



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**HYLANY BEZERRA DE ALMEIDA**

**A COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS**  
**PROFISSIONAIS E SUA RELAÇÃO COM**  
**A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO**

**Recife, Abril de 2018**

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**A COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS**  
**E SUA RELAÇÃO COM A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Marina Ferreira de Medeiros Mendes

**Linha de Pesquisa:** Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Recife, Abril de 2018

**HYLANY BEZERRA DE ALMEIDA**

**A COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS  
E SUA RELAÇÃO COM A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Medicina Integral Prof. Fernando  
Figueira como requisito parcial para  
obtenção do grau de Mestre em  
Avaliação em Saúde

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Maria Suely Medeiros Corrêa - UPE

---

Dr. Paulo Germano de Frias - IMIP

---

Dra. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei - IMIP

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Ficha Catalográfica BAB-050/2018  
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

---

A447c Almeida, Hylany Bezerra de

A compreensão da comunicação entre os profissionais e sua relação com a coordenação da atenção / Hylany Bezerra de Almeida. Orientadora: Lygia Carmen de Moraes Vanderlei. Coorientadora: Marina Ferreira de Medeiros Mendes – Recife: Do Autor, 2018.

54 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2018.

1. Assistência integral a saúde. 2. Comunicação em saúde. 3. Avaliação em saúde. I. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes: orientadora. II. Mendes, Marina Ferreira de Medeiros: coorientadora. III. Título.

CDD 362.1072

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido tantas possibilidades e por seguir em frente apesar dos desafios encontrados no percurso.

Aos meus pais, que mesmo não tendo para si, tiveram tanto para dar e o fizeram com tanto amor.

A minha família e amigos, que conhecem o caminho trilhado até aqui e compreendem um pouco do significado de cada conquista.

Aos que acreditaram em mim e estiveram ao meu lado mesmo quando eu mesma não estava.

Ao Grupo de Estudos em Avaliação em Saúde, pelo aprendizado diário, pela confiança e oportunidades que me foram dadas para meu crescimento profissional.

Às orientadoras, por toda paciência e dedicação ao longo dessa construção.

*“E ali logo em frente, a esperar pela gente, o futuro está.  
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar,  
Não tem tempo nem piedade, nem tem hora de chegar.  
Sem pedir licença muda nossa vida, depois convida a rir ou chorar.  
Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá.  
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar.  
Vamos todos numa linda passarela  
De uma aquarela que um dia, enfim, descolorirá”.*

Toquinho

## RESUMO

**Introdução:** A organização da assistência à saúde em redes de atenção é fundamental para a qualidade e continuidade do cuidado. Sistemas integrados, capazes de garantir a continuidade assistencial, estarão mais capacitados para o cuidado às condições crônicas. Esses agravos têm níveis de prevalência crescentes em todo o mundo e necessitam de um sistema que forneça uma resposta contínua para subsidiar a atenção necessária. A coordenação da atenção é essencial para o cuidado aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, pois fortalece o sistema de saúde e favorece o cuidado integral ao usuário. Os processos comunicacionais, diálogos, conflitos e contradições podem auxiliar na produção do entendimento entre os indivíduos e tornam possível construir e renovar visões do mundo e do cuidado. Essa rede de conversação entre gestores, profissionais e usuários permite a relação entre a interdependência, a integração e a coordenação. **Objetivo:** Compreender o papel da comunicação entre os profissionais na efetivação da coordenação da atenção entre níveis assistenciais. **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa de caráter qualitativo. A coleta das informações se deu a partir da escuta e releitura das entrevistas realizadas no município de Caruaru, na etapa qualitativa da pesquisa “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina- Equity- LA II”. Foram entrevistados médicos da Atenção Básica (AB) e Especializada (AE) e apoiadores de território da rede municipal de saúde. As informações coletadas foram classificadas segundo categorias e subcategorias relacionadas à coordenação e desvelados os antagonismos e as contradições que compõem as relações sociais, bem como suas consequências, a partir do referencial teórico da Hermenêutica dialética. **Resultados:** Os resultados mostraram que os profissionais dos dois níveis da atenção não reconhecem a AB como ordenadora do cuidado. Os especialistas consideram as referências mal preenchidas e demonstram falta de confiança e de reconhecimento em relação ao médico da AB que por sua vez revelam não receber a contrarreferência e a existência de dificuldade de contato com o especialista. Profissionais dos dois níveis revelam a existência de poucos mecanismos de articulação entre níveis instituídos e a utilização de mecanismos informais para esse fim. Médicos de ambos os níveis referem que há excesso de demanda de pacientes e limitações de consultas especializadas e exames, aspectos que dificultam o exercício do seu papel e o acesso dos usuários aos serviços. Para aperfeiçoar a coordenação da atenção foi sugerida a melhoria da comunicação entre médicos, entre médicos e gestores, e médico-paciente e a adequada utilização da referência e contrarreferência. A boa vontade dos profissionais foi identificada como característica facilitadora dessa articulação. Os resultados encontrados permitiram a ampliação do olhar para a complexidade das relações entre as pessoas envolvidas no processo do cuidar e de como as relações dialógicas, estabelecida ou não entre elas, podem influenciar na coordenação da atenção entre os níveis assistenciais. Ao perceber as fragilidades comunicacionais torna-se premente pensar estratégias para que de fato existam encontros entre usuário e trabalhador e entre trabalhadores da saúde.

**Palavras-chave:** Assistência integral a saúde, Coordenação intersetorial, Comunicação em saúde, Avaliação em saúde, Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

**Introduction:** The organization of health care in attention networks is fundamental to the quality and continuity of such care. Integrated systems, able to ensuring this continuity will be better able to care for chronic conditions. These injuries have levels of increasing prevalence worldwide and require a system that provides a continuous response to subsidize the necessary attention. Care coordination is essential for caring people with chronic non-communicable diseases, as it strengthens the health system and promotes integral care for the user. Processes of communication, dialogues, conflicts and contradictions can be helpful in the production of understanding between individuals and make it possible to construct and renew visions of the world and care. This network of conversation between managers, professionals and users allows the relationship joining interdependence, integration and coordination. **Objective:** Understanding the role of communication among professionals in the effective coordination of attention between care levels. **Method:** This is an evaluative research of a qualitative nature. The information gathering was based on the listening and re-reading of the interviews carried out in the city of Caruaru, at the qualitative stage of the research "Impact of integration strategies of attention on the performance of health service networks in different health systems in Latin America- Equity- LA II ". Physicians of the Basic Care (BC) and Specialized Care (SC) and territory supporters of the municipal health network were interviewed. Collected information was classified according to categories and subcategories related to the coordination and revealed the antagonisms and contradictions that make up the social relations, as well as their consequences, from the theoretical reference of dialectical Hermeneutics. **Results:** The results showed that professionals at both levels of care do not recognize BA as the caregiver. The specialists consider the references poorly fulfilled and demonstrate lack of confidence and recognition in relation to the doctors of the AB that, in turn, show not to receive the counter reference and reveal the existence of difficulty of contact with the specialists. Professionals at both levels demonstrate the existence of few mechanisms of articulation between established levels and the use of informal mechanisms for this purpose. Physicians at both levels report that there is excessive demand for patients and limitations of specialized consultations and examinations, features that make it difficult for them to exercise their role and users' access to services. To improve coordination of care, it was suggested to upgrade the communication among physicians, between physicians and managers, and physicians-patients and the adequate use of reference and counter-reference. Professionals' goodwill was identified as a facilitating characteristic of this articulation. The found-out results allowed an enlargement of the look to the complexity of the relationships between the people involved in the care process and how the dialogic relations, established or not between them, can influence the coordination of attention between assistance levels. At perceiving the communication weaknesses, it becomes urgent to think of strategies, so that, in fact, there are meetings between user and worker and among health workers.

**Keywords:** Comprehensive health care, Intersectoral coordination, Health communication, Health assessment, Qualitative research.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centro de Ação Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSS	Redes de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization



## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

**Tabela 1** – Dimensões e atributos da coordenação da atenção.

**Tabela 2** – Caracterização da amostra estudada. Caruaru, 2015.

**Quadro 1** – Composição da amostra de informantes segundo categoria profissional e nível de atenção de atuação. Caruaru, 2015.

**Quadro 2** – Categorias e subcategorias de análise.

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Organização da atenção no Sistema Único de Saúde .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Coordenação da atenção em saúde e as doenças crônicas não transmissíveis .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Comunicação entre os profissionais: diálogos, conflitos e contradições .....</b>	<b>20</b>
<b>II. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>23</b>
<b>III. OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>24</b>
<b>IV. MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Desenho do estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Área de estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Período do estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.4 Fonte da pesquisa .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Análise dos dados .....</b>	<b>26</b>
<b>4.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>27</b>
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>VI. DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICE</b>	

# I. INTRODUÇÃO

## 1.1 Organização da atenção no Sistema Único de Saúde

Por meio da Constituição Federal de 1988 foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova política para a ordenação das ações e serviços de saúde fundamentada em três princípios doutrinários; a universalidade, a equidade e a integralidade. A partir dessa lei o direito à saúde deveria ser a toda a população sendo dever do Estado fornecê-lo por meio de políticas sociais e econômicas visando a promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>1</sup>.

A assistência à saúde pode ser entendida como direito de todos os cidadãos, sendo o acesso assegurado sem contribuição direta, a partir dos recursos fiscais<sup>2</sup>. Na América Latina, o SUS é o único sistema de saúde que prevê o acesso universal, à exceção de Cuba, mesmo com as dificuldades impostas à sua efetivação, como o modelo econômico adotado pelo país e o subfinanciamento crônico<sup>3</sup>.

A universalidade, como também os demais princípios é perpassada pelo conceito ampliado de saúde que, segundo o relatório elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde é: “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde<sup>4</sup>. A partir desse conceito, percebe-se que a universalidade não se restringe ao acesso aos serviços, mas também a uma condição de vida que possibilite boa condição de saúde<sup>5</sup>.

O modelo de universalidade, quando se refere a direitos sociais conduz a idéia de igualar as diferenças, no entanto, o segundo princípio, a equidade, sugere a criação de regras justas que podem ser entendidas como a adaptação de regras gerais a eventos/casos específicos<sup>5</sup>. Assim, observando as diferenças entre os indivíduos se vê a importância de proporcionar cuidado singularizado e desse modo promover a igualdade de oportunidades para que possam desfrutar de boa situação de saúde e acesso aos serviços<sup>6</sup>. A promoção da equidade torna-se essencial, não apenas para melhoria de indicadores de saúde, mas para que os próprios usuários percebam suas carências específicas e de sua comunidade, atendidas pelo sistema de saúde<sup>7</sup>.

Quanto à integralidade, esta diz respeito ao dever do sistema de saúde em garantir atenção integral aos usuários, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção. Para Mattos<sup>8</sup>, a integralidade pode ser caracterizada por uma compreensão estendida das necessidades dos usuários e pela habilidade de identificar a conformidade do que é ofertado com o contexto em que o usuário encontra a equipe de saúde.

Esse princípio impõe ao Estado que ofereça aos cidadãos produtos e serviços de saúde que atendam às necessidades de cada um, considerando o respeito à equidade e universalidade<sup>9</sup>.

Pode ser adotada uma definição de integralidade em quatro eixos para melhor compreensão do seu significado: 1) trata do aspecto da escuta ao usuário, acolhimento e resposta às suas necessidades; 2) refere-se às formas de integração de atividades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde de forma otimizada e sinérgica; 3) diz respeito à composição de conhecimento interdisciplinar, trabalho multiprofissional e intersetorial para produzir ações; 4) são as interações intersubjetivas que se estabelecem para a realização do cuidado entre pessoas e entre profissionais de saúde e usuários, sem as quais os primeiros eixos não seriam executados<sup>10</sup>.

Um sistema de saúde regido pelos princípios mencionados, precisa funcionar de maneira integrada para que consiga atender às necessidades de saúde da população, e esta integração da assistência em redes de atenção é fundamental para a qualidade e continuidade do cuidado, racionalizando e otimizando os recursos disponíveis<sup>11</sup>. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que se relacionam em diferentes fluxos e em relações horizontalizadas com alto grau de interdependência<sup>11,12</sup>. As redes também podem ser definidas como formas de organizar ações e serviços de variadas densidades tecnológicas visando à integralidade do cuidado, garantindo uma atenção contínua<sup>13</sup>.

A organização dos serviços em redes poderia ser uma solução para a crise dos sistemas de saúde que precisam conviver com uma situação de saúde em que há o predomínio das doenças crônicas, mas que não superaram a organização fragmentada que estava voltada às condições agudas<sup>12</sup>. Desta forma, os sistemas integrados de saúde, capazes de garantir a continuidade assistencial, estão mais capacitados para o cuidado às condições crônicas<sup>14</sup>.

No Brasil, apesar de a organização dos serviços em redes regionalizadas ter sido uma premissa desde a proposta de reforma do sistema de saúde, na década de noventa esta forma de organização deixou de ser um objetivo, a proposta trabalhada foi a de municipalização, que contribuiu para a fragmentação dos serviços. Porém, a partir dos anos 2000 e 2006, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) e do Pacto pela Saúde, respectivamente, as RAS voltaram ao debate<sup>15</sup>.

Em 2010, por meio da portaria Nº 4.279 foram estabelecidas as diretrizes, fundamentos conceituais e operativos para a organização da RAS no SUS. O objetivo era que os usuários tivessem asseguradas as ações e serviços de que necessitassem com efetividade e eficiência.

No entanto, existem dificuldades para a operacionalização das RAS no contexto do sistema de saúde<sup>11,13</sup>.

Existem dificuldades relacionadas ao reduzido financiamento público, formação e disponibilização de profissionais para o SUS e à descentralização de ações e serviços<sup>11</sup>. Segundo Silva<sup>11</sup>, a organização das redes depende da melhoria da gestão intergovernamental nas regiões de saúde e da qualificação da AB para a coordenação e continuidade do cuidado entre níveis assistenciais<sup>11</sup>.

Segundo alguns autores, a continuidade da assistência se refere ao grau de coerência e ligação das experiências que o usuário observa na atenção aos seus problemas de saúde, ao longo do tempo<sup>16</sup>. Starfield<sup>17</sup> e Pastor-Sánchez et al<sup>18</sup> a compreendem como o acompanhamento de um problema de saúde específico do usuário por um ou mais médicos. A longitudinalidade, segundo esses mesmos autores, seria o acompanhamento de problemas de saúde diversos pelo mesmo médico, entretanto, para Cunha e Giovanella<sup>19</sup>, trata-se do seguimento do paciente dever ser realizado pela equipe de saúde da Atenção Básica (AB).

A partir de redes organizadas, seria possível oferecer uma atenção contínua e integral a uma população específica sob a coordenação da AB, além de permitir a continuidade e a integralidade da atenção nos níveis primário, secundário e terciário<sup>12</sup>. Visando o fortalecimento das redes de atenção é imprescindível a consolidação da AB no seu papel de coordenar o cuidado e ordenar o acesso aos outros serviços da rede<sup>20</sup>. Segundo Haggerty et al<sup>21</sup>, a adequada coordenação funciona como facilitadora da continuidade da atenção.

Os autores Mitchell e Shortell<sup>22</sup> explicam a coordenação como a gerência de uma rede de trocas, de intercâmbios. Assim, defendem que uma boa coordenação pode provocar efeitos positivos na comunicação, reduzindo os conflitos dentro das organizações. Alguns estudos destacam que a desarticulação entre os serviços de saúde em países da América Latina, torna-se mais aparente quando se trata do cuidado aos pacientes com condições crônicas, em que são necessárias intervenções de variados profissionais e serviços<sup>23, 24</sup>.

Os sistemas de saúde orientados para atender a problemas agudos, organizados de maneira hierárquica e que não conseguem prestar uma assistência contínua, não são capazes de responder com eficiência e qualidade às demandas geradas pelas condições crônicas<sup>12</sup>.

## 1.2 Coordenação da atenção em saúde e as doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm níveis de prevalência crescentes em todo o mundo e no Brasil. Esses agravos necessitam de um sistema que forneça uma resposta contínua e integrada para subsidiar a promoção da saúde, sua prevenção e tratamento<sup>12,25</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>26</sup> (OMS) (2011), as DCNT foram responsáveis por 63,0% dos casos de morte no mundo, 38 milhões de pessoas foram a óbito em 2012 devido a essas doenças com previsões de que sejam 52 milhões em 2030<sup>27</sup>. As maiores causas de óbito por DCNT são as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes, responsáveis por 82% das mortes<sup>27</sup>.

O Brasil segue essa tendência mundial, em 2012 as DCNT causaram aproximadamente 74% dos óbitos e correspondem a 45% das mortes de indivíduos entre 30 e 70 anos de idade<sup>27</sup>. Malta et al<sup>28</sup> identificaram que cerca de 80% dos óbitos por DCNT, no ano de 2011, ocorreram devido às doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, que correspondem a 54,6% dos óbitos totais.

O cenário atual de transições demográfica, epidemiológica e nutricional, favorece a maior mortalidade por DCNT devido a fatores como a redução da mortalidade de indivíduos jovens, o aumento da expectativa de vida ao nascer, o aumento da população idosa e a maior prevalência de sobrepeso e obesidade<sup>29</sup>.

A dificuldade para as intervenções sobre os fatores de risco para as DCNT pode ser atribuída à existência de barreiras. A pouca ênfase em ações preventivas e a falta de privilégio do diagnóstico precoce demonstram a necessidade de maior articulação intersetorial para a superação desses agravos. Dentre os desafios encontrados para o enfrentamento às DCNT, destaca-se a articulação das unidades de pronto atendimento com a rede especializada e a comunicação entre AB e AE<sup>30</sup>.

A Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu no ano 2000 um debate mundial que visava ao estabelecimento de metas de desenvolvimento para o milênio, com o objetivo de defender a dignidade, igualdade e justiça humana e o combate a pobreza extrema<sup>31</sup>. Em setembro de 2015, as Nações Unidas definiram, em Assembléia Geral os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), baseados nos objetivos de desenvolvimento do milênio.

Aos dezessete ODS estão associadas 169 metas que entraram em vigor em janeiro de 2016 e orientarão decisões até 2030. O objetivo três trata sobre assegurar uma vida saudável e favorecer o bem-estar em todas as idades. Uma das metas a serem atingidas para esse objetivo

é a redução, em um terço, da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio da prevenção e tratamento<sup>31</sup>.

O Brasil assumiu o compromisso internacional e, dentre outras estratégias, construiu um plano de ações de enfrentamento às DCNT, para o período de 2011-2022. O referido plano traz três eixos que deverão ser trabalhados: (1) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; (2) Promoção da saúde e (3) Cuidado integral para os portadores de DCNT<sup>32</sup>.

Dentre esses eixos supracitados, destaca-se neste trabalho a importância da coordenação da atenção para o cuidado integral aos portadores de DCNT. Este eixo foi criado visando fortalecer o sistema de saúde, ampliando intervenções que favorecessem aos usuários a partir de estratégias como, a definição da linha de cuidado com projeto terapêutico, fortalecimento do vínculo entre cuidador e equipe de saúde e um acompanhamento contínuo e integral, além de outras estratégias como a qualificação da gestão da rede e da educação em saúde<sup>32</sup>.

A coordenação da atenção é o principal objetivo da integração dos serviços de saúde: *“Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo”*<sup>33</sup>.

A coordenação da assistência pode ser definida como a coordenação dos serviços relacionados com a atenção à saúde, que independentemente de onde se receba, seja sincronizada e chegue a um objetivo comum sem produzir conflitos<sup>17</sup>. O sistema está estruturado em níveis de complexidade do cuidado que podem oferecer sendo o primeiro a AB, o segundo a média e o terceiro a alta complexidade<sup>32</sup>. A adequada coordenação do cuidado implicará na redução de custos, melhor acesso e qualidade da atenção aos usuários, resultante de um esforço conjunto em que se conheça a função e atribuições dos três níveis assistenciais e que se estabeleça vínculo entre eles<sup>17,34</sup>.

A coordenação do cuidado, segundo a Política Nacional da Atenção Básica, é uma das funções do primeiro nível da atenção, para contribuir com o funcionamento das RAS<sup>32</sup>. Essa coordenação diz respeito à orientação do cuidado através dos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, inclusive entre os níveis assistenciais<sup>36</sup>. Com a ausência da coordenação, a integralidade do cuidado estaria ameaçada e a característica da AB como “porta de entrada” para a rede de saúde teria significado apenas administrativo<sup>37</sup>.

Existem três tipos de coordenação da atenção entre níveis assistenciais: de informação, de gestão clínica e administrativa. A coordenação da informação pode ser caracterizada por

duas dimensões: a) a transferência da informação clínica e biopsicossocial entre níveis e b) a utilização das informações sobre os pacientes atendidos em outro nível de assistência para a tomada de decisão dos profissionais<sup>16</sup>.

A transferência da informação clínica e biopsicossocial é possível a partir da existência e disponibilidade de adequados mecanismos que favoreçam essa troca, como formulário de referência e resumos de alta hospitalar, além do registro dos dados pelos profissionais, do conteúdo adequado e de acesso ágil e oportuno<sup>16,38</sup>. A utilização trata da consulta e ao uso de informações sobre o paciente, por diferentes profissionais envolvidos no cuidado, para auxiliar na tomada de decisões clínicas<sup>16,38</sup>.

A coordenação da gestão clínica se refere ao fornecimento de atenção, sequenciada e complementar ao usuário que faça parte de uma estratégia compartilhada pelos serviços de diferentes níveis de atenção. Ela é explicada a partir de três dimensões: a coerência da atenção, a acessibilidade entre níveis e o adequado seguimento do usuário<sup>38,39</sup>.

O seguimento adequado do paciente depende da existência de um responsável pelo acompanhamento clínico, que é o médico da AB, da comunicação com o responsável pelo encaminhamento e de haver consulta oportuna para o acompanhamento após a transferência. Esse seguimento relaciona-se à acessibilidade entre níveis que diz respeito a uma assistência continuada, sem interrupções no cuidado<sup>38,39</sup>.

A coerência da atenção tem como atributos a existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados entre os níveis assistenciais, a reconciliação de tratamentos (que não se sobreponham ou sejam excludentes), a adequação clínica da transferência do paciente e a ausência de exames, medicamentos e consultas duplicados<sup>16,38</sup>.

A coordenação administrativa trata do acesso coordenado do usuário na continuidade de sua assistência considerando suas necessidades, sendo caracterizada pela existência de mecanismos que a possibilitem, como circuitos administrativos e centrais de referências e pela ordenação do acesso, que se traduz na programação prévia de consultas, exames, entre outros<sup>16</sup>.

As dimensões, circuitos administrativos estabelecidos e ordenação do acesso, têm a ver com a programação prévia de consultas, exames e outros procedimentos utilizando mecanismos para a coordenação administrativa<sup>40</sup> e, além disso, que a referência do paciente seja feita à unidade adequada, de acordo com sua necessidade<sup>16,38</sup>. Na Tabela 1 observam-se os atributos que se referem a cada dimensão da coordenação segundo Reid, Haggerty e McKendry<sup>16</sup> e Beltrán<sup>38</sup>.



**Tabela 1** – Dimensões e atributos da coordenação da atenção.

<b>Coordenação da informação</b>	
	Disponibilidade de mecanismos adequados para transferência de informação
Transferência da informação clínica e biopsicosocial	Existência de mecanismos
	Acesso ágil e oportuno a informação
	Conteúdos da informação adequados
	Registro adequado da informação pelos profissionais
Utilização da informação	Consulta da informação transferida
	Incorporação na prática clínica
<b>Coordenação da gestão clínica</b>	
	Existência de um responsável clínico do seguimento
Seguimento adequado do paciente	Evidência de comunicação oportuna com o responsável na transferência
	Consulta de seguimento oportuno depois da transferência
Acessibilidade entre níveis	Provisão da atenção sem interrupções
Coerência da atenção	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados
	Reconciliação de tratamentos
	Adequação clínica da transferência do paciente
	Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos
<b>Coordenação administrativa</b>	
Circuitos administrativos estabelecidos	- Existência de mecanismos para a coordenação administrativa
	- Referência administrativa do paciente a unidade adequada
Ordenação do acesso	- Programação prévia da consulta, exame, etc.

Fonte: Elaborado a partir de Reid, Haggerty e McKendry e Beltrán.

Considerando a importância da coordenação assistencial na melhoria do acesso e da qualidade da atenção e sua contribuição para a efetividade do sistema de saúde, foi desenvolvida uma pesquisa multicêntrica, a Equity – LA II, que tem como objetivo avaliar a efetividade das estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e na qualidade da atenção das redes de serviços de saúde<sup>40</sup>.

Essa pesquisa está sendo realizada em seis países da América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai. Em cada país, foram escolhidas duas redes de

serviços de saúde (RSS) comparáveis, uma de intervenção e outra de controle. No Brasil, foram selecionados dois municípios do estado de Pernambuco, Caruaru (Rede de Intervenção) e Recife (Distritos Sanitários III e VII - Rede Controle)<sup>40</sup>.

O referido estudo analisa a rede municipal de serviços de saúde de primeiro nível (AB) e de segundo nível (AE) em relação à coordenação, continuidade e qualidade da atenção às doenças crônicas. A pesquisa Equity LA - II teve início em 2013 e está sistematizada em quatro etapas que serão desenvolvidas ao longo de 60 meses: estudo de linha de base, desenho e implementação de intervenções para melhorar a coordenação e a qualidade da atenção, avaliação das intervenções e análise comparativa transnacional<sup>40</sup>. No ano de 2015 foi concluído o estudo de linha de base, sendo este subdividido em duas fases, utilizando métodos qualitativos e quantitativos.

### **Procedimentos da pesquisa Equity**

O processo de amostragem teórica utilizado na pesquisa Equity- LA II, para determinar os informantes que seriam entrevistados na RSS, aconteceu em duas etapas, na primeira foram selecionadas as unidades prestadoras dos serviços de saúde e em seguida os informantes.

Inicialmente foram designadas as unidades da AB que atendiam uma área geográfica específica da rede, situadas em área urbana e com predomínio de população de baixo nível socioeconômico (considerando indicadores sociais, como o IDH, renda, densidade demográfica e população do território). Além disso, foi considerado o interesse dos profissionais das unidades em participar da pesquisa. Em seguida, foram escolhidos os centros de atenção especializada que atendiam pacientes com doenças crônicas na zona urbana de Caruaru. Para o estudo foram selecionadas 17 unidades de saúde, sendo 14 da AB e três da AE.

Em relação à seleção dos informantes, foram entrevistados dois grupos: profissionais de saúde e profissionais não diretamente relacionados com a atenção clínica.

Critérios para seleção dos grupos de informantes:

- a) Profissionais de saúde da AB e AE que prestavam serviço nos centros de saúde há pelo menos três meses, considerando as especialidades relacionadas com as doenças crônicas. Em ambos os níveis, foram incluídos médicos, enfermeiros e agentes

comunitários de saúde (ACS), que estavam diretamente envolvidos na atenção clínica do paciente;

b) Entre os profissionais não relacionados diretamente a atenção clínica foram selecionados diretores de distrito, gerentes de território, coordenadores/chefes de unidade de saúde envolvidos na gestão e que poderiam fornecer informações relevantes para a análise da coordenação entre os níveis assistenciais na rede, como os gerentes das policlínicas;

c) Além destes, foram selecionados profissionais que trabalhavam na administração, como técnicos e apoiadores de território e que também não trabalhavam diretamente na atenção ao paciente.

Os dados foram coletados no município de Caruru no mês de julho de 2014. A coleta se deu a partir do desenvolvimento de entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde e com os demais profissionais (descritos no Quadro 1) a fim de analisar: (1) as opiniões sobre coordenação, (2) os fatores que influem, (3) seu impacto na qualidade da atenção, (4) conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação existentes, (4) tipo de intervenções que melhorariam a coordenação. Os roteiros para as entrevistas foram desenvolvidos segundo a categoria dos informantes, com uma parte comum e outra específica (ANEXO I).

**Quadro 1** – Composição da amostra de informantes segundo categoria profissional e nível de atenção de atuação. Caruaru, 2015.

<b>Categoria profissional dos informantes</b>	<b>Nível de atenção</b>	<b>Entrevistas realizadas</b>
Médicos	AB	7
	AE	6
Enfermeiras	AB	8
Diretores	AB	1
	AE	1
	Regulação	1
Apoiadores institucionais	AB	3
	AE	3
Gerentes de centros de saúde	AE	3
<b>Total</b>		<b>33</b>

Fonte: Relatório qualitativo – Equity LA-II, 2015.

### 1.3 Comunicação entre os profissionais: diálogos, conflitos e contradições

A comunicação é característica do comportamento humano e é fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais, a partir da compreensão mútua de mensagens trocadas entre os indivíduos<sup>41</sup>. Por meio dela, são compartilhadas idéias, pensamentos e objetivos. Ela é capaz de influenciar e modificar o comportamento dos indivíduos e relaciona-se aos seus atos na execução de suas funções<sup>41,42</sup>.

Os processos comunicacionais podem ser compreendidos como a produção do entendimento através do diálogo, que tornam possível construir e renovar visões do mundo e do cuidado<sup>43</sup>. Através do diálogo é que as relações são mediadas e a resolução dos conflitos é favorecida<sup>44</sup>.

Segundo Gadamer<sup>45</sup>, é a partir do diálogo que se processa o entendimento ou compreensão, possível a partir do estranhamento, pois é dele que nasce a necessidade de entender. Habermas<sup>46</sup> propôs a construção de um novo conceito de racionalidade baseado na comunicação intersubjetiva, o paradigma da comunicação. Para esse autor:

“... é a relação intersubjetiva, que sujeitos que falam e atuam, assumem quando buscam o entendimento entre si, sobre algo. Ao fazer isto, os atores comunicativos movem-se por meio de uma linguagem natural, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas e referem-se a algo simultaneamente em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo” (HABERMAS, 1984, p. 392).

O trabalho de Habermas foi elaborado a partir de diferentes linhas teóricas, mas principalmente pela teoria crítica da Escola de Frankfurt, um movimento intelectual que se dedicava ao pensamento marxista na Alemanha, pós 1º guerra mundial<sup>47</sup>. Habermas diferenciava os tipos de ação social: a ação teleológica, a ação estratégica, a ação regulada normativamente, a ação dramaturgica e a ação comunicativa, esta última tem como objetivo alcançar um entendimento e permite o estabelecimento de relações com o mundo<sup>46</sup>.

Para atingir o entendimento os indivíduos utilizam um conjunto de sentidos para a compreensão, interpretação e por fim, para o agir sobre o mundo, que se torna objetivo quando partilhado pelos sujeitos que agem comunicativamente<sup>46,47</sup>. Para representar essa realidade Habermas<sup>46</sup> desenvolveu o conceito de mundo-da-vida que pode ser compreendido como um contexto em que os sujeitos, falantes e ouvintes, que se comunicam e se encontram ao se referir a algo no mundo. O mundo-da-vida seria o cenário no qual as pessoas que falam, agem e se entendem sobre algum tema.

Sobre as ações que podem ser estabelecidas entre os atores e o mundo, segundo Habermas<sup>48</sup>, a ação teleológica ocorre quando o sujeito define meios mais eficientes para a obtenção de um que lhe seja útil. Quando nessa definição for incluída a antecipação de decisões por parte do falante, ela pode se tornar estratégica; a ação normativa tem como objetivo um acordo relacionado a valores e normas já existentes, a dramaturgica tem como objetivo o consenso entre falantes e ouvintes e a ação comunicativa ocorre quando se pretende chegar a um acordo em um processo de cooperação entre os atores<sup>49</sup>.

As ações comunicativas são promotoras de integração social e socialização, maneiras de, através da linguagem, alcançar o entendimento, também é compreendida como um mecanismo para coordenar ações em que há ausência de coerção e maior força da racionalidade dos indivíduos participantes. A ação comunicativa seria a interação entre, ao menos dois indivíduos, que falam a agem e estabelecem relações que objetivam entender situações<sup>50</sup>.

Fazendo um paralelo entre sua teoria e a hermenêutica, uma das idéias centrais desta segunda é a de que os indivíduos, na maior parte das vezes, entendem-se ou se colocam em um movimento interior e relacional para o acordo. “A necessidade de uma hermenêutica a parece, pois, com o desaparecimento do compreender-por-si-mesmo”<sup>45</sup>. Para Minayo<sup>51</sup> a hermenêutica pode ser entendida como a arte da compreensão e esta só chega a suas verdadeiras possibilidades quando as opiniões que a iniciam não são autoritárias.

A dialética, por sua vez tem uma atitude crítica, o seu exercício considera como base da comunicação relações sociais dinâmicas e antagônicas, desse modo, a linguagem pode conduzir tanto a comunicação quanto à dificuldade da mesma. Pois, existem dissensos e movimentos contraditórios entre os indivíduos que pertencem a grupos e classes diferentes e são influenciados por interesses particulares ou coletivos e momento histórico em que vivem<sup>51</sup>.

A hermenêutica e a dialética com suas contribuições e limites podem se combinar de maneira complementar e juntas auxiliarem na produção de conhecimento sobre processos sociais complexos como saúde-doença e os fenômenos a ele relacionados<sup>51</sup>.

Segundo Habermas, o entendimento pode ser um mecanismo de coordenação quando os participantes concordam em relação às pretensões de validade dos seus atos de fala<sup>48</sup>. Pois, quando os envolvidos na comunicação visam um acordo, existem chances idênticas de decisão entre eles para definir as ações que determinarão a vida social. Assim, é a racionalidade e os argumentos e não a força ou as influências externas que irão determinar as

ações, e, em vez de organizações coercitivas haverá organizações da interação social comprometidas com a comunicação entre os sujeitos<sup>48</sup>.

A partir da relação entre as pessoas serão construídos os vínculos, que se articulam dentro das instituições<sup>52</sup>. Essas relações representam a base para a formação das RAS. Rovere<sup>53</sup>, também considera que as redes são formadas entre as pessoas e não entre cargos ou instituições, para ele, é a linguagem dos vínculos que as constrói.

É a rede de conversação entre os sujeitos, gestores, profissionais e usuários que permite a relação entre a interdependência, integração e a coordenação<sup>54</sup>. O desenvolvimento desses processos é estratégico para o cuidado e para a gestão, e por meios deles, os atores envolvidos podem se reconhecer e se implicar, de maneira que a comunicação pode atuar como emancipadora dos indivíduos<sup>43</sup>.

A partir de estudos em países desenvolvidos, outros autores sugerem que mesmo havendo compreensão sobre o papel da comunicação entre AB e AE, esta ainda é deficiente<sup>55</sup>. Pesquisas destacam ainda que algumas dificuldades possam comprometer a coordenação e a qualidade da atenção, como o fato de os profissionais não se conhecerem, a variabilidade de recomendações sobre tratamento e a restrita comunicação interpessoal<sup>56,57</sup>.

Considerando o discurso dos profissionais sobre aspectos da coordenação, foi analisada a forma de comunicação estabelecida entre esses nos diferentes níveis de atenção. A produção de informação acerca desses processos comunicacionais pode auxiliar na avaliação em saúde, contribuindo com a compreensão da realidade na perspectiva dos atores envolvidos<sup>58</sup>.

O fornecimento de informação para os gestores é importante para qualificar o processo decisório<sup>59</sup>. Nesse sentido, a avaliação, que pode ser entendida como fazer um julgamento de valor acerca de uma intervenção para auxiliar a tomada de decisão, irá contribuir para o melhor desempenho do sistema de saúde<sup>58,60</sup>.

## II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A necessidade de cuidado contínuo e integrado especialmente nos problemas crônicos de saúde e a dificuldade existente de integração entre a AB e a AE;
- A coordenação assistencial como fator determinante para a integração dos serviços de saúde;
- A comunicação como um atributo que aproxima os profissionais, melhora a integração entre níveis e facilita a coordenação e a possibilidade da existência de falhas nesse processo.

Este estudo se propõe a:

- Ampliar o conhecimento sobre a coordenação entre níveis assistenciais, como foco nos aspectos comunicacionais: diálogos, conflitos e contradições, sob a perspectiva dos atores envolvidos;
- Contribuir com a melhoria da integralidade e qualidade da atenção.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender o papel da comunicação entre os profissionais na efetivação da coordenação da atenção entre níveis assistenciais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Compreender as possibilidades comunicacionais e seus desdobramentos em relação às seguintes dimensões e aspectos da coordenação:

- Transferência da informação clínica e biopsicossocial;
- Seguimento do paciente, acesso e coerência da atenção;
- Aspectos que influenciam a coordenação da atenção: Papel da AB e AE, circuitos administrativos estabelecidos e ordenação do acesso.



## **IV. MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de caráter qualitativo, que buscou por meio da hermenêutica dialética, compreender aspectos da comunicação entre profissionais e sua relação com a coordenação da atenção entre níveis assistenciais. O presente estudo é um recorte da etapa de linha de base da pesquisa “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina - Equity- LA II”<sup>40</sup>.

### **4.2 Área de estudo**

O município de Caruaru está situado na região Agreste do estado de Pernambuco, no Nordeste do Brasil, localizado a 138 Km da capital, Recife, tinha população estimada de 347.088 habitantes em 2015, a quarta maior do estado, em uma área de 920,611 Km<sup>2</sup>, sendo apenas 16,65 Km<sup>2</sup> no espaço urbano. O Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM), foi 0,677 no ano de 2010, abaixo do índice do estado que foi de 0,727 no mesmo ano<sup>61</sup>.

O setor saúde no município de Caruaru é organizado em forma de rede descentralizada de serviços, sendo considerada nesse estudo a parte sob administração municipal. Essa rede conta com 63 centros de atenção básica, as Unidades de Saúde da Família (USF) e 19 Centros de Atenção Especializada (AE) nos quais são incluídos Centros de Saúde, Policlínicas, Ambulatórios de Especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e hospitais.

### **4.3 Período do estudo**

O presente estudo foi desenvolvido no período de março de 2016 a março de 2018.

### **4.4 Fonte da pesquisa**

Os dados coletados na fase qualitativa da pesquisa Equity- LA II foram utilizados neste estudo. A partir dos arquivos de áudio das gravações originais dos bancos de dados da pesquisa Equity- LA II foram reescutadas entrevistas realizadas com 15 profissionais, descritos na Tabela 2: sete médicos da AB; cinco médicos da AE e três apoiadores

institucionais da AB, pela pesquisadora principal sob a supervisão das orientadoras, a fim de garantir a fidedignidade das informações analisadas<sup>40</sup>. No âmbito da atenção ao paciente foram eleitos os médicos, uma vez que eles desempenham um papel muito importante na coordenação clínica<sup>38</sup>.

#### **4.5 Análise dos dados**

O material gerado a partir das entrevistas foi organizado e classificado segundo categoria profissional e nível da atenção (AB e AE), os entrevistados foram identificados a partir de códigos para que o anonimato fosse garantido.

Segundo Gomes<sup>62</sup> (2003), são três as finalidades da análise dos dados: a compreensão dos mesmos, a confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa e a ampliação do conhecimento sobre o objeto da pesquisa. A análise dos discursos foi realizada de forma manual e organizada em categorias emergidas da escuta à luz do marco teórico conceitual da Pesquisa Equity-LA II e da hermenêutica dialética.

As informações coletadas foram classificadas por meio de leitura detalhada segundo as dimensões da coordenação, de acordo com as seguintes categorias: transferência da informação clínica e biopsicosocial; seguimento adequado do paciente; acessibilidade entre níveis; coerência da atenção; circuitos administrativos estabelecidos e ordenação do acesso. Para auxiliar na identificação das categorias nos discursos foram utilizados os atributos das dimensões consideradas como referência (Tabela 1). Além dessas categorias a metodologia do trabalho permitiu que outras emergissem a partir da análise do material coletado.

É importante a definição de categorias de investigação antes da coleta dos dados, após a coleta o autor aconselha uma nova formulação, de acordo com os dados que emergirem das entrevistas e ao final do trabalho de campo as categorias iniciais, mais gerais, devem ser comparadas às últimas, mais específicas, elaboradas depois<sup>62</sup>.

A análise foi baseada na interpretação das interações que ocorrem por meio do diálogo e que podem resultar na integração entre os indivíduos a depender dos processos linguísticos estabelecidos no sentido de obter entendimento, conforme a hermenêutica dialética.

A análise final foi feita relacionando as categorias de análise, dimensões e atributos da coordenação, que incluem os objetivos da pesquisa, às relações comunicacionais, identificadas nos discursos dos informantes, observando minuciosamente o conteúdo das falas, os antagonismos e as contradições que compõem as relações sociais a partir do referencial teórico da hermenêutica dialética. Para a atual pesquisa foram analisadas as

entrevistas necessárias até que os objetivos do estudo fossem contemplados e os dados obtidos passassem a apresentar redundância ou repetição, não contribuindo mais para o aperfeiçoamento da reflexão. No anexo II constam as categorias de análise que foram utilizadas na etapa qualitativa da pesquisa Equity – LA II, que auxiliaram na construção de novas categorias (Quadro 2) emergidas da atual pesquisa.

**Quadro 2-** Categorias e subcategorias de análise.

1	Papel da AB e AE	Conhecimento do papel da AB e AE
		Papel exercido pelos profissionais
2	Transferência de informação clínica	Existência de mecanismos adequados
		Uso de mecanismos informais
3	Seguimento adequado do paciente	Existência de um responsável clínico pelo seguimento
		Evidência de comunicação oportuna com o responsável na transferência
4	Coerência da atenção	Reconciliação de tratamentos
		Duplicação de exames, consultas, medicamentos
5	Existência de mecanismos de coordenação administrativa	
6	Fatores que facilitam e dificultam a coordenação	Acesso dos usuários (AB, AE, exames)
		Baixa resolutividade da AB e AE
		Aspectos relacionados aos profissionais
7	Influência da coordenação na qualidade da atenção	
8	Sugestões para melhoria da coordenação	

#### 4.6 Aspectos éticos

A Pesquisa Equity - LA II foi aprovada pelo Comitê Ético de Investigação Clínica – Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona (CEIC), protocolo 2013/5048 I (ANEXO III) e pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP com o parecer N° 3967-14 (ANEXO IV).

O projeto da Dissertação foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, seguindo as diretrizes e normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil para solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), autorizada com o parecer N° 2.127.664. Trata-se de um

recorte da pesquisa Equity – LA II e utilizou apenas dados secundários do banco de dados do referido estudo. Não foram realizadas entrevistas adicionais.

As informações utilizadas para a realização deste estudo tiveram, única e exclusivamente, a finalidade de expressão dos resultados segundo os objetivos propostos, respeitando os princípios éticos segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## V. RESULTADOS

Os resultados obtidos foram descritos buscando identificar a visão dos diferentes atores entrevistados, analisando semelhanças, diferenças e contradições nas informações emergentes sobre a comunicação entre os profissionais e sua relação com a coordenação da atenção entre níveis assistenciais na rede de saúde do município de Caruaru. A caracterização da amostra estudada está contida na Tabela 2.

**Tabela 2 – Caracterização da amostra estudada. Caruaru, 2015.**

<b>Código</b>	<b>Função</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo na unidade</b>
M 1 - AB	Médica	41	F	13 anos
M 2 - AB	Médica	27	F	1 ano e 3 meses
M 3 - AB	Médico	38	M	6 anos
M 4 - AB	Médica	28	F	1 ano e 7 meses
M 5 - AB	Médico	34	M	1 ano e 8 meses
M 6 - AB	Médica	36	F	4 anos
M 7 - AB	Médico	41	M	9 meses
M 1 - AE	Médico - Oftalmologista	*	M	*
M 2 - AE	Médico - Ortopedista	30	M	6 meses
M 3 - AE	Médico - Ortopedista	54	M	10 anos
M 4 - AE	Médico - Clínico-infectologista	*	M	*
M 5 - AE	Médica - Pneumologista	45	F	5 anos
M 6 - AE	Médica - Endocrinologista	34	F	7 anos
AP 1	Apoiadora da AB	29	F	2 anos
AP 2	Apoiadora da AB	51	F	2 anos
AP 3	Apoiador da AB	42	M	3 anos

\*Informações indisponíveis

As informações apresentadas foram analisadas e interpretadas a luz da hermenêutica dialética e assim estabeleceram-se relações e desenvolveram-se hipóteses a fim de compreender seus desdobramentos em relação às categorias emergidas nas entrevistas.

### **Papel da AB e AE**

O conhecimento sobre o papel da AB foi revelado por quase todos os profissionais entrevistados à exceção de dois médicos, um deste nível de atenção e outro da AE. A maioria concorda que a AB deve atuar desde a prevenção de agravos, identificação/diagnóstico de

problemas, acompanhamento mais próximo ao usuário prevenindo complicações, dando orientações e encaminhando ao médico especialista quando necessário. Muitos também reconheceram a importância da equipe de saúde da família para o cuidado.

*“É acompanhar de perto esse paciente, desde a prevenção das doenças, e no caso desses pacientes que já têm alguma doença crônica (...). Seja a função do médico, seja em conjunto a enfermeira, assistentes de saúde, agentes comunitários, pra ta tendo uma visão global desse paciente, caso haja uma necessidade encaminhar.” (M 3 – AE)*

*“(...) Eu não to a par do funcionamento da atenção básica à saúde, (...), o que eu to lhe falando é o que acontece comigo aqui. A dificuldade que tem o paciente de chegar até aqui. De que no meu modo de ver não havia necessidade de tanta burocracia para ele chegar até o oftalmologista.” (M 5 – AE)*

*“Eu acredito que seja inicialmente a de prevenir. Prevenir esse tipo de doença (doenças crônicas). Detecção precoce e início do tratamento, e também de acompanhamento, realizando exames, orientação dietética, por aí...” (M 5 – AB)*

As atividades de promoção à saúde como atribuição da AB foram citadas por apenas um profissional e o papel de ordenadora do cuidado estava exclusivamente no discurso dos apoiadores institucionais.

*“(...) A atenção básica é aquela primeira porta de entrada tanto pra enxergar este paciente, porque (...) ela não só tem esse papel de ficar esperando que o usuário adoça e venha procurar o serviço uma vez que a atenção básica é o local mais importante em se fazer prevenção e promoção a saúde (...).” (AP 2 – AB)*

*“A atenção básica é a ordenadora do cuidado, (...) deve ser a porta de entrada pros serviços de saúde, principalmente das doenças crônicas (...). Ela é a ordenadora do serviço, inicia o cuidado, mas nunca deve soltar esse paciente.” (AP 3 – AB)*

Não houve grandes diferenças entre o papel identificado pelos profissionais e o que é exercido considerando a opinião dos médicos da AB, os fatores referenciados como dificultadores para o exercício foram o grande número de usuários e a limitação de consultas especializadas, medicação e exames.

*“A gente tem essa dificuldade de observar esses pacientes tão de perto por que são muitos. A gente faz rodízio, (...) e procura manter uma periodicidade, mas nunca é tão próximo quanto a gente gostaria.” (M7 – AB)*

*“Limitado porque a gente tem limitação de medicação à disposição do paciente, (...) exames (...), agendamento desses exames. Então a gente fica meio amarrado, meio preso, tanto em prescrição, como em acompanhamento.” (M 3 – AB)*

Alguns especialistas referem que a AB perdeu um pouco de sua característica, pois não está tão próxima aos pacientes quanto deveria, os encaminhamentos não são suficientemente preenchidos com o histórico dos pacientes e um dos médicos referiu que os profissionais estrangeiros não exercem o papel que deveriam.

*“(...) Não sei se é por causa de mudanças de profissionais, a vinda desses estrangeiros também que eu não tenho tido boas respostas em relação aos pacientes. Uma série de causas. Mudança profissional, questão de vagas, de consultas, aí acho que a atenção básica mudou muito sua característica (...).” (M 2 – AE)*

Quanto ao papel da AE, quase todos os entrevistados demonstraram conhecer, dois especialistas demonstraram falta de confiança/reconhecimento no médico da AB. Os médicos da AB confiam com mais frequência nos especialistas, porém queixam-se da falta de contrarreferência.

*“Diagnosticar, tratar, encaminhar pra atenção básica, quando a patologia é fácil de tratar, orientando nos cuidados que esse paciente tem que ter e tratar as exacerbações (...) e oriento sempre o paciente que qualquer intercorrência, procure marcar.” (M 2 – AE)*

*“(...) acho que todo mundo exerce direitinho, quando chega lá né? (na atenção especializada) (...) o paciente vem, começa a usar a medicação que foi prescrita lá, as orientações que foram feitas e (...) a grande maioria já vem controladinha, quando volta pra mim...” (M 1 – AB)*

*“Não existe muito a contrarreferência. Muito falho nesse ponto aí. Apesar de os pacientes serem encaminhados com toda a referência, eles não retornam com nada por escrito pra gente. Às vezes ficamos meio perdidos, sem saber o que foi feito lá. Fica contando só com o esclarecimento do paciente, né?!” (M 5 – AB)*

### **Transferência de informação clínica e biopsicossocial**

A falta de acesso ágil e oportuno a informação foi identificada por todos os entrevistados e a maioria refere como principais problemas relacionados à transferência de informação, a ausência de mecanismos adequados para este fim e a falta de diálogo entre os profissionais. Outros sugerem que existem os mecanismos, mas que não são utilizados são mal preenchidos pelos médicos que os enviam ou não são consultados pelos que recebem.

*“É um bilhetezinho que eu mando, não tem nada de ficha. Eu escrevo por minha conta.” (M 1 – AE)*

*“A gente não vê exercida a referência e a contrarreferência, (...) a atenção básica meio que fica ilhada, manda o paciente, ele é atendido, porém não recebe de volta um comunicado do médico, (...) no retorno pra unidade de saúde é perguntar ao paciente o que foi que o outro médico disse.” (AP 3 – AB)*

*“Você acha que eu vou pegar meu celular e ficar ligando para discutir sobre paciente? A gente não faz isso na rede privada! (...) Ele vem pra cá e cada vez que ele vai pra lá, o máximo que vem é uma receita, uma história, um bando de ficha do paciente, declarando coisas que às vezes o médico vê que é muita coisa, papel demais, quer ficar livre para ir embora.” (M 4 – AE)*

Quanto aos mecanismos formais três dos entrevistados, médicos da AB e apoiador, falaram sobre a existência do matriciamento de forma pontual, em saúde mental, atenção à gestante e endocrinologia. Um dos apoiadores explicou que a contrarreferência no município estava instituída apenas para atenção ao pré-natal e saúde bucal.

*“Matriciamento só em saúde mental, teve um período que a gente teve, se eu não me engano era assim: a gente chamava o paciente, a matriciadora vinha a unidade, coordenava, ajudava a gente, direcionava, mas em todas as outras especialidades não.” (M 7 – AB)*

*“As unidades de saúde da família reclamam tanto, a gente recebe muita solicitação dos profissionais quanto à necessidade da contrarreferência (...), a gente só tem instituído em saúde bucal e em atenção ao pré-natal, mas nas outras...” (AP 3 – AB)*

Quase todos os entrevistados falaram sobre a utilização de mecanismos informais para transferir informação, como receituários, telefone pessoal ou o paciente como porta voz das suas condutas ao outro nível de atenção.

*“(...) a gente já conhece muitos dos profissionais, tem o celular, liga, tira dúvida. Chefe da pneumologia, às vezes eu mesma ligo, “olhe doutora eu tô com uma paciente assim, assim, a senhora atendeu, tô com tal... Não há restrição em esclarecer, não há restrição.” (M 3 – AB)*

*“Na verdade, nós mandamos no receituário normal, não tem nada (formulário de referência)... Nós só botamos ao endocrinologista, ao pneumologista, e se quiser nós botamos o motivo, se não, também vai assim. O paciente vai lá e fala.” (M 6 – AB)*

Quanto à instituição e utilização de mecanismos de transferência da informação, dois apoiadores explicaram que foram criados a partir da identificação das necessidades pela gestão e apresentados aos profissionais.

*“Os mecanismos foram planejados a partir da identificação da gestão, das necessidades, das dificuldades das unidades. Quem participou foi a gerência de atenção básica no primeiro momento...” (AP 1 – AB)*

*“A gente teve momentos para ver a apresentação. Ver como funciona. Pra avaliar e dar sugestões não.” (M 7 – AB)*



### Seguimento adequado do paciente

Um dos aspectos relacionados ao seguimento do paciente é a existência de um responsável clínico, porém dois médicos da AB e dois especialistas demonstraram não compreender esse termo ou não saber quem seria o responsável, enquanto para um médico da AB e um apoiador, a responsabilidade é da Equipe de Saúde da Família.

*“O responsável clínico (Parada para refletir sobre o termo)... Assim, eu não visualizo a figura de uma pessoa, não. É um sistema que foi colocado e assim, não tem ninguém que a gente chegue pra obter esse esclarecimento.” (M5 – AB)*

*“A princípio somos nós, aqui na atenção básica. Que manejamos esse paciente na maior parte do tempo (...). O especialista funciona (...) como uma referência. O manejo do paciente no dia a dia, a responsabilidade desse paciente somos nós que temos. (M 3 – AB)*

Segundo um médico da AB e dois da AE, o papel de responsável clínico é segmentado entre estes profissionais. Um médico da AE considera que a responsabilidade é dos especialistas. Dois apoiadores, dois médicos da AB e um da AE consideram como responsável clínico o médico da USF. Apenas dois profissionais não comentaram sobre essa categoria.

*“Existe uma divisão, se é um paciente crônico com complicações, (...) o responsável tem que ser o especialista. Agora, o paciente em casa, na rotina, tem que ter o médico clínico do PSF. Porque no dia a dia o paciente não consegue sempre chegar ao especialista.” (M 1 – AE)*

*“Olhe, no meu modo de ver, um diabético tinha que ser acompanhado preferencialmente por um endocrinologista. Se não tem esse profissional, se não existe, seria um clínico com um entendimento nessa área.” (M 5 – AE)*

*“Eu... Eu me sinto responsável, eu luto por eles, tento fazer o que eu posso, às vezes até eu conheço gente em outros hospitais, tento conseguir vaga, pras prioridades. (...) eu tento dar o meu jeito, tento falar com o pessoal, articular, agendar...” (M 2 – AB)*

Outras perspectivas para o estudo do seguimento é a evidência de comunicação oportuna com o responsável pela transição entre níveis e a oportunidade de uma consulta depois da transferência. Dois médicos da AE, seis da AB e um apoiador afirmaram que é falha a comunicação com o médico que transferiu o paciente, os da AB e apoiadores relacionaram essa dificuldade ao não envio da contrarreferência. Dois médicos da AB e um da AE explicaram que o longo tempo de espera para o atendimento dificulta a oportunidade da consulta de seguimento.

*“O paciente vem pra mim, se eu vejo que tem necessidade dele ir lá pro especialista, eu mando, paciente volta pra mim e o que o especialista fez pro paciente, quem vai me dizer é o próprio paciente... Às vezes ele nem traz a receita que foi prescrita, diz de boca.” (M 1 – AB)*

*“Quanto à questão da comunicação entre o médico do posto de saúde, do PSF, da Atenção Básica e o médico da Atenção especializada, no caso da ortopedia, eu acho que é uma comunicação falha ainda.” (M 3 – AE)*

*“(...) eu faço o encaminhamento. Ele é visto na unidade de referência e, depois retorna pra mim. Pra explicar verbalmente o que foi passado lá. (...) acredito que seja cultura mesmo, do profissional de medicina que não tem costume de fazer a contrarreferência. Ou talvez, (...) o excesso de atendimentos que ele faz.” (M 5 – AB)*

*“A volta vai depender do que o especialista quiser, se ele achar que é pra ele ficar acompanhando, ele tem o retorno. Mas se passar do prazo tem que pegar outro encaminhamento. Ai ele pede exame, o exame não chega na hora, passa do prazo, ai outro encaminhamento, outra marcação, entra na fila da marcação de novo (...) pra poder conseguir a vaga.” (M 2 – AB)*

### **Coerência da atenção**

A existência da reconciliação de tratamentos foi uma das subcategorias que emergiram e pode auxiliar na caracterização da coerência da atenção. Quatro médicos da AB, três a AE e dois apoiadores revelaram que os tratamentos prescritos por médicos da AB e AE são reconciliados, porém dois médicos, um da AB e outro da AE falaram sobre a existência de contradições.

*“Geralmente o médico da atenção básica ele se exime do problema, fica até um pouquinho omissivo porque não é especialista, pra não se responsabilizar, muitas vezes ele fica mantendo só o que o especialista disse, (...) pra lhe dar mais garantia. Então dificilmente tem contradição.” (M 1 – AE)*

*“Há, há coerência sim. Muitas vezes o que eu faço aqui, o colega lá muda pouca coisa ou então inclui alguma coisa, não há grande modificação das medicações que são feitas, o tratamento em si que é feito não. Nunca aconteceu não.” (M 1 – AB)*

*“Algumas vezes têm divergências. E trazem consequências graves. Diagnósticos errados, medicações erradas e isso vai influenciar muito no paciente.” (M 2 – AE)*

*“(...) há contradição, às vezes ele (o usuário) vai procurar um especialista, que prescreve umas medicações, aí ele não sai satisfeito, ou não pode comprar as medicações e vai a outro, e... Já passa outro tipo de medicação.” (M 5 – AB)*

A outra subcategoria relacionada à coerência trata da inexistência de duplicação de exames, consultas e medicamentos e foi referida por dois médicos da AE, um da AB e dois

apoiadores. Três médicos da AB e um apoiador relataram que existe a duplicação de exames e medicamentos.

*“Não, acontece isso não (duplicação de exames). Quando eu mando o paciente, eu já mando com os exames, então como eu já descrevo os exames no encaminhamento, o colega lá já vê, ele vai pedir só algo mais que ele queira.” (M 1 – AB)*

*“Se ele for atendido, por exemplo, numa emergência, numa UPA, eu não sei porque motivo, eles não liberam os exames. O paciente tem que fazer às vezes novos exames, iguais aos que eles fizeram, na unidade.” (M 5 – AB)*

### **Circuitos administrativos estabelecidos**

Em relação à coordenação administrativa, emergiram informações sobre a existência de mecanismos para essa coordenação na rede de saúde do município. Quatro médicos da AB, três da AE e três apoiadores referiram a existência de e uma central de marcação de consultas no município, dentre estes, alguns se referiram à mesma como uma central de regulação.

*“Tem uma central de marcação, mas se a gente precisar, um caso específico de um paciente (...) com mais urgência, conseguimos ligando, pedindo, explicando o caso, consegue até marcar um pouquinho mais rápido, mas a grande maioria das vezes...” (M 1 – AB)*

*“Quando ele vai de um nível pra outro é agendado através de uma central de regulação, que, em algumas unidades é descentralizada... No ato do agendamento ele recebe, o que eles chamam, o ‘check in’ (...) uma espécie de formulário onde está a unidade onde ele vai ser atendido, hora, área ou especialidade, ele vai com essa referência.” (AP 2 – AB)*

Um dos especialistas referiu à utilização de protocolos de atendimento, porém não eram do município. Um dos médicos da AB falou sobre a existência de fluxos estabelecidos. Dois médicos da AB e um especialista se queixaram que não havia comunicação com a gestão para avaliação desses mecanismos.

*“Tem protocolo de atendimento. Eu já tive acesso à leitura do protocolo. É um protocolo geral do IMIP... Como a UPA de Caruaru faz parte da rede IMIP, existe todo um protocolo único das UPA.” (M 3 – AE)*

*“Quando eu cheguei teve uma reunião dizendo como é que era o fluxo. O fluxo de referência, contra-referência pra atenção especializada, a nível terciário, nível secundário, foi feito. (...) Qual era a capacidade instalada de cada serviço, pra onde mandar cada paciente, o fluxo de referência, de exame, tudo.” (M 4 – AB)*

*“Eu acho que deveria (existir a avaliação dos mecanismos), tanto a gente ter noção dessa regulação, quanto a gente poder opinar. É o que eu tô dizendo, sugerir, questionar, abordar. Acho que o que ta faltando na verdade a palavra é comunicação.” (M 1 – AE)*

### **Aspectos que facilitam e dificultam a coordenação**

Entre os participantes, dois médicos da AB, dois da AE e os três apoiadores revelaram a existência de aspectos que facilitam a coordenação da atenção, sendo o mais frequente a central de marcação de consultas. Além deste foi indicada como facilitadora, pontualmente: a boa vontade dos profissionais. Apenas os apoiadores citaram outros aspectos, como o fortalecimento da AB e a execução do seu papel de ordenadora do cuidado, a existência do apoio integrado, o conhecimento entre médicos da AB e AE, a existência de protocolos clínicos e de instrumento de planejamento como o Plano Municipal de Saúde.

*“A facilidade dessa coordenação do cuidado se dá pela vontade de cuidar do paciente, pela responsabilização pelo território, pela conduta.” (AP 3 – AB)*

*“Acho que o que tem muitas vezes é a boa vontade dos profissionais (...), isso é o facilitador. É o profissional abrir mão da marcação, pedir que o paciente venha antes, é o coordenador da Policlínica que facilita a chegada do paciente, é o gerente que tá lá no nível mais acima, (...) ter sensibilidade pra abrir algumas exceções (...).” (M 1 – AE)*

*“A regulação aqui facilita, em parte. Porque antigamente o paciente teria que se dirigir a secretaria de saúde, pra marcar uma consulta com o especialista. Hoje em dia é marcado aqui mesmo no posto de saúde, através de um sistema de computador e de telefone também...” (M 5 – AB)*

*“O fortalecimento da atenção primária, ter a atenção primária realmente como a ordenadora dos serviços. Eu acho que tem avançado bastante nessa proposta, a própria implantação do apoio institucional. É você ter a gestão mais próxima das equipes e em relação a interação com a atenção especializada, nós estamos trabalhando também no sentido de ter o apoio institucional na especializada...” (AP 2 – AB)*

Em relação aos aspectos que dificultam a coordenação da atenção foram citados os relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais e os organizativos. Dois apoiadores e um especialista falaram sobre fatores relacionados ao sistema de saúde.

*“Olhe, sinceramente, como funciona o sistema, acho que eu devo tá fora do sistema, porque não vejo a maneira como ele tá funcionando, como sendo a maneira correta, eu não vejo, eu acho uma desumanização da medicina.” (M5 – AE)*

*“Eu acho que o SUS... Ele, na sua essência, ele seria perfeito, agora o que ocorre é que existe gestões e gestões. Porque passou que a atenção básica ainda não era prioridade de governo, esse é o meu ponto de vista, a prioridade do governo (...) foi a atenção especializada, isso prejudicou muito o andamento da atenção básica.” (AP 1 – AB)*

Para três médicos da AB e um apoiador os fatores relacionados aos profissionais dificultam a coordenação como, a dificuldade de contato com os especialistas e dos médicos

fazerem a contrarreferência assim como a falta de comunicação da gestão e regulação com os profissionais da assistência.

*“A dificuldade é exatamente esse contato com o especialista, que eu não tenho aqui. Que seria interessante, até mesmo conversar com ele pessoalmente, em alguns casos. O acesso a eles é mesmo difícil! Já houve casos de eu ir pessoalmente numa policlínica onde tinha o atendimento do cardiologista (...) pra conversar sobre um paciente específico, e fui muito mal recebido pelo colega.” (M 5 – AB)*

*“(...) uma vez foram instituídas algumas fichas de referência e contrarreferência e não teve muita adesão por parte dos médicos da atenção especializada. Os especialistas, não são todos, mas infelizmente eles mal conseguem escrever no prontuário, quanto mais escrever num papel de contrarreferência.” (AP 3 – AB)*

*“Eu acho que falta (...) escutar mais o que a gente fala. A gente que ta na ponta. Nós, agentes de saúde, o pessoal do PACS, onde não tem PSF. Eu acho que falta o pessoal da gestão e o pessoal da regulação, não é ouvir, é escutar, a gente. Assimilar um pouco a realidade da gente.” (M 3 – AB)*

Os aspectos mais citados (quatro médicos da AB, dois da AE e um apoiador) como dificultadores da coordenação foram os organizativos, como a ‘burocracia’ para a marcação de consultas, número restrito de vagas para exames e consultas especializadas, medicações e grande demanda de pacientes.

*“Muita coisa. Primeiro o tempo de espera pra uma consulta. Depois a burocratização pra solicitação dos exames, a falta de informatização. A restrição das medicações, que a farmácia dispõe. Uma coisa que também atrapalha um pouco é a burocracia na farmácia do estado.” (M 3 – AB)*

*“Eu acho que precisava melhorar nesse sentido da gente ter a resposta de lá. Eu acho que falta isso e falta também a gente ter mais vagas e ser mais fácil de marcar pra esses pacientes. Eu acho que, não do trabalho do médico em si lá, mas do trabalho da gente conseguir a vaga, eu acho que é isso, que tá atrapalhando a vida da gente.” (M 1 – AB)*

*“O elemento é a demanda que é muito grande e o profissional não consegue dar conta de todo mundo. A demanda é grande.” (M 2 – AB)*

### **Influencia da coordenação para a qualidade da atenção**

Para dois médicos da AB e um especialista, a influência da coordenação para a qualidade da atenção aos usuários refletiu-se na perda de continuidade do tratamento, no agravamento dos sintomas e na possibilidade de seqüelas, enquanto um entrevistado (apoiador) citou influencias positivas da coordenação: a organização da rede e facilidade de acesso.

*“Com certeza, porque, por exemplo, o paciente que precisa de um vascular, precisa ser acompanhado, fazer exames periódicos, o tipo de medicação pode causar sangramento... Então se ele espera, chega o caso de transferir porque evoluiu pra uma trombose. Começa o tratamento e não continua, é o que eu vejo aqui, e muito, porque não consegue retorno.” (M 2 – AB)*

*“Não tem muito uma ligação, sabe. Não tem... A gente atende aqui, manda pra lá (...), mas não tem essa interligação, acho que deveria ter, pra um maior controle. Porque lá geralmente não ficam sendo acompanhados, eles ficam sendo acompanhados por aqui.” (M 6 – AB)*

*“Na qualidade e no acesso. Na qualidade, porque organiza mais a rede e a rede estando mais organizada, obviamente que melhora a qualidade. E em relação ao acesso também.” (AP 2 – AB)*

### **Sugestões para melhoria da coordenação**

Muitos atores fizeram sugestões para a melhoria da coordenação, dentre elas as mais presentes foram as seguintes: Melhoria da comunicação entre médicos, entre gestão e médicos, melhoria de acesso dos usuários, organização de capacitações para os médicos e utilização da contrarreferência como mecanismo de articulação entre níveis.

Entre três médicos da AB, dois especialistas e dois apoiadores foi identificada a necessidade de comunicação entre médicos da AB e especialistas. A falta de diálogo entre gestão e médicos também foi referida, esta por dois médicos da AE e dois da AB.

*“Eu acho que poderia melhorar a comunicação entre a gente (...). Se houvesse essa comunicação, sobre os pacientes... Eu sei a questão é tempo, que é difícil pra todo mundo, mas, pelo menos o colega lá orientar, olha, mostra a receita, pra médica que tá lá na atenção básica, (...) do que foi feito. Eu vou pedir exames, você mostra pra mim, mas mostra pra ela também lá...” (M 1 – AB)*

*“Eu acho que manter esse link aberto. Ter sempre a preocupação de ir nas equipes, ver qual é a realidade(...). Eles (gestão) precisam aprender a ouvir o que a gente tem pra dizer. Ver a nossa necessidade...” (M 3 – AB)*

A importância de utilização da referência e contrarreferência foi ressaltada na fala de quatro médicos da AB e dos três apoiadores. Outros mecanismos de articulação foram apontados pontualmente pelos médicos e apoiadores, como: prontuário eletrônico, regulação de vagas, classificação de risco, consultas compartilhadas, matriciamento, protocolos clínicos.

*“A questão da contrarreferência que é importantíssima. Até mesmo pra evitar que esse paciente fique retornando lá sem necessidade. Porque se, realmente, tivesse anotado tudo que foi feito lá, eu não ficaria em dúvida em alguns aspectos que eu queria esclarecer em relação ao paciente. Eu acredito que poderia ser institucionalizado né?!” (M 5 – AB)*

*“Treiná-los a respeito das complicações, da identificação de problemas graves que precisam de um encaminhamento mais rápido e do tratamento inicial. Dar a eles algumas dicas de como eles poderiam começar a tratar pra facilitar meu trabalho (...), porque muitas vezes eles não tem noção do que fazer. Os médicos, os clínicos... Que não se reciclam né.” (M 1 – AE)*

## VI. DISCUSSÃO

São diversas as dificuldades encontradas para que a AB exerça seu papel de ordenadora da atenção, nesse estudo foram desvelados aspectos como a falta de reconhecimento dos próprios profissionais sobre seu papel e a ausência de confiança dos médicos da AE em relação aos do primeiro nível de atenção. Essas dificuldades contribuem para a ausência de comunicação percebida pelos profissionais da gestão e médicos, a falta de diálogo entre gestão e profissionais e entre especialistas e usuários também foi identificada pelos entrevistados.

Diante dos desencontros resultantes da dificuldade do estabelecimento de relações dialógicas<sup>43</sup> ficam mais claros os obstáculos impostos à coordenação da atenção e integralidade do cuidado, relacionados aos profissionais. Além dessas permanecem aquelas associadas à organização da rede, como a insuficiência de mecanismos adequados para articulação e de serviços especializados que atendam às necessidades dos usuários.

O desafio de superar a fragmentação dos serviços e possibilitar uma atenção contínua e integrada, necessária ao cuidado das condições crônicas ainda é vivenciado pelo sistema de saúde brasileiro. Essa desarticulação entre a AB e AE foi vivenciada pelos entrevistados segundo os quais o trabalho exercido pela atenção especializada, é comumente isolado, pois não conhecem os profissionais que enviaram os pacientes e não tem acesso a informações da assistência prestada anteriormente, experiência também percebida no trabalho de Tesser e Neto<sup>65</sup>.

Um dos aspectos primários para o exercício profissional adequado, dos médicos da AB e AE, seria o conhecimento dos papéis de ambos os níveis de atenção pelos profissionais. A falta de reconhecimento da AB como ordenadora do cuidado demonstrada pelos médicos de ambos os níveis de atenção foi uma fragilidade identificada por esse estudo. Diferente do que é preconizado no modelo de atenção em redes vigente no país em que a coordenação pela AB favorece a articulação entre níveis assistenciais, para dar aos usuários melhores respostas às suas necessidades<sup>13, 63, 64</sup>.

Situação semelhante foi encontrada em dois municípios do Brasil, em que se observou a impotência das equipes da AB em relação à coordenação do cuidado por não possuir condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados, representações) de exercer esse papel<sup>66</sup>. Algumas destas limitações também fazem parte do dia a dia dos médicos da AB entrevistados que se referiram a condições operacionais, organizacionais e simbólicas.



A falta de confiança e reconhecimento dos especialistas em relação aos médicos da AB, manifestada em algumas entrevistas, também contribui para a dificuldade de integração entre os níveis fazendo com que haja uma retenção desnecessária de pacientes na AE e a formação de filas de espera dificultando o acesso a AE referido nesse trabalho<sup>65</sup>. O distanciamento entre médicos dos dois níveis foi vivenciado pelos entrevistados, principalmente por médicos da AB que parecem perceber melhor a necessidade de aproximação. Giovanella et al.<sup>67</sup> também identificou a insuficiência de conhecimento de profissionais dos serviços especializados sobre o trabalho da AB e a desvalorização destes, interferindo na colaboração entre os níveis, no Brasil e Espanha.

Em alguns discursos ficaram evidentes a falta de respeito mútuo e colaboração entre médicos da AB e AE, aspectos que são abordados em reflexões sobre a comunicação que reconhecem a importância de práticas dialógicas para o estabelecimento de relações mais equitativas e de confiança<sup>68,69,70</sup>. Percebeu-se a inexistência do diálogo e a ausência da intenção de que essa prática se estabeleça ou de que seja necessária, principalmente na visão dos especialistas. Segundo Gadamer<sup>71</sup>, as condições de diálogo sucedem dos papéis atribuídos aos participantes decorrentes da interseção entre poder e linguagem, existindo diálogo quando há uma troca mútua de perguntas e respostas.

A existência de sensação de inferioridade em profissionais da AB em relação aos de outros serviços, é refletida nas relações entre profissionais ao compartilhar pacientes<sup>72</sup>. A base para o agir comunicativo refere-se à pretensões de validade e não de poder, que é externa à linguagem, impossibilitando a discussão de razões e argumentos. Para a existência de uma situação comunicativa é necessária a simetria de participação, com direitos iguais e ausência de coação o que não é possível sem o reconhecimento recíproco entre os participantes<sup>73</sup>.

A compreensão sobre o papel e importância da saúde da família para o cuidado aos usuários, e acerca das dificuldades encontradas para o exercício dos papéis de ambos os níveis, identificada por alguns entrevistados, poderia contribuir no reconhecimento entre médicos. Além disso, a clareza de que para o atendimento integral é necessário um conjunto de trabalhadores e a interação constante entre eles e seus diferentes saberes<sup>74,75,76</sup>.

A saída do especialista do consultório, para conhecer as demandas dos usuários mais de perto, auxiliaria na valorização e respeito por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>67</sup>. Segundo os mesmos autores outro fator que aumenta a distância entre os níveis de atenção é o baixo prestígio social e profissional dos trabalhadores desse nível de atenção<sup>77,78</sup>.

Em paralelo a essa desvalorização pelos especialistas, um estudo de Aleluia et al.<sup>79</sup> realizado a partir de entrevistas com gestores e profissionais da APS, os primeiros

identificaram que a competência técnica e o perfil de profissionais “induzem” encaminhamentos, dificultando a otimização da distribuição de consultas e exames no município estudado. Essa característica pode contribuir para a dificuldade de acesso identificada pela maioria dos profissionais entrevistados.

A dificuldade de acesso a consultas especializadas e exames, encontrada nesse trabalho, também foi apontada pelo estudo de Aguilera et al<sup>80</sup> que entrevistou gestores da saúde no estado do Paraná, revelando a fragmentação de uma rede de saúde. Outros estudos também identificaram esse obstáculo, a demora para acesso aos especialistas dificultava o percurso do usuário e mostravam a fragilidade do funcionamento da rede<sup>77,78,81</sup>. Esse problema pode estar relacionado a insuficiência de serviços especializados disponíveis e a demanda crescente<sup>82</sup>, características também identificadas pelos três grupos de informantes.

Semelhante ao que foi identificado pelos entrevistados desse estudo, para Erdmann et al<sup>83</sup> é imprescindível a ampliação de acesso a serviços especializados e a melhoria da articulação na rede para a resolutividade e integralidade da atenção. Os autores também identificaram que a boa relação entre a AP e a secundária influencia nessa resolutividade.

A integração entre a AB e AE pode ser favorecida pela utilização dos mecanismos de articulação entre níveis, como a referência e contrarreferência. O estudo de Almeida et al<sup>84</sup> verificou que a contrarreferência não era uma prática comum, semelhante às informações fornecidas por nossos entrevistados, variando de 2,8% em Belo Horizonte a 11,5% em Florianópolis, o percentual de médicos que afirmou recebê-la. Para esses autores essa pouca utilização mostra a necessidade de maior integração entre AB e AE.

Os sistemas de referência e contrarreferência de pacientes existem nos 16 países da América Latina estudados por Ortega et al<sup>85</sup> e, semelhante ao nosso achados, são mais eficientes na referência de pacientes do primeiro ao segundo nível de atenção. Eles também observaram dificuldades para a contrarreferência, que limitam o *feedback* dos médicos da AP, queixa também presente nas entrevistas analisadas para este estudo. A dificuldade para utilização desse mecanismo foi também encontrada em um estudo multicêntrico realizado por Vargas et al<sup>86</sup>.

Em entrevistas com gestores e profissionais estudos encontraram que os principais motivos para não utilização da contrarreferência são a frágil articulação da rede, a deficiência de tecnologias para comunicação, insuficiente conscientização, hábito e empenho dos profissionais<sup>79</sup>. Corroborando achados deste estudo em que os profissionais afirmaram que a não utilização desse mecanismo se deve a falta de tempo e/ou interesse dos especialistas.

A falta de diálogo entre especialistas e pacientes sugerida pelo estudo é outra evidência importante relacionado aos profissionais que influenciará na qualidade e humanização da atenção. O cuidar da saúde requer encontros entre subjetividades, entre o cuidado e o ser cuidado, desvendando necessidades de saúde como também do que se considera a Boa vida e como buscá-la<sup>87</sup>. Nesse sentido, é patente a relevância da comunicação que proporciona humanização à atenção, para tanto é necessário que os profissionais sejam capazes de sensibilizar-se às situações vividas evitando um cuidado tecnicista e dominador<sup>88,89</sup>.

O caráter tecnocientífico do saber por vezes exclui qualquer outro tornando o encontro assistencial tecnicista e evidenciando uma assimetria de poder entre o profissional e o paciente que assume uma condição de objeto a ser transformado pelo que presta o cuidado, essa forma de encontro foi percebida pelos médicos da AB como sendo comum entre especialistas e pacientes<sup>10,90</sup>. Segundo Ayres<sup>90</sup> o estabelecimento de vínculos, essenciais para qualidade das relações que envolvem o cuidar depende da construção de oportunidades de encontros que favoreçam intersubjetividades e promovam compartilhamentos.

Esses encontros também precisam ser estabelecidos entre os profissionais de diferentes níveis de atenção, pois, para construir maneiras de lidar com saberes e realizar a tarefa do atendimento integral, o atendimento em saúde envolve a interação constante de trabalhadores para a efetiva assistência<sup>91</sup>. Os entrevistados perceberam a necessidade de mais encontros e de estímulo a comunicação entre eles e foram essas as principais sugestões que fizeram para a melhoria da coordenação. No estudo Martinez, Navarrete e Lorenzo<sup>92</sup>, a comunicação, o conhecimento e a relação entre os profissionais emergiram como fatores determinantes centrais da coordenação. Para Jesus et al<sup>93</sup> a escassa comunicação entre AB e AE foi apresentada pelos entrevistados como causa e consequência de impasses que prejudicam a coordenação da atenção.

Apesar da complexidade da coordenação e da dificuldade de entendimento do termo que refere-se a articulação entre os serviços relacionados à atenção ao usuário, também percebida no estudo de Jesus et al<sup>93</sup>, os profissionais identificaram que sua ausência interfere negativamente na continuidade da atenção prestada. E que, por sua vez, influenciará na qualidade do cuidado.

Os resultados encontrados permitiram a ampliação do olhar para a complexidade das relações entre as pessoas envolvidas no processo do cuidar e de como as relações dialógicas, estabelecida ou não entre elas, podem influenciar na coordenação da atenção entre os níveis

assistenciais. E assim, ao perceber as fragilidades comunicacionais torna-se preemente pensar estratégias para que de fato existam encontros entre usuários e profissionais da saúde<sup>87</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
2. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5): 951-63.
3. Teixeira JV, Cruz CAM, Azevedo AP. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. *R Pol Públ*. 2016; 20(1): 201-20.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Ministério da Saúde 1986.
5. Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta G C; Pontes ALM (Org.). Políticas de saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
6. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016; 25(1): 9-18.
7. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2001.
8. Mattos, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (5): 1411-6.
9. Aith F, Bujdoso Y, Nascimento PR, Dallari SG. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. *R Dir sanit*. 2014; 15(1): 10-39.
10. Ayres JRCM. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2009; 18(2): 11-23
11. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2753-62.
12. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2297-305.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 31 dez 2010; Seção 1.
14. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 867-74.

15. Kuschmir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2307-16
16. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
17. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield B, editor. *Atención primaria*. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
18. Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernandez MP, Camacho RG. Continuidad y longituninalidad em Medicina General em cuatro países Europeos. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 479-485.
19. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1029-42.
20. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam Salud Publica*. 2011; 29(2): 84-95.
21. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(7425):1219-21.
22. Mitchell SM, Shortell SM. The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. *Milbank Q.*, v.78, n.2, p.241-89, 2000.
23. Pan American Health Organization (PAHO). *Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington DC: OPS; 2010.
24. WHO. *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Geneva: WHO; 2008.
25. Barreto ML, Teixeira MG, Morais Neto OL, Duarte EC. O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. In: Ministério da Saúde, organizador. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 407-16.
26. World Health Organization. *Mortality and burden of disease. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde)
27. WHO. *Library Cataloguing-in-Publication Data Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)> Acesso em: 20 set 2016.

28. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt I, Ducan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2014: Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(4): 599-608.
29. Malta DC, Dimech CPN, Moura L, Silva JR JB. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013; 22: 171-8.
30. Cunha ABO, Matos SMA, Lessa I, Silva GA. Prevenção, atenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis. In: Paim JS, Filho NA (org). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
31. ONU. Relatório da reunião de alto nível da assembleia geral das nações unidas sobre os progressos alcançados na prevenção e no controle de doenças não transmissíveis. 53º Conselho Diretor 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839)>. Acesso em 12 de julho de 2016.
32. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS [internet]. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. [acesso em 10 julho 2017]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%204.pdf>.
33. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(sup 2): S331-S36.
34. MacAdam M. Framework of integrated care for the elderly. Ontario: Canadian Policy Research Network; 2008.
35. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: Health Foundation; 2011.
36. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
37. Carneiro, MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2014; 38(especial): 279-95.
38. Beltrán P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2006.
39. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, De Campos C. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud. Catalunya: Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2011.
40. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I. et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in

Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5(7): e007037.

41. Costa MPF. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: Silva MJP, organizadora. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004.
42. Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(3): 323-7.
43. Deslandes SF, Mitre RMA. Communicative process and humanization in healthcare. *Interface – Comunic Saude Educ.* 2009; 13(supl 1): 641-9.
44. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Tomo I. 2 ed. Madrid: Taurus; 1988.
45. Gadamer, H. Verdade e Método. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
46. Habermas J. The theory of communicative action. Vol 1. Reason and the rationalization of society. Boston: Beacon Press; 1984.
47. Aragão LMC. Razão Comunicativa e teoria social crítica em Jürgen Habermas. 3ª edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2006.
48. Habermas, J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1982.
49. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
50. Pinto JMR. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. Ribeirão Preto: Paidéia; 1995.
51. Minayo MCS. Caminhos do pensamento: epistemologiae método. (Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 380 p.
52. Feuerwerker LCM, Costa HOG, Barbosa N, Khalil ME. O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. *Saúde Deb.* 2000, 24 (55):9-17.
53. Rovere M. Redes: hacia la constitución de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Rosario: Juan Lazarte; 1998.
54. Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Comunicação Saúde Educação.* 2009; 31(12):329-42.
55. Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangbaek K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *Int J Integr Care.* 2009; 9: 1-12.



56. Garrido-Elustondo S, Molino-González AM, López-Gómez C, Arrojo-Arias E, Martín-Bune M, Moreno-Bueno MA et al. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist.* 2009; 24(6): 263-71
57. Kaluzny AD, Shortell SM. *Health Care Management. Organization design and behavior.* 5 ed. New York: Thompson Delmar Learning, 2006.
58. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10(supl. 1): S229-S237.
59. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(4): 821-28.
60. Hartz ZMA. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(4): 829-37.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet].* Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
62. GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 26. ed. Petrópolis: 2007. p. 79-108.
63. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: OPAS; 2011.
64. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(esp):158-64.
65. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(3): 941-951.
66. Cecílio LCO et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(11): 2893-2902.
67. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistema de saúde no Brasil, organizadores.* 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. 1100 pp.
68. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009; 18 (Supl. 2): 11-23.
69. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010; 10: 38-43.
70. Diaz FG. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva.* 2006; 30: 452-59.

71. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. 176pp.
72. Balint M. O médico o paciente e sua doença. Rio de Janeiro: Editora Livraria Atheneu; 1988.
73. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa (tomo I). Madrid: Taurus; 1999.
74. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. 1997. In: Agir em Saúde: Um Desafio para o Público (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.
75. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
76. Fortuna CM. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
77. 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*; 2016, 14(6).
78. Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Barriers and facilitators to health care coordination in two integrated health care organizations in Catalonia. *Gac Sanit.* 2007; Mar-Apr; 21(2): 114-23
79. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Villasboas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2017, 22(6):1845-56.
80. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública.* 2013; 47(4): 1021-39.
81. Almeida PF, Marin J, Casotti. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab Educ Saúde.* 2017; 15(2): 373-98.
82. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(5): e0005281.
83. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drag LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013.

84. Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Patty Fidelis de Almeida. Rio de Janeiro: s. n., 2010. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.
85. Fernández MA, Roo JP, Irigogen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Los sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes em América Latina: mecanismos de coordinación asistencial y el rol de la medicina familiar e comunitaria. *Ver Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11 (Suppl 2): 37-45.
86. Vargas et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy and Planning*; 2018.
87. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3): 16-29.
88. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3):323-27.
89. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4): 444-49.
90. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): 43-62.
91. Matumoto S et al. Team supervision in the Family Health Program: reflections concerning the challenge of producing care, *Interface – Comunic Saúde, Educ*. 2005; 9(16): 9-24.
92. Martinez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen em la coordinación entre niveles asisteciales según la opinión de directuvos e profisinales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009; 23(4): 280-286.
93. Jesus RPFS, Espírito Santo ACG, Mendes MFM, Samico IC. Health care professionals perceptions of coordination between levels of care in two large municipalities in the State of Pernambuco, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):423-34.

## ANEXO I

### GUIA GRUPO FOCAL/ ENTREVISTA INDIVIDUAL SOBRE A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

#### PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E GESTORES

Data e local da entrevista

Hora de início

Hora de fim

Moderadores

Coletar para cada participante : nome, idade , sexo ,titulação, cargo , instituição, rede e tempo no cargo.

*Os temas serão abordados em relação à assistência ao **paciente, em geral, e as patologias traçadoras ( diabetes , DPOC ...)** , e no que se refere aos cuidados entre os diferentes níveis de atenção.*

#### 1. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NÍVEIS NA REDE

a) Qual é o papel/funções da atenção básica e atenção de um paciente com DPOC e Diabetes? E da atenção especializada? O que você acha da forma como os níveis de atenção estão exercendo esse papel ? O que poderia melhorar ?

b) O que você acha da coordenação (articulação) da atenção ao paciente entre a atenção básica e a atenção especializada na rede? Por quê?

c) Que elementos estão facilitando a coordenação entre níveis de atenção na rede? Como? Por quê? E quais estão dificultando? Como? Por quê?

d) Como você acha que a coordenação da atenção(ou falta dela ) influencia na qualidade da atenção prestada ao paciente ?

e ) Quem é o responsável clínico pela coordenação da atenção ao paciente entre os diferentes níveis de atenção? O que você acha ? Como se dá o seguimento (acompanhamento) do paciente atendido em mais de um nível de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

f) O que você acha da coerência entre os tratamentos que são prescritos ao paciente nos diferentes níveis de atenção? Há duplicação, contradição ou contra-indicação entre os tratamentos ? Por quê? O que poderia melhorar ?

g) O que você acha da coordenação (articulação) entre os exames diagnósticos (clínicos, laboratoriais ou radiológicos) que são realizadas nos pacientes nos diferentes níveis de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

h ) Como você acha que está o acesso do usuário entre os níveis de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

i) Como é a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção? O que você acha? Por quê? O que poderia melhorar ? Ajuda a resolver dúvidas entre os profissionais? Por quê?

## **2.MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO NA REDE**

j) Que mecanismos são utilizados para coordenar a atenção ao paciente entre níveis de atenção? O que você acha ? Como você acha que esses mecanismos contribuem para a coordenação entre os níveis de atenção ? E na qualidade do atendimento ? E na formação dos profissionais?

*( Se não for mencionado , perguntar especificamente pelos mecanismos que foram identificados na caracterização das redes) .*

k) Como você acha que os profissionais utilizam esses mecanismos? O que facilita seu uso? O que o dificulta? Por quê? O que poderia melhorar ?

l) Como foram planejados esses mecanismos (quem participou, como? ) E como foram divulgados para os profissionais? E avaliado? O que você acha ? O que poderia melhorar ?

m) Quais as estratégias que você sugere para melhorar a coordenação da atenção entre os níveis de saúde na rede?

## ANEXO II

## Categorias de análise utilizadas na etapa qualitativa da pesquisa Equity – LA II

## CATEGORIAS

Categorias de análise	Exemplos de possíveis subcategorias de análise
Opinião sobre a <b>coordenação da atenção entre níveis</b> da rede	- Existência e problemas na Coordenação da informação
	- Existência e problemas da gestão clínica
	- Opinião sobre o Responsável Clínico
	- Existência e problemas da gestão administrativa
<b>Fatores que facilitam ou dificultam</b> a coordenação da atenção entre níveis	- Fatores relacionados com o âmbito interno da rede: • Fatores relacionados com os profissionais
	- Fatores relacionados com o âmbito interno da rede: • Fatores organizativos
	- Fatores relacionados com as necessidades do paciente
	- Fatores relacionados com os aspectos socioculturais
	- Fatores relacionados com o sistema de saúde
Opinião sobre o <b>papel dos diferentes níveis de atenção</b>	- Função da atenção básica e da atenção especializada na atenção ao paciente
	- Opinião sobre o exercício destes papéis na prática
	Estratégias de melhoria
<b>Conhecimento sobre os mecanismos</b> de coordenação utilizados na rede	- Dos existentes, quais são conhecidos
	- Comunicação informal
	- Mecanismo inexistente
<b>Opinião sobre os mecanismos</b> de coordenação entre níveis existentes na rede	- Opinião sobre a utilidade dos mecanismos • Na qualidade da atenção
	- Utilização dos mecanismos
	- Impacto dos mecanismos: • Na coordenação da atenção entre níveis e formação dos profissionais

<b>Fatores</b> que influem na utilização dos <b>mecanismos de coordenação da atenção</b>	- Habilidade dos profissionais
	- Fatores organizativos
	- Fatores relacionados com os sistemas de saúde
	- Estratégia de divulgação dos instrumentos
Opinião sobre as formas de <b>elaboração e divulgação</b> dos instrumentos de coordenação e <b>estratégias para mudança</b> na prática clínica	- Impacto no uso dos mecanismos
	- Estratégias de melhoria
	- Autoria das iniciativas de capacitação
Como a coordenação influi na <b>qualidade da atenção prestada</b>	- Na oportunidade da atenção
	- Na adequação da atenção
	- Na resolução do problema
	- Na segurança do paciente
Desconhecimento de conceitos	Desconhecimento do termo Responsável clínico
	Desconhecimento do termo Coordenação
	Desconhecimento do termo Gestão Clínica
<b>Estratégias propostas</b> de melhoria da coordenação/colaboração entre níveis de atenção e o uso dos mecanismos de coordenação existentes	- Relacionadas com os serviços de saúde
	- Relacionadas com os profissionais
	- Relacionadas com o sistema de saúde

## ANEXO III



### Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica  
Parc de Salut MAR

#### CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2013/5048/I titulado "*The impact of alternative care integration strategies on health care networks' performance in different Latin American health systems*" propuesto por la Dra. M<sup>a</sup> Luisa Vázquez Navarrete del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya por la Dra. M<sup>a</sup> Luisa Vázquez Navarrete, como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 12 de Marzo de 2013.

Lo que firmo en Barcelona, a 13 de Marzo de 2013

COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA  
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado: .....  
Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo



## ANEXO IV

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



## DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3967 - 14 intitulado “O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de atenção à saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina.” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Isabella Samico** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 22 de janeiro de 2014

Recife, 23 de janeiro de 2014

**Dr. José Eulálio Cabral Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67  
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64  
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1  
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista  
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550  
PABX: (81) 2122.4100  
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393  
e-mail: imip@imip.org.br  
www.imip.org.br

## APÊNDICE I

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



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Venho, por meio desta, solicitar a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado "Coordenação da atenção à saúde: a compreensão entre os profissionais a partir da teoria da ação comunicativa", com a seguinte justificativa:

1. Trata-se de um estudo que utilizará dados secundários da Pesquisa Equity LA-II, realizada no ano de 2015, nos municípios de Caruaru e Recife, com a parceria do grupo de Pesquisa em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Embora o projeto de pesquisa do Equity LA-II tenha sido aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa, a pesquisadora do presente estudo pretende trabalhar com objetivos não relacionados no projeto inicial, sendo desnecessário solicitar a autorização dos sujeitos envolvidos na pesquisa anterior.

Recife, 03 de maio de 2017.

  
 LYGIA CARMEN DE MORAES VANDERLEI

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 8851 de 08/11/67  
 UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 9012 de 14/05/64  
 UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL – Dec. Lei 88238 de 30/07/91  
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 16696  
 C.E.C. (CNPJ): 1619401-25

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista  
 Recife-PE – Brasil CEP 50070-000  
 PABX: (081) 2122-4150  
 Fax: (081) 2122-4722 Cx. Postal 1382  
 E-mail: imip@imip.org.br  
 Home Page: http://www.imip.org.br