aí.” (P10)

- Posição ocupada pela APS no sistema e capacidade de resolução após AVE

Quando um usuário vivencia um episódio de AVE na região estudada, as portas de entrada majoritariamente utilizadas para acessar os serviços de saúde da rede são as unidades de saúde e

os serviços de urgência e emergência. A escolha de qual serviço será acessado dependerá de alguns fatores como: a gravidade do caso – se o indivíduo estiver apresentando sintomas leves, o primeiro serviço acessado é a unidade de saúde, enquanto nos casos mais graves, o usuário aciona a central de ambulância de cada município onde é encaminhado para o pronto-socorro (destaca-se aqui que os participantes relataram o início da implantação do SAMU na região no momento de realização das entrevistas); a distância da residência do usuário até o serviço de saúde mais próximo – alguns profissionais que atuam em unidades localizadas na zona rural referem que, nos casos de ocorrência de um episódio de AVE, o usuário sempre acessa a unidade de saúde primeiramente e, caso necessário, é encaminhado pela própria unidade para outros serviços; e o município de residência – no município C os entrevistados relatam que a porta de entrada preferencial para os casos de AVE é prioritariamente o pronto-socorro do hospital estadual (referência da região), onde existe a presença de um neurologista.

“[...] no caso desse idoso que teve o AVC de forma mais leve – que ele teve sintoma e ele ficou bem estabilizado, ele precisava de uma avaliação além de apresentar sintomas leves, então ele foi atendido pela Estratégia. Mas se ele apresentasse um quadro de AVC mais grave, ele é encaminhado para o Pronto Socorro do Hospital Estadual, que a gente tem dentro do município. Ele é um Pronto Socorro e também tem leitos de internação.” (G4)

Após o episódio de AVE, os participantes relatam que, na maioria das vezes, o ACS é o profissional responsável por identificar que o usuário foi internado por alguma complicação e que o mesmo retornou para o território. Alguns desafios são destacados pelos participantes acerca desta questão, como o déficit no número de ACSs que compõe algumas equipes ocasionando a existência de algumas áreas descobertas pela unidade de saúde, o que compromete o acompanhamento pela APS destes usuários.

“[...] o monitoramento é feito pela própria equipe, utilizando principalmente o agente comunitário [...]Aí o agente passa as informações, ou marca um retorno de consulta médica, ou o agente colhe as informações e leva até a equipe, aí a equipe avalia se faz visita domiciliar, se marca consulta ou não. Ou seja, o vínculo principal é o agente comunicando que o paciente foi até a consulta.” (G2)

De maneira geral, os participantes relatam que o acompanhamento do usuário pós-AVE pela APS consiste primordialmente pelas visitas domiciliares realizadas por alguns profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS's) para aqueles usuários que possuem dificuldades de locomoção e a realização de consultas de rotina na própria unidade para os usuários que conseguem realizar o deslocamento até a mesma.

Outro ponto destacado pelos participantes diz respeito ao acesso destes usuários às ações de reabilitação que, usualmente, esses indivíduos necessitam após a ocorrência do AVE. Assim, as ações de reabilitação ofertadas por todos os municípios entrevistados, referem-se, sobretudo, ao serviço de fisioterapia, sendo alguns desafios evidenciados, como a ausência da oferta de fisioterapia domiciliar na maior parte dos municípios, a insuficiência de vagas para os atendimentos de fisioterapia e a dificuldade de transporte dos usuários para a realização dos atendimentos. No município C, os participantes relatam a existência do Programa Melhor em Casa, que realiza atendimentos domiciliares, com o objetivo de qualificar os cuidadores dos usuários que possuem sequelas mais graves do AVE.

“Para a gente aqui, como eu atuo no interior, a Fisioterapia é um dos maiores gargalos que a gente tem. Porque além da vaga para Fisioterapia, eu preciso garantir o transporte para esse paciente.” (P7)

Apenas os participantes dos municípios A e E, ao serem questionados sobre o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) no acompanhamento destes usuários pós-AVE, relataram a presença do Nasf na rede municipal. Entretanto, algumas dificuldades para o seu adequado funcionamento foram pontuadas, como o fato dos profissionais que compõem o quadro do Nasf serem profissionais que exercem outras funções em concomitância (como atendimento ambulatorial, por exemplo) em outros setores da rede municipal de saúde, diminuindo sua disponibilidade para atuar no apoio matricial.

“O NASF, ele deveria ser um apoio às estratégias de Saúde da Família e a maior parte dos profissionais que estão no NASF não conseguem entender a atuação do NASF. E o que o município faz? Ele pega profissionais que já estão dentro do quadro de funcionários e coloca lá como responsável, como atuante do NASF [...]. Então, muitas vezes as equipes têm dificuldade de acionar esses profissionais de apoio para resolver algo.” (G4)

De maneira geral, os entrevistados relatam uma fragilidade no papel da APS enquanto coordenadora do cuidado na RAS na atenção ao usuário que vivenciou um episódio de AVE. Assim, alguns desafios são destacados, como a ausência de orientação ao usuário para retornar para a APS após a alta da internação hospitalar ou consultas na AAE, a ausência de identificação da APS pelo usuário enquanto referência na organização do seu cuidado e a responsabilização do usuário por estar procurando a unidade de saúde.

“Eu vejo de uma forma ainda muito falha, principalmente na questão dos pacientes que voltam com muita... com déficit grande, uma dificuldade motora... a família fica perdida, não sabe pra onde ir, e muitas das vezes a gente não consegue também estar presente ou realizar ações ou ter suporte para poder orientar essa família.” (P7)

Coordenação Administrativa/Organizacional

- Organização dos fluxos para AAE

Quando um usuário apresenta um episódio de AVE, o fluxo que ele vai percorrer na rede na região do estudo, de acordo com a maior parte dos participantes, não é definido, sendo o caminho deste usuário muitas vezes determinado pela demanda que ele apresenta quando procura o serviço de saúde e/ou pela conduta médica individual. Caso seja necessário um acompanhamento na AAE, se o usuário retorna para o território com os encaminhamentos necessários realizados pela equipe da atenção hospitalar, a equipe da APS se responsabiliza por realizar o agendamento destes encaminhamentos. Quando o usuário retorna sem os encaminhamentos, a própria equipe da APS, após uma avaliação, realiza os mesmos de acordo com as necessidades identificadas. Entretanto, os participantes relatam alguns desafios na realização dos encaminhamentos no que se refere ao acesso dos usuários aos atendimentos e exames solicitados, como a insuficiência na oferta de vagas para consultas da atenção ambulatorial, principalmente daquelas que são de responsabilidade estadual. A participação dos municípios em consórcios intermunicipais foi destacada como um esforço para facilitar o acesso dos usuários à AAE, considerando também a dificuldade de fixação de alguns profissionais nas redes municipais.

É importante salientar que no que diz respeito à presença da central de regulação, todos os municípios a possuem e estavam vivenciando um processo de implantação da regulação formativa proposta pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), que tem como

objetivo, segundo os participantes, descentralizar as ações de encaminhamentos para a AAE e exames ofertados para a própria unidade de saúde através de um sistema informatizado chamado *MV Soul*. Os participantes visualizam algumas potencialidades na implantação desta nova forma de regulação ao acesso ambulatorial, como uma maior agilidade nos encaminhamentos e maior proximidade entre médico da APS e médico regulador, entretanto alguns desafios são mencionados como a ausência de todas as especialidades ofertadas pela SESA no sistema e a desorganização de alguns fluxos.

“[...] se for nessas especialidades que atuam no município, a rapidez é garantida no atendimento, na consulta e no retorno. Agora, quando a gente depende de um encaminhamento que gera a rede estadual, aí a Atenção Primária faz o mesmo perfil de encaminhamento, mas aí o paciente aguarda um pouco mais na maioria das vezes, para realmente ser atendido. E aí a gente não tem grandes contrarreferências vindas do Estado.” (G2)

“Antes a gente fazia o encaminhamento e o familiar ia na Central de Regulação agendar. Agora o agendamento vai ser feito via sistema [...] onde um médico que está assistindo esse paciente vai fazer o encaminhamento através do computador mesmo e vai estar solicitando a vaga para consulta com o especialista.” (P4)

- Integração entre equipes e serviços

Alguns desafios são pontuados pelos participantes em relação ao processo de integração entre os diferentes níveis de atenção envolvidos na assistência ao usuário que vivenciou algum episódio de AVE. De acordo com os entrevistados, não há realização de atividades conjuntas, ou contato direto, entre os profissionais da APS e profissionais de outros pontos de atenção, sendo realizado apenas, em determinadas situações e com alguns pontos de atenção. Destaca-se que nos municípios de pequeno porte a proximidade física entre os pontos da rede é apontada como um fator facilitador nesse processo de comunicação. É importante salientar que os participantes referem que a comunicação entre os profissionais da própria equipe de saúde da família ocorre de maneira mais fluida, sendo o meio formal de discussão de casos as reuniões de equipe, que acontecem nos municípios A, B e D. Três dos quatro profissionais do município C referem a interrupção das reuniões devido a pandemia de Covid-19 e o participante do município E relata a não realização de reuniões como uma prática da equipe.

Ademais, algumas dificuldades são apontadas no que diz respeito aos mecanismos de comunicação utilizados no processo de comunicação intersetorial. Os mecanismos mais utilizados, de acordo com os participantes, são, principalmente, o telefone, utilizado para a realização de ligações ou envio de mensagens via WhatsApp, e as guias de referência e contrarreferência. Na utilização do telefone, os entrevistados pontuam a debilidade do sinal telefônico em áreas mais afastadas da zona urbana e a ausência de aparelho telefônico em algumas unidades como fatores que dificultam a comunicação com outros pontos de atenção. No que diz respeito às guias de referência e contrarreferência, os participantes referem que apenas as referências pelos profissionais da APS são realizadas. Assim, a ausência de contrarreferência de outros níveis de atenção para a APS é evidenciada como um fator que contribui demasiadamente para a fragilidade na qualidade do cuidado ofertado aos usuários, uma vez que compromete a continuidade e integralidade deste cuidado.

Em relação aos motivos para a ausência desta contrarreferência, os participantes relatam a falta de desejo do profissional da atenção especializada em realizar esse feedback para a APS, assim como a ausência de compreensão por profissionais que atuam em outros níveis assistenciais acerca do papel da APS na RAS. Além disso, alguns participantes destacam que, muitas vezes, dependem dos relatos dos próprios usuários sobre as condutas realizadas pelos profissionais em outros níveis de atenção, seja durante a internação hospitalar ou em uma consulta na AAE. É importante destacar que os entrevistados assinalam a existência de contrarreferência apenas dos usuários hipertensos, classificados em alto e muito alto risco (seja antes ou após o episódio de AVE), que são encaminhados para a Unidade Cuidar.

“O paciente vai e retorna com o exame, com a receita do colega que atendeu e não tem nada de retorno para mim não. Nada de nada. [...] Não existe uma contrarreferência da especialidade para a Atenção Básica. Médico da Atenção Básica muitas vezes ele é visto como um... não sei, assim, ainda não é muito entendida a nossa importância, sabe? Se a Atenção Básica ela for bem executada, ela é o pilar de toda a saúde, se ela for bem feita, bem realizada, a Atenção Especializada vai ser muito menos solicitada, o médico da Atenção Básica resolve 80% das situações. Mas ainda não entenderam isso não.” (P6)

“[...] a contrarreferência desse paciente quando ele retorna às vezes é muito perdida [...] esse paciente AVCzado foi para o neuro, aí o neuro traçou a conduta, e aí fez a orientação pro

paciente. Seria utópico e ser muito inocente achando que eu iria conseguir que esse neurologista me contrarreferenciasse com o plano terapêutico dele, o plano de acompanhamento [...] porque muitas vezes essa comunicação é perdida porque o próprio paciente não consegue relatar [...]e também não tem que saber, sabe? Tipo, não é obrigação dele, não é obrigação dele saber daquilo ali, que a gente está discutindo e o que foi conversado no neurologista, né. Mas essa comunicação é dificultada por conta disso. Seria muito legal se a gente tivesse com certeza uma comunicação mais profunda, eu e o profissional lá da frente que pegou esse paciente encaminhado, e a contrarreferência fosse um pouco mais harmônica.” (P10)

Coordenação da Informação

- Instrumentos para continuidade informacional

Os participantes de todos os municípios entrevistados referem a disponibilidade do prontuário eletrônico na rede, enquanto ferramenta que possibilitaria a disponibilidade das informações do usuário na rede. Entretanto, alguns desafios são relatados, como a falta de interoperabilidade do prontuário eletrônico com outros sistemas informatizados e pontos de atenção; problemas com conectividade e disponibilidade de computadores nas unidades; e uso concomitante do prontuário eletrônico e físico, com prioridade de anotação das informações no prontuário físico.

“[...] Nós estávamos com um prontuário eletrônico, mas nós temos muito problema com conectividade. No entanto, nós entramos no Informatiza APS, cadastrei todas as Estratégias e estamos organizando isso daí. Porque a nossa conectividade, principalmente no interior, não é boa. Então, assim, algumas Estratégias utilizam o prontuário eletrônico, algumas ainda não [...]não é um sistema comum, a gente paga um sistema próprio, um sistema particular.” (G7)

“A nossa equipe sim, anota tudo no prontuário [...]a gente tem o prontuário eletrônico, mas não é uma realidade nossa evoluir tudo no prontuário eletrônico [...] lança a consulta ali no prontuário eletrônico, mas a gente anota tudo em prontuário, tudo (no prontuário físico).” (P3)

Rede Cuidar e coordenação do cuidado

No que diz respeito ao processo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e implantação da Rede Cuidar na região Norte do estado, os participantes referem que o processo de planificação se constituiu como uma construção coletiva entre as equipes da APS. De acordo

com os mesmos, tal processo foi essencial para a realização de mudanças significativas na organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária como a realização do gerenciamento das agendas e o processo de territorialização, além de contribuir para o fortalecimento das ações e do papel da APS dentro da RAS.

“Nós é que fizemos a planificação, nós é que mudamos o nosso trabalho, entendeu? [...]E aí a planificação fortaleceu a atenção primária e nós ganhamos mais autonomia para resolver todas as problemáticas. Não é cem por cento ainda, mas a gente está em andamento.” (G4)

“[...] porque a questão da planificação não foi imposta para a gente, foi uma coisa construída.” (P5)

“ [...] tratou de assuntos importantes como território, a partir daí a gente fez uma reterritorialização municipal [...]Em relação a estratificação de pacientes, bloco de horas, agenda de equipe, essa questão de quebrar o paradigma de dia de programa, né, "hoje é o dia do hiperdia [?], hoje é o dia do pré-natal, hoje é isso, hoje é aquilo", isso foi muito bom, porque acabou que quebrou um pouco esse paradigma, esse engessamento às vezes que a Estratégia de Saúde da Família trabalhava, entendeu?” (G8)

No que se refere à implantação da Rede Cuidar durante o processo de PAS, os participantes relatam que a presença da Unidade Cuidar na região, localizada no município E, além de contribuir para uma maior oferta de serviços da AAE na região, auxiliou demasiadamente para a organização da atenção aos usuários portadores de doenças crônicas sob lógica da continuidade e integralidade do cuidado, através de algumas estratégias como: a realização de estratificação de risco dos usuários com doenças crônicas pelas equipes de atenção primária, sendo os indivíduos classificados em alto e muito alto risco encaminhados para acompanhamento na Unidade Cuidar; a oferta de um atendimento multiprofissional à estes usuários; além da realização de contrarreferência para a APS de forma regular.

“Então, assim, num dia que a gente conseguia agendar esse paciente (no município E) ele passava por seis a sete profissionais num dia só, e aí a gente tinha contrarreferência [...]era uma equipe multiprofissional que tinha retorno, entendeu? cada profissional que atendia o paciente fazia o seu plano de cuidado e o paciente ficava com uma cópia e eles mandavam a cópia para a gente.” (P5)

“[...]nós temos muitos pacientes de alto e muito alto risco, que é a classificação de risco que a gente faz agora, que é feita essa estratificação e que são atendidos lá na Rede Cuidar, que é o município vizinho também (município E). O sistema deles também é integrado ao nosso, então a gente consegue saber que dia o paciente consultou, o que é que foi feito. E o paciente retorna com todo esse plano, tanto de cuidados quanto de medicamentos, por exemplo, novos que foram prescritos, impressos de volta para a gente. A gente consegue esse retorno.” (P2)

Quadro 02 – Quadro-síntese dos principais achados da pesquisa.

Pilares	Dimensões	Principais Achados
Coordenação Clínica	Capacidade de resolução da APS	<ul style="list-style-type: none"> • Realização da classificação de risco • Inexistência de protocolos assistenciais municipais • Busca ativa seletiva • Coleta de exames e realização do ECG nas unidades, apenas nos municípios C e D • Grupos de educação em saúde suspensos devido a pandemia de Covid-19 • Insuficiência de medicamentos essenciais • Impactos da pandemia de Covid-19 no acompanhamento dos usuários com doenças crônicas
	Posição ocupada pela APS no sistema e capacidade de resolução após AVE	<ul style="list-style-type: none"> • Portas de entrada mais utilizadas na ocorrência de um AVE: unidades de saúde e serviços de urgência e emergência • ACS como profissional responsável por identificar a internação do usuário assim como o seu retorno para o território • Acompanhamento da unidade pós-AVE: visitas domiciliares e oferta de consultas médicas • Serviços de reabilitação ofertados prioritariamente pela fisioterapia • Desafios na oferta da reabilitação: ausência de fisioterapia domiciliar, insuficiência nas vagas para atendimentos e dificuldades na garantia do transporte para os usuários • Ausência de apoio do Nasf • Baixa avaliação da APS como coordenadora cuidado
Coordenação Administrativa/Organizacional	Organização dos fluxos para AAE	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de fluxos estabelecidos • Insuficiência de vagas na AAE (principalmente os serviços de responsabilidade estadual) • Participação em consórcios intermunicipais facilitando acesso a AAE. • Presença das centrais de regulação • Início da implantação do processo de descentralização da regulação estadual
	Integração entre equipes e serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de atividades conjuntas ou contato direto entre profissionais de diferentes níveis de atenção

		<ul style="list-style-type: none"> • Proximidade física entre os pontos de atenção como fator facilitador na comunicação em cidades de pequeno porte • Maior facilidade na comunicação entre os profissionais da APS • Reuniões de equipe como espaço ímpar no processo de comunicação na própria APS, porém não é uma prática em todos os cenários e foi interrompida em um município devido a pandemia de Covid-19 • Mecanismos mais utilizados na comunicação intersetorial: telefone (ligações e WhatsApp) e guias de referência e contrarreferência • Dificuldades na disponibilidade e utilização do aparelho telefônico • Ausência de contrarreferência para a APS • Usuário como responsável pela realização da contrarreferência • Contrarreferência como prática proveniente apenas da Unidade Cuidar
Coordenação da Informação	Instrumentos para continuidade informacional	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade do prontuário eletrônico (PE) • Ausência de interoperabilidade do PE • Problemas com conectividade e disponibilidade de computadores nas unidades • Uso concomitante do PE e prontuário físico

Fonte: produção dos autores.

DISCUSSÃO

A partir da realização da presente investigação foi possível identificar uma atuação ainda frágil da APS na coordenação do cuidado do usuário com doença crônica. As fragilidades evidenciadas perpassam todos os pilares da coordenação (clínica, administrativa/organizacional e informação) e se relacionam com desafios já assinalados na literatura nacional e internacional que se referem à RAS, não restritos a atenção às pessoas com doenças crônicas, como a inexistência de protocolos assistenciais municipais, dificuldades referentes à consolidação da APS enquanto porta de entrada na rede, ausência de fluxos estabelecidos, desafios no processo de integração entre profissionais de diferentes pontos de atenção e dificuldades referentes a utilização do prontuário eletrônico (JULIA et al., 2019; ALELUIA et al., 2017; BOUSQUAT et al., 2017; TARRANT et al., 2015; LO et al., 2016). Identificou-se também maior facilidade nas equipes de saúde da família ao realizarem a coordenação do cuidado horizontal, sendo a maior parte dos obstáculos referentes à coordenação vertical. Contudo, alguns esforços foram evidenciados no desenvolvimento deste atributo, como a realização de classificação de risco, a oferta de visitas domiciliares e garantia de consultas na unidade, a realização de grupos de

educação em saúde e a participação dos municípios em consórcios intermunicipais para otimização do acesso à AAE.

Além disso, foram apontadas interferências diretas da pandemia de Covid-19 no desempenho da coordenação do cuidado pela APS dos usuários com doenças crônicas, principalmente no que diz respeito à garantia da continuidade do cuidado, sendo mencionado pelos participantes a ocorrência de episódios de complicações nos usuários devido à ausência de acompanhamento dos mesmos. Também foi evidenciado a influência da Rede Cuidar na região estudada e suas contribuições na atenção às pessoas com doenças crônicas.

Dentre as dimensões da coordenação clínica, constataram-se alguns desafios que comprometem a resolutividade da APS e a sua condição enquanto porta de entrada na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, como as interferências no agendamento das consultas médicas, a débil atuação do Nasf, a inexistência de protocolos assistenciais, dentre outros.

Os participantes do estudo relacionaram a garantia do acesso de primeiro contato no âmbito da Atenção Primária à oferta de consultas, prioritariamente do profissional médico, sendo mencionada a interferência de figuras políticas no agendamento destas consultas como um fator dificultador na preservação do acesso universal e equânime. Tesser et al. (2018) evidenciaram outras questões que prejudicam o acesso dos usuários aos serviços da APS em tempo oportuno, como o excesso de indivíduos cadastrados nas equipes de saúde, o déficit no número de médicos e a rotatividade dos profissionais devido vínculos empregatícios precários, assim como a rigidez na realização dos agendamentos com a priorização de grupos específicos em detrimento de outros.

A utilização de protocolos assistenciais contribui sobremaneira para a organização e racionalização dos fluxos, para a qualificação dos processos de referência e contrarreferência, proporcionando a melhoria da qualidade da assistência (GARCÍA et al., 2011; SILVA, ANDRADE, 2014). Assim como neste estudo, outros trabalhos também demonstraram fragilidades na organização da assistência devido à inexistência ou falta de reconhecimento pelos profissionais dos protocolos assistenciais, contribuindo, por exemplo, para dificuldades nos processos de encaminhamento pela APS (ALELUIA et al., 2017; MENDES, ALMEIDA, 2020).

Ademais, a ausência de apoio do Nasf na região estudada potencializa a frágil coordenação do cuidado pela Atenção Primária, uma vez que o Nasf é uma estratégia que contribui para a ampliação da resolutividade das equipes de saúde da família, principalmente

através das ações de matriciamento, possibilitando também a qualificação das referências realizadas para outros níveis assistenciais (SILVA, ANDRADE, 2014; BOUSQUAT et al., 2017).

Um ponto amplamente mencionado neste estudo foi a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio de buscas ativas e visitas domiciliares, como elemento essencial no acompanhamento dos usuários com doenças crônicas, configurando-se como fator imprescindível no desenvolvimento, principalmente, da coordenação horizontal pela APS. Em um inquérito realizado por Nunes et al. (2018), a presença de pessoas com dificuldade de locomoção e portadores de doenças crônicas estavam entre os principais critérios considerados pelos ACS's para realização das visitas domiciliares. Entretanto, assim como neste estudo, Nunes et al. (2018) também evidenciaram uma incipiente busca ativa pelos agentes dos usuários hipertensos faltosos nas consultas e para a retirada de medicamentos, sendo as buscas realizadas apenas nos casos de multimorbidades.

É importante ponderar que a atuação do ACS nas equipes de saúde da família, desde a sua instituição, tem sido perpassada por diversos desafios concernentes ao processo de trabalho deste profissional, sendo ainda mais fragilizada após a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 que propõe alterações na composição das equipes, com implicações diretas no trabalho do ACS (RIQUINHO et al., 2018; SILVA et al., 2020). Contudo, as ações de acompanhamento das condições de saúde desenvolvidas pelo agente comunitário têm se configurado como elementos primordiais na busca por alcançar a oferta de um cuidado integral e longitudinal sobretudo para os usuários com doenças crônicas.

Ainda em relação às ações realizadas pela APS referentes ao cuidado das pessoas com doenças crônicas, foi assinalada a realização de grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos, suspensos desde o início da pandemia de Covid-19. A realização de acompanhamento coletivo de usuários hipertensos foi apontada por outra investigação como estratégia importante para melhor adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, impactando diretamente na redução dos níveis pressóricos dos indivíduos (DOSSE et al. 2009).

É importante destacar que a falta de alguns medicamentos na atenção aos usuários com doenças crônicas, mencionada pelos participantes e associada pelos mesmos ao período da pandemia de Covid-19, tem implicações diretas no manejo da doença crônica pelo indivíduo, podendo levar até mesmo ao abandono do tratamento. Assim, é imprescindível que as equipes de

Atenção Primária, através do estabelecimento de vínculo com os usuários, assumam um papel de responsabilidade com os mesmos, e não de espectadores, no intuito de garantir a continuidade do tratamento e do cuidado (SILOCCHI, JUNGES, 2017).

No que diz respeito à coordenação administrativa/organizacional, evidencia-se que a ausência do estabelecimento de fluxos na rede, a insuficiência de vagas para a AAE e desafios referentes aos processos de referência e contrarreferência contribuem para uma fragilidade na integração entre equipes e serviços da rede, comprometendo assim, a continuidade do cuidado ofertado ao usuário.

Os instrumentos utilizados para a coordenação entre níveis assistenciais podem ser classificados como de padronização e de *feedback*. Os instrumentos de padronização têm como intuito sistematizar o processo de trabalho e as ações dos profissionais envolvidos na assistência ao indivíduo, sendo alguns exemplos a realização de atividades de educação continuada e as diretrizes de prática clínica compartilhada. Já os instrumentos de *feedback* tem o objetivo de garantir a troca de informações entre os pontos de atenção para a realização de um plano de cuidado compartilhado e longitudinal, sendo utilizados os instrumentos informais, como o telefone, e formais, como os formulários de referência e contrarreferência (NÚÑEZ, LORENZO, NAVARRETE, 2006). Ressalta-se que os instrumentos relatados pelos participantes desta pesquisa, ainda que de forma insatisfatória, referem-se prioritariamente aos instrumentos de *feedback*, tais como o telefone e os formulários de referência e contrarreferência, que também foram evidenciados em outras investigações realizadas no cenário nacional (MENDES, ALMEIDA, 2020; ALELUIA et al., 2017). Destaca-se que a proximidade física e o conhecimento dos profissionais que atuam no mesmo serviço e nos outros pontos de atenção tem sido relatada pela literatura, e também foi evidenciada nesta investigação, como um fator facilitador na troca de informações e discussão de alguns casos, contribuindo para a continuidade da comunicação (ALLER et al., 2019; JULIA et al., 2019; LAMOTHE, SYLVAIN, SIT, 2015)

Contudo, alguns obstáculos foram identificados, neste estudo e em outras investigações, que dizem respeito aos processos de referência e contrarreferência (JULIA et al., 2019; ALELUIA et al., 2017). Em um estudo realizado por Aller et al. (2019), os autores identificaram que médicos da AAE rejeitavam muitos encaminhamentos realizados pela APS, gerando atrasos em diagnósticos e tratamentos, ao considerarem a existência de uma fragilidade no estabelecimento de fluxos/critérios para a realização dos encaminhamentos. Em contrapartida, os

médicos da APS destacaram a sobrecarga vivenciada no cenário de atuação, com pouco tempo de consulta com os usuários, como um fator limitador para a realização de referências mais completas, assim como assinalaram, o que também foi evidenciado neste e em outros estudos, uma ausência de compreensão e confiança dos profissionais da AAE sobre o papel e a abrangência de atuação da APS (LO et al., 2016). É interessante destacar que, mesmo com todos os desafios impostos ao desenvolvimento da coordenação do cuidado, em um cenário favorável, ainda torna-se necessário que os profissionais tenham uma atitude positiva em relação ao desenvolvimento de atividades que contribuem para que o cuidado seja mais eficiente em todos os níveis de atenção envolvidos (ALLER et al., 2019).

A ausência de contrarreferência da atenção ambulatorial e terciária, inclusive os planos de alta hospitalar após o AVE, possuem implicações diretas na continuidade e qualidade do cuidado ofertado, uma vez que, frequentemente, o usuário acaba sendo responsabilizado pela transferência de informações acerca das condutas realizadas pelos diferentes profissionais nos diversos níveis de atenção em que foi atendido (TARRANT et al., 2015).

Em relação aos encaminhamentos, na região do estudo, os participantes referem o início da descentralização da regulação dos serviços de responsabilidade estadual. Ou seja, os agendamentos para exames e especialidades médicas e não médica- será realizado pelo próprio médico da unidade através de um sistema informatizado, retirando do usuário a necessidade de se deslocar até as centrais de regulação. Alguns autores apontam a importância do processo de descentralização da regulação no fortalecimento da APS enquanto coordenadora do cuidado, uma vez que facilita o acesso dos usuários aos serviços especializados, com redução no tempo de espera, além de provocar maior envolvimento dos profissionais das equipes de APS no acompanhamento da realização dos procedimentos solicitados (PINTO et al., 2017; RIBEIRO, CAVALCANTI, 2020). Todavia, um grande desafio apontado por outros estudos realizados no cenário nacional e internacional e também pelos participantes desta investigação, diz respeito à insuficiência de vagas para exames e consultas especializadas, inclusive no que se refere ao serviço de fisioterapia, no processo de reabilitação após o episódio de AVE, que contribuem para atrasos no diagnóstico e tratamento adequado (BOUSQUAT et al., 2019; LO et al., 2016; ALELUIA et al., 2017; JULIA et al., 2019; RIBEIRO, CAVALCANTI, 2020).

Uma estratégia aderida pelos municípios desta investigação para facilitar o acesso dos usuários às consultas especializadas diz respeito aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS),

que configuram-se como instrumentos que proporcionam cooperação técnica e financeira entre os municípios, principalmente entre aqueles, que como neste estudo, localizam-se geograficamente distantes dos grandes centros urbanos e possuem dificuldades na implementação do SUS. A cooperação entre os municípios por meio dos consórcios contribui para uma melhor estruturação da rede de atenção à saúde, uma vez que considera a capacidade instalada de cada localidade, possibilitando a realização de projetos coletivamente que não seriam viáveis de forma isolada e um aumento na representatividade estadual através do fortalecimento político das regiões (FLEXA, BARBASTEFANO, 2020).

Considerando a coordenação da informação, na tentativa de superar problemas referentes à garantia da troca de informações entre níveis assistenciais e colaborar com o processo de comunicação entre os mesmos, a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação, dentre elas o prontuário eletrônico, tem sido sugeridas por alguns autores como facilitadoras para a coordenação do cuidado vertical. Assim, mesmo com a disponibilidade dos prontuários eletrônicos nos municípios desta investigação, alguns desafios foram identificados para a sua adequada utilização. A ausência de interoperabilidade dos prontuários eletrônicos entre os pontos de atenção, por exemplo, configura-se como um empecilho para a continuidade informacional e comunicação intersetorial, impactando diretamente na organização da rede e no desenvolvimento da coordenação do cuidado (RIBEIRO, CAVALCANTI, 2020; BOUSQUAT et al., 2017; LO et al., 2016).

É importante ressaltar o impacto do processo de Planificação da Atenção à Saúde e implantação da Rede Cuidar na região estudada no que se refere à coordenação do cuidado pela APS aos usuários com doenças crônicas. A implantação da Rede Cuidar no Espírito Santo, tendo sua viabilização através do processo de PAS e com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, teve o objetivo de realizar uma mudança estrutural nos processos de trabalho, principalmente na transformação da atuação da APS por meio da qualificação do manejo das doenças crônicas neste nível assistencial, para assim garantir maior resolutividade, melhorias no estabelecimento de fluxos assistenciais e a oferta de um cuidado integral aos usuários (BRASIL, 2017). Dentre algumas contribuições dos referidos processos apontadas pelos participantes da região, destaca-se a instauração da realização da estratificação de risco dos indivíduos com doenças crônicas pelos profissionais da APS; a possibilidade da oferta de um cuidado multiprofissional, com maior facilidade de encaminhamento e aumento da disponibilidade de

vagas para algumas especialidades e exames; e a realização de contrarreferência para a Atenção Primária com o intuito de ofertar um cuidado integrado e contínuo.

Por fim, destaca-se a influência da pandemia da Covid-19 no acompanhamento dos indivíduos com doenças crônicas que, inclusive, são considerados grupo de risco para complicações (ZHOU et al., 2020). Outros estudos apontam os impactos negativos da pandemia no manejo aos portadores de doenças crônicas, especialmente aqueles com multimorbidades, tais como dificuldade de acesso a medicamentos e consultas médicas (LEITE et al., 2021).

Em suma, de maneira geral, os participantes realizaram uma baixa avaliação da APS enquanto coordenadora do cuidado na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, enfatizando que a maior parte dos obstáculos referem-se à coordenação vertical, o que também foi relatado em outras investigações realizadas na rede de atenção à saúde em geral (JULIA et al., 2019; ALELUIA et al., 2017; BOUSQUAT et al., 2017). Assim, a oferta de um cuidado coordenado, com vínculo assistencial fortalecido, torna-se condição essencial para garantir a continuidade da atenção, possibilitando também uma redução no uso dos serviços de emergência devido complicações, realização duplicada de exames e mudanças frequentes no tratamento (DROZ, SENN, COHIDON, 2019; LO et al., 2016). Destaca-se que a posição da APS na rede de atenção, centralizada ou periférica, determinará a sua capacidade de ser coordenadora do cuidado e que, apenas uma APS forte e robusta será capaz de se consolidar enquanto porta de entrada e coordenadora da RAS, garantindo a oferta de um cuidado em tempo oportuno, resolutivo, integral e longitudinal (ALMEIDA et al., 2018).

Compreende-se que a existência de desafios complexos e cruciais, que foram acentuados durante a pandemia de Covid-19, interferem diretamente na coordenação do cuidado, comprometendo a oferta de um cuidado contínuo e integral aos usuários com doenças crônicas. Entretanto, a identificação de esforços tanto no âmbito das equipes de saúde da família quanto da gestão municipal e estadual são pontos que devem ser valorizados uma vez que buscam a superação de alguns desafios.

Como limitações deste estudo, destaca-se que a maior parte dos profissionais que aceitaram participar desta pesquisa pertenciam à categoria dos(as) enfermeiros(as), resultando na preponderância do olhar desta categoria profissional sobre as questões investigadas. Além disso, a realização da coleta de dados durante o período da pandemia de Covid-19 configurou-se como um grande desafio para contactar os participantes, assim como para a realização das entrevistas

via aplicativos de videochamada, o que ocasionou uma quantidade significativa de recusas para a participação desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação permitiu identificar pontos críticos no desenvolvimento da coordenação do cuidado pela APS na atenção às pessoas com doenças crônicas. Foram evidenciados desafios, assim como esforços que perpassam todos os pilares que constituem o atributo da coordenação (clínica, administrativa/organizacional, informação), impactando diretamente no alcance da oferta de um cuidado contínuo e integral de acordo com as reais necessidades dos usuários.

De maneira geral, a existência de desafios já evidenciados pela literatura nacional em outras realidades do país, assim como pela literatura internacional, que corroboram com os achados desta investigação, sinaliza a necessidade de maiores esforços da macro, meso e microgestão do SUS no sentido de apoiar e priorizar ações que favoreçam a coordenação do cuidado pela APS na rede de atenção à saúde como um todo.

Por fim, por meio de lacunas e apontamentos revelados nesta pesquisa, sugere-se a realização de investigações científicas que busquem compreender, principalmente, os impactos da pandemia de Covid-19 na atenção às pessoas com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I.R.S.; et al. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.

ALELUIA, I.R.S. **Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso**. 2014. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

ALLER, M.B. et al. Doctors' opinion on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. **Gac Sanit**, v.33, n.1, p.66-73, 2019.

ALMEIDA, P. F. de; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

ALMEIDA, P. F. de; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

ALMEIDA, P. F. de; et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BOUSQUAT, A.; et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. sup2, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011a. 436p.

BRASIL. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). **Rede Cuidar**. Vitória: SESA, 2017. Disponível em: <<https://redecuidar.es.gov.br/Documentos>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BRASIL. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Vitória: SESA, 2011b.

BRASIL. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº153/2020**. Vitória: SESA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acessado em: 01 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 01 jun 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

COELHO, Ana Paula Santana. **O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo**. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DOSSE, C.; et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.17, n.2, 2009.

DROZ, M.; SENN, N.; COHIDON, C. Communication, continuity and coordination of care are the most important patients' values for family medicine in a fee-for-services health system. **BMC Family Practice**, v.20, n.19, 2019.

ELLIOTT, J.; et al. Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 137, 2018.

FLEXA, R.G.C.; BARBASTEFANO, R.G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.1, p.325-338, 2020.

GARCÍA, M.G. et al. Results of a coordination and shared clinical information programme between primary care and nephrology. **Nefrologia**, v.31, n.1, p.84-90, 2011.

HUDON, C. et al. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 523–528, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JULIA, P. 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. **Revista de Salud Pública**, v. 23, n. 1, p. 26-40, 2019.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

LAMOTHE, L.; SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidité et soins primaires : émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau. **Santé Publique**, v. S1, n. HS, p. 129, 2015.

LEITE, J.S. et al. Managing non-communicable diseases during the COVID-19 pandemic in Brazil: findings from the PAMPA cohort. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.987-1000, 2021.

LO, C.; et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease – a qualitative study. **BMC Nephrology**, 2016.

MENDES, L.S.; ALMEIDA, P.F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Rev Saúde Pública**, v.54, n.121, 2020.

NUNES, C.A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; VILASBÔAS, A.L.Q.; PINTO JÚNIOR, E.P.; LUZ, L.A. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Debate**, v.42, p.127-144, 2018.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.R.; NAVARRETE, M.L.V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, v.20, n.6, p.485-495, 2006.

OLIVEIRA, A.L.I.; et al. A planificação da atenção à saúde no estado de Goiás. **Consensus**, 2019.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). What Future for Health Spending?. **OECD Economics Department Policy Notes**, n.19, 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud**: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington: OPS, 2010.

PINTO, L.F.; SORANZ, D.; SCARDUA, M.T.; SILVA, I.M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1257-1267, 2017.

RIBEIRO, S.P.; CAVALCANTI, M.L.T. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do cuidado e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.5, p.1799-1808, 2020.

RIQUINHO, D.L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, v.16, n.1, p.163-182, 2018.

RODRÍGUEZ, T.; et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970–2000. **Heart**, v. 92, p. 453-460, 2006.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J.R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab Educ Saúde**, v.15, n.2, p.599-615, 2017,

SILVA, R.M.; ANDRADE, L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, v.24, n.4, p.1207-1228, 2014.

SILVA, T.L. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017 : implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde Debate**, v.44, n.124, 2020.

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

TARRANT, C. et al. 'Falling through gaps: primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. **Family Practice**, v. 32, n. 1, p. 82-87, 2015.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H.; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v.42, p.361-378, 2018.

VARGAS, I. et al. Barriers to Healthcare 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.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Major non-communicable diseases and their risk factors**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <www.who.int/ncds/en/>. Acesso em: 26 fev. 2020.

ZHOU, W. et al. Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Disease**, v.99, p.47-56, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização da presente dissertação foi possível compreender a complexidade envolvida no desenvolvimento da coordenação do cuidado pela APS, em especial na atenção às pessoas com doenças crônicas, sendo evidenciado um cenário desafiador.

Os resultados mostraram, por meio da realização da revisão de escopo, barreiras interconectadas que perpassam as diferentes configurações dos serviços de saúde, sendo possível apreender, de maneira ampliada, desafios para o desenvolvimento da coordenação que não são inerentes apenas à realidade nacional. Barreiras relacionadas à integração entre equipes e serviços, à responsabilidade pela coordenação do cuidado e à continuidade informacional foram reportadas por diversos estudos realizados em diferentes países.

A realização da pesquisa de campo permitiu aprofundar, em uma determinada realidade, aspectos referentes à coordenação do cuidado pela APS e que possuem correlação com os pilares da coordenação (clínica, administrativa/organizacional e informação) propostos pela literatura. Foram evidenciados desafios e esforços no desenvolvimento da coordenação tanto no âmbito da gestão quanto das equipes de saúde da família, sendo a maioria das fragilidades identificadas referentes ao desenvolvimento da coordenação vertical, quando diversos pontos de atenção estão envolvidos na assistência, aumentando a possibilidade da fragmentação do cuidado ofertado. Destaca-se também a influência e contribuição dos esforços realizados no cenário estadual na organização da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas por meio da PAS e da instituição da Rede Cuidar. Além disso, compreende-se que em decorrência do cenário atual da pandemia de Covid-19, esforços realizados pelas equipes e gestão foram fragilizados e alguns desafios foram acentuados durante o referido período. Assim, torna-se importante questionar, em futuras investigações, os impactos da pandemia de Covid-19 na atenção às pessoas com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. R. S.; et al. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.

ALELUIA, I.R.S. **Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso**. 2014. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ALMEIDA, P. F. de; et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P. F. de; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

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

ALMEIDA, P. F. de; OLIVEIRA, S. C. de; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2213-2227, 2018.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015.

BODENHEIMER, T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 10, p. 1064–1071, 2008.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011a. 436p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Vitória: SESA, 2011b.

BRASIL. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). **Rede Cuidar**. Vitória: SESA, 2017. Disponível em: <<https://redecuidar.es.gov.br/Documentos>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acessado em: 01 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7508 de 28 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: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 01 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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. **Portaria MS/GM 95, de 26/01/01**. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 373, de 27/02/02**. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão** – Regulamento. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Subsecretaria de Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. **Protocolo de encaminhamento para atenção especializada** - hipertensão e diabetes. Vitória: SESA, 2017. Disponível em: <[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes%2012_07%20\(2\)%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes%2012_07%20(2)%20(1).pdf)>. Acesso em: 03/08/2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRONDANI, J.E et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016.

CHANG, L.; et al. "It's really overwhelming": patient perspectives on care coordination. **JABFM**, v. 31, n. 5, 2018.

CLARKE, J. L.; et al. An innovative approach to health care delivery for patients with chronic conditions. **Population Health Management**, v. 20, n. 1, 2017.

ELLIOTT, J.; et al. Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 137, 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.4, 2020.

HEALTH SYSTEMS PERFORMANCE ASSESSMENT (HSPA). **Tools and methodologies to assess integrated care in Europe**. Luxembourg: European Union, 2017.

HUDON, C. et al. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 523–528, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JULIA, P. 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. **Revista de Salud Pública**, v. 23, n. 1, p. 26-40, 2019.

KASTNER, M. et al. Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic disease in older adults: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**, v. 190, n. 34, 2018.

KRINGOS, D. S.; et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 65, 2010.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAMOTHE, L.; SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidité et soins primaires : émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau. **Santé Publique**, v. S1, n. HS, p. 129, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LO, C.; et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease – a qualitative study. **BMC Nephrology**, 2016.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MARCHILDON, G. The integration challenge in Canadian regionalization. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. sup2, 2019.

MCDONALD, K.M., et al. AHRQ Technical reviews. **Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (vol 7: Care coordination)**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007.

MELLO, G.A.; VIANA, A.L.D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, v.19, n.4, 2012.

MELLO, Guilherme Arantes. **Revisão do pensamento sanitário como foco no Centro de Saúde**. 2010. 316 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MIRANDA, S.M.; SANTOS, L.N.M.; LUZ, M.H.B.A.; PEDROSA, J.I.S.; MONTEIRO, C.F.S. Aspectos éticos em pesquisas qualitativas da enfermagem: uma abordagem reflexiva. **Rev Enferm**, v.2, n.4, p.92-96. 2013.

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? **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.9, 2020.

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 Debate**, v.42, n.116, 2018.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.R.; NAVARRETE, M.L.V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, v.20, n.6, p.485-495, 2006.

OLIVEIRA, A.L.I.; et al. A planificação da atenção à saúde no estado de Goiás. **Consensus**, 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Ministerio de Salud de la Gran Bretana. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud**: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington: OPS, 2010.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, R.M.; OUVENEY, A.M.; PINTO, L.F.; SILVA, C.M.F.P. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, 2018.

RODRÍGUEZ, T.; et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970–2000. **Heart**, v. 92, p. 453-460, 2006.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, sup3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, S. A. da; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latin-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p.979-987, 2015.

SOUSA, L.M.M.; et al. Revisões da literatura científica : tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v.1, n.1, 2018.

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

TARRANT, C. et al. 'Falling through gaps: primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. **Family Practice**, v. 32, n. 1, p. 82-87, 2015.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

VARGAS, I. et al. Barriers to Healthcare 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, jul. 2016.

VÁZQUEZ, M. L.; et al. Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Rev Panam Salud Pública**, v. 26, p. 360- 367, 2009.

VIANA, A. L. D. et al. O processo de regionalização no Brasil : influência das dimensões política, estrutura e organização. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 17, n. sup1, p. 45-61, 2017.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Major non-communicable diseases and their risk factors.** Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <www.who.int/ncds/en/>. Acesso em: 26 fev. 2020.

APÊNDICE A**ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES****1. Identificação do Participante**

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Cargo/Função: _____

Formação Acadêmica: _____

Tempo de atuação na gestão: _____

Município: _____ Região: _____

- Conte um pouco sobre a sua trajetória na gestão aqui no município.
- Qual é sua avaliação sobre o sistema de saúde municipal? Quais os principais pontos fortes e não tão fortes?
- Fale-me como ocorreu o processo de organização da rede de atenção à saúde aqui na região? (contexto histórico, fatores dificultadores e facilitadores)
- Em suma, estou aqui para entender como é o manejo dos usuários que tiveram AVE na rede e como é desempenhada a coordenação do cuidado pela APS. Sendo assim, fale-me como a atenção ao paciente com doença crônica, em especial aqueles que tiveram AVE, é organizada no município?
- O que você acha que o seu município tem como potencialidade na atenção à esses usuários?
- Quais os desafios o município tem enfrentado na organização desta rede de atenção?
- Na organização da rede de atenção, como ocorre a divisão de funções entre os setores/prestadores público e privado no município e região? (Existe predomínio público ou privado em alguma área da assistência?)

Pontos a serem investigados:

- 1) Existe um acompanhamento dos usuários hipertensos que tiveram AVE? Se sim, como acontece esse acompanhamento? (qual nível de atenção e tipo de serviço –público e/ou privado)
- 2) São realizadas ações de reabilitação para os usuários pós-AVE? Se sim, quais e por quem? Se não, por quê?
- 3) Como ocorre a atuação do NASF nesse acompanhamento?
- 4) Há mecanismos de informação para garantir acesso a medicamentos (especialmente para HAS e pós-AVE) gratuitos? Há algum apoio aos usuários para obter medicamentos em falta ou que não são disponibilizados pela unidade?
- 5) Existem diretrizes ou protocolos clínicos específicos para encaminhamento de usuários hipertensos e/ou que tiveram AVE? Se sim, quais?

- Agora, gostaria de saber como você avalia a coordenação do cuidado pela APS para este tipo de usuário (pós-AVE)?

- Quais as potencialidades e fragilidades que você identifica nesse processo?

Pontos a serem investigados:

- 1) Quando um usuário que teve AVE necessita de encaminhamento no próprio nível dos cuidados e/ou encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção e/ou serviços privados, como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?
- 2) Em relação ao encaminhamento de usuários com AVE para atendimento de urgência e hospitalar, como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?
- 3) Existe discussão de casos entre os profissionais da equipe de APS? Se sim, que fatores determinam a ocorrência das discussões?
- 4) Quando o usuário é encaminhado para profissionais ou serviços de referência e quando o mesmo retorna destes serviços, existe alguma forma de monitoramento dele? Se sim, como é realizado esse monitoramento (de referência e contrarreferência)?
- 5) Quais os meios ou instrumentos utilizados para se comunicar ou trocar informações com profissionais de outros níveis de atenção (seja ele público ou privado) e vice-versa? (existência de prontuário eletrônico)

- 6) Quais fatores dificultam a troca de informações entre os profissionais de diferentes níveis de atenção (público e privado) sobre pacientes encaminhados.
- 7) Cite algumas dificuldades para encaminhar esses usuários para serviços de outros níveis de atenção, incluindo a rede privada.
- 8) Cite alguns obstáculos identificados pela equipe no processo de contrarreferência (o usuário é orientado a procurar a APS?).
- 9) No que diz respeito à presença de prestadores privados na rede, como se dá os processos de referência e contrarreferência entre a APS e estes serviços?
- 10) Há procedimento de busca ativa dos usuários que não comparecem a consultas médicas e/ou para obter medicamentos e insumos? Se sim, qual o procedimento?
- 11) Existe central de regulação no município e/ou região?
- 12) Caso exista, quando necessário, a equipe entra em contato com a central de regulação para encaminhar usuários para outros pontos de atenção? Se sim, como e em que circunstâncias são feitos esses contatos?
- 13) Quais as dificuldades na comunicação da equipe com as centrais de regulação.
- 14) Você acha que a composição público-privada da rede influencia o processo de coordenação do cuidado pela APS? De que forma?

- Gostaria de saber também, como ocorreu o processo de Planificação da Atenção à Saúde no município? Qual o legado que o processo de planificação deixou na rede?

- Para os municípios com Unidade Cuidar:

- Neste sentido, como tem funcionado a Unidade Cuidar e a sua inserção dentro da rede de atenção aos pacientes portadores de doença crônica?

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS****1. Identificação do Participante**

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Cargo/Função: _____

Formação Acadêmica: _____

Tempo de atuação na equipe: _____

Município: _____ Região: _____

- Conte um pouco de sua trajetória profissional aqui no município.
- Qual é sua avaliação sobre o sistema de saúde municipal? Quais os principais pontos fortes e não tão fortes?
- Estou aqui para entender como é o manejo dos usuários que tiveram AVE na rede. Sendo assim, fale-me como a atenção ao paciente com doença crônica, em especial aqueles que tiveram AVE, é organizada no município? Conte sua experiência com o último paciente com AVE que você teve contato ou aquele que mais te marcou aqui no município.
- O que você acha que o seu município tem como potencialidade na atenção à esses usuários?
- Quais os desafios o município tem enfrentado na organização desta rede de atenção? Fale um pouco sobre a situação mais dramática que você viveu com um paciente com AVE aqui no município.
- Existe alguma parte dos serviços que você encaminha os pacientes que é privada? Você vê alguma diferença na relação entre os serviços público e privado? Qual a influência destes serviços na continuidade do atendimento ao usuário?

Pontos a serem investigados:

- 1) A aferição de PA é realizada em todas as consultas? Quem realiza? Há condições ideais para a realização desse procedimento (equipamentos, etc)?
- 2) A equipe mantém o registro das consultas e exames agendados? Se sim, quais os instrumentos de registro das consultas e exames agendados?
- 3) Quais exames são solicitados frequentemente pela equipe para usuários hipertensos? Existe uma rotina? Qual a frequência e onde (prestador público ou privado) esses exames são realizados? (incluindo o ECG)
- 4) É realizada alguma estratificação de risco cardiovascular e/ou para doença renal dos usuários hipertensos?
- 5) São realizados grupos de educação em saúde relacionados a HAS? Se sim, qual a periodicidade das reuniões e quais profissionais participam?
- 6) Os usuários hipertensos que tiveram AVE são acompanhados? Como acontece esse acompanhamento?
- 7) São realizadas ações de reabilitação para os usuários pós-AVE? Se sim, quais e por quem? Se não, por quê?
- 8) Após a alta hospitalar, são realizadas VD's ao usuário que teve AVE? Se sim, quais profissionais realizam?
- 9) Como ocorre a atuação do NASF no acompanhamento aos usuários que tiveram AVE?
- 10) Existem diretrizes ou protocolos clínicos específicos para encaminhamento de usuários hipertensos e/ou que tiveram AVE na rede? Se sim, quais? Os profissionais da equipe seguem esses protocolos?
- 11) Como acontece o acesso a medicamentos (especialmente para HAS e pós-AVE) gratuitos? Há algum apoio aos usuários para obter medicamentos em falta ou que não são disponibilizados pela unidade?

- Agora, gostaria de saber como você avalia a coordenação do cuidado pela APS para este tipo de usuário (pós-AVE)? Na sua avaliação, como se dá a relação da APS com a média e alta complexidade (comunicação, encaminhamentos, suporte, etc.)? E com os serviços privados?

- Quais as potencialidades e fragilidades que você identifica nesse processo? Conte um caso em que você viu problemas graves de articulação entre serviços de saúde no cuidado de um paciente com AVE.

Pontos a serem investigados:

- 1) Quando um usuário que teve AVE necessita de encaminhamento no próprio nível dos cuidados e/ou encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção e/ou serviços privados como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?
- 2) Em relação ao encaminhamento de usuários com AVE para atendimento de urgência e hospitalar como se faz? Existe fluxo definido? Se sim, qual?
- 3) Existe discussão de casos entre os profissionais da equipe de APS? Se sim, que fatores determinam ocorrência das discussões?
- 4) Existe discussão de casos entre os profissionais da equipe de APS e profissionais de outros níveis de atenção (atenção especializada, hospitalar, etc)? E com os serviços privados? Se sim, que fatores determinam ocorrência das discussões?
- 5) Quando o usuário é encaminhado para profissionais ou serviços de referência e quando o mesmo retorna destes serviços, existe alguma forma de monitoramento dele? Se sim, como é realizado esse monitoramento (de referência e contrarreferência)?
- 6) Quais os meios ou instrumentos utilizados para se comunicar ou trocar informações com profissionais de outros níveis de atenção (seja ele público ou privado) e vice-versa? (existência de prontuário eletrônico)
- 7) Quais fatores dificultam a troca de informações entre os profissionais de diferentes níveis de atenção (público e privado) sobre pacientes encaminhados.
- 8) Cite algumas dificuldades para encaminhar esses usuários para serviços de outros níveis de atenção, incluindo a rede privada.
- 9) Cite alguns obstáculos identificados pela equipe no processo de contrarreferência (o usuário é orientado a procurar a APS?).
- 10) No que diz respeito à presença de prestadores privados na rede, como se dá os processos de referência e contrarreferência entre a APS e estes serviços?

- 11) Você identifica alguma singularidade (fragilidade ou potencialidade) no processo de acompanhamento do caminho que o usuário pós-AVE percorre na rede assistencial quando o setor privado está envolvido?
- 12) Há procedimento de busca ativa dos usuários que não comparecem a consultas médicas e/ou para obter medicamentos e insumos? Se sim, qual o procedimento?
- 13) Existe central de regulação no município e/ou região?
- 14) Caso exista, quando necessário, a equipe entra em contato com a central de regulação para encaminhar usuários para outros pontos de atenção? Se sim, como e em que circunstâncias são feitos esses contatos?
- 15) Quais as dificuldades na comunicação da equipe com as centrais de regulação.

- Vamos imaginar uma situação ideal: um paciente que você acompanha há anos teve um AVE em casa. A família entrou em contato com o SAMU, que chegou em 10 minutos à casa dele. Foi rapidamente transferido para um hospital, onde começou o tratamento adequado em 30 minutos. Imediatamente foi transferido para um hospital que realiza reperfusão (ex. trombólise venosa ou trombectomia mecânica). Após a chegada no hospital, o paciente fez tomografia de crânio e início a reperfusão em um período de 60 minutos. Na alta, a equipe hospitalar fez todos os encaminhamentos para a APS, com registro resumido da hospitalização e recomendações de acompanhamento na unidade de saúde. Também foi feito os encaminhamentos devidos para a média complexidade. Da APS, foi possível organizar e encaminhar sem dificuldades o paciente para fisioterapia e fonoaudiologia, cujo acompanhamento para reabilitação foram iniciados em curto espaço de tempo. As medicações necessárias estavam disponíveis na farmácia da UBS e na farmácia central. Você já acompanhou paciente que teve essa trajetória? Se você pudesse definir um percentual de seus pacientes com AVE que apresentaram uma trajetória assim, o que você diria?

- Gostaria de saber também, como ocorreu o processo de Planificação da Atenção à Saúde no município? Qual o legado que o processo de planificação deixou na rede?

- Para os municípios com Unidade Cuidar:

- Neste sentido, como tem funcionado a Unidade Cuidar e a sua inserção dentro da rede de atenção aos pacientes portadores de doença crônica?

APÊNDICE C

Termo de consentimento Livre e Esclarecido para gestores/coordenadores de APS e profissionais

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde: coordenação do cuidado e ordenação do acesso”, sob a responsabilidade de Ana Paula Santana Coelho Almeida.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Analisar o papel da APS na coordenação do cuidado e na ordenação do acesso na Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas em duas regiões de saúde do estado do Espírito Santo.

PROCEDIMENTOS

Serão convidados a participar da pesquisa gestores/coordenadores de APS e profissionais de saúde da região atuantes na atenção primária e atenção secundária de referência para Pessoas com Doenças Crônicas. O objetivo é captar sua experiência sobre o funcionamento do sistema de saúde na região. Sua participação é muito importante e ela se dará através de uma entrevista individual. A entrevista será gravada, mediante sua autorização por meio deste termo de consentimento.

LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas serão realizadas no local de escolha de cada entrevistado que desejar participar.

RISCOS E DESCONFORTOS

Quanto aos riscos, o aspecto mais relevante são possíveis constrangimentos relacionados à entrevista, apesar do roteiro tratar somente de questões relacionadas a sua experiência como gestor/profissional do SUS, com garantia de sigilo absoluto. Esses riscos serão minimizados através das seguintes providências: local reservado para a realização da entrevista.

O(a) senhor(a) ficará à vontade para falar sobre o tema durante a entrevista, conforme a sua opinião sobre os serviços de saúde. Os nomes das pessoas, que participarão, serão sigilosamente guardados pela pesquisadora e não aparecerão nas descrições.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

BENEFÍCIOS

Sua participação da pesquisa irá contribuir para a melhoria da assistência e ordenação das ações na rede de atenção à saúde; para subsidiar o planejamento local de saúde, o monitoramento e a avaliação das ações nas equipes, unidades, municípios e região; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As falas e informações, construídas nas entrevistas serão mantidas de forma confidencial, entendo que a minha identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, deve-se contatar a Pesquisadora Ana Paula Santana Coelho Almeida, no telefone (27) 999324676 endereço Av. Marechal Campos, 1468 - Maruípe, Vitória-ES, CEP 29047-105, Prédio do Centro de Ciências da Saúde. Também podendo contatar Comitê de Ética e Pesquisa do CEUNES/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3312-1519 ou Correio: Centro Universitário Norte do Espírito Santo

(CEUNES), Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rodovia BR 101 Norte, Km 60, Bairro Litorâneo, CEP: 29.932-540, São Mateus - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via/cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Declaro também ter recebido uma via/cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

_____, ____ de _____ 2020.

Participante da Pesquisa

Prof.^a Dr.^a. Ana Paula Santana Coelho Almeida

Pesquisador

ANEXO 01

UFES - CENTRO
UNIVERSITÁRIO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde: coordenação do cuidado e ordenação do acesso

Pesquisador: Ana Paula Santana Coelho

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02500818.4.0000.5063

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde (CCS)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.647.975

Apresentação do Projeto:

Na análise do desempenho dos sistemas de saúde, abordar o problema da fragmentação dos serviços de saúde é imperioso. A fragmentação dos serviços de saúde gera dificuldades no acesso, serviços de baixa qualidade técnica, descontinuidade do cuidado, uso irracional dos recursos disponíveis e baixa satisfação dos usuários com serviços recebidos. Para enfrentar esse problema, no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado. Essa tem sido apontada na literatura como atributo fundamental na organização de sistemas de saúde e tem sido considerada central na atenção a pacientes com condições crônicas. No Espírito Santo, por meio da Planificação da Atenção, estado e municípios investem na organização do processo de trabalho da atenção primária à saúde (APS) e da atenção ambulatorial especializada (AAE) de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, na perspectiva da integração na assistência à saúde e ampliação do acesso a essa população. Nesse sentido, a proposta tem como objetivo analisar o papel da APS na coordenação do cuidado e na ordenação do acesso na Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas em duas regiões de saúde do estado do Espírito Santo. Trata-se de um estudo de caso de abordagens qualitativa e quantitativa e será desenvolvido nas regiões de saúde Norte e Metropolitana. A coleta de dados do estudo se dará por fontes primárias e secundárias. A coleta dos dados quantitativos se dará principalmente por meio do sistema de informação da unidade cuidar e outros sistemas de informação do SUS. Para o enfoque qualitativo,

Endereço: Rodovia BR101 Norte, Km 60

Bairro: Litorâneo

CEP: 29.932-540

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3312-1519

Fax: (27)3312-1510

E-mail: cepceunes@gmail.com

UFES - CENTRO
UNIVERSITÁRIO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO



Continuação do Parecer: 3.647.975

os dados serão coletados através de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave dos municípios e estado, atuantes na gestão e nos serviços da Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas, e também usuários. As dimensões e as variáveis utilizadas na coleta e análise dos dados abarcam: posição ocupada pela APS no sistema; capacidade de resolução da APS; estrutura organizacional e administrativa da rede de serviços de saúde; integração entre equipes e serviços; Instrumentos para continuidade informacional. A análise quantitativa será por meio de frequências e análise de série histórica, e a abordagem qualitativa por meio de análise de conteúdo. Espera-se que este estudo subsidie planejamento local de saúde e contribua para a melhoria da assistência e ordenação das ações na rede de atenção à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o papel da APS na coordenação do cuidado e na ordenação do acesso na Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas em duas regiões de saúde do estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a coordenação do cuidado pela APS na Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde Norte e Metropolitana.
- Analisar a ordenação do acesso pela APS na Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde Norte e Metropolitana.
- Descrever a integração dos processos de trabalho entre a APS e Atenção Especializada nas regiões de saúde Norte e Metropolitana com vistas ao enfrentamento das condições crônicas de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi informado pela pesquisadora:

Riscos:

Constrangimentos relacionados a entrevista, apesar do instrumento tratar de questões do cotidiano/experiência dos usuários, gestores e profissionais de saúde.

Benefícios:

Contribuição para a melhoria da assistência e ordenação das ações na rede de atenção à saúde; o Subsidiar o planejamento local de saúde, o monitoramento e a avaliação das ações nas equipes, unidades, municípios e região; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento

Endereço: Rodovia BR101 Norte, Km 60

Bairro: Litorâneo

CEP: 29.932-540

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3312-1519

Fax: (27)3312-1510

E-mail: cepceunes@gmail.com

UFES - CENTRO
UNIVERSITÁRIO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO



Continuação do Parecer: 3.647.975

frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois será importante para visualização e conhecimento da linha do cuidado prestado a pacientes vítimas de AVC do SUS atendidos no norte do ES. Contribuirá para a melhoria da assistência e ordenação das ações na rede de atenção à saúde, além de subsidiar o planejamento local de saúde, o monitoramento e a avaliação das ações nas equipes, unidades, municípios e região, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

Projeto na íntegra; declaração de início após aprovação do CEP; declaração de apresentação de relatório após término de pesquisa; TCLE; folha de rosto; Anuência da SESA e instrumento de coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr(a). Pesquisador(a),

a) Segundo a Resolução 466/2012 (CONEP/CNS), a eticidade da pesquisa implica em assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (Título III, 1.n). Tal imperativo deve constar dos Projetos e devem ser previstas formas de tais benefícios;

b) De acordo com a Resolução 466/2012 (CONEP/CNS), o pesquisador deve apresentar Relatórios Semestrais de sua pesquisa (Título X, X.1, item 3, letra b). Para pesquisa com duração menor que um ano, Relatório Final (Regimento Interno do CEP/CEUNES, Art. 34º). Os Relatórios Parcial e Final devem ser enviados através da Plataforma Brasil (item "enviar notificação", anexar o respectivo documento).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1253129.pdf	17/10/2019 16:15:02		Aceito
Outros	Carta_resposta.odt	11/10/2019	Ana Paula Santana	Aceito

Endereço: Rodovia BR101 Norte, Km 60
Bairro: Litorâneo **CEP:** 29.932-540
UF: ES **Município:** SAO MATEUS
Telefone: (27)3312-1519 **Fax:** (27)3312-1510 **E-mail:** cepceunes@gmail.com

UFES - CENTRO
UNIVERSITÁRIO NORTE DO
ESPÍRITO SANTO



Continuação do Parecer: 3.647.975

Outros	Carta_resposta.odt	14:16:37	Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.odt	11/10/2019 14:08:50	Ana Paula Santana Coelho	Aceito
Outros	Instrumentos.odt	17/09/2019 13:40:52	Ana Paula Santana Coelho	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/09/2019 13:35:14	Ana Paula Santana Coelho	Aceito
Outros	Declaracao_inicio.odt	17/09/2019 13:32:28	Ana Paula Santana Coelho	Aceito
Outros	Declaracao.odt	17/09/2019 13:19:11	Ana Paula Santana Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE17_9_19.odt	17/09/2019 13:04:49	Ana Paula Santana Coelho	Aceito
Outros	Termos_anuencia_SESA_PPSUS.pdf	17/06/2019 14:24:27	Ana Paula Santana Coelho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO MATEUS, 17 de Outubro de 2019

Assinado por:
Juliano Manvailer Martins
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia BR101 Norte, Km 60

Bairro: Litorâneo

CEP: 29.932-540

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3312-1519

Fax: (27)3312-1510

E-mail: cepceunes@gmail.com