

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Michele Hübner

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA VISÃO DE ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Palmeira das Missões, RS  
2023

Michele Hübner

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA VISÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Campus Palmeira das Missões/ RS, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade.**

Orientadora: Prof. Dra. Darielli Gindri Resta Fontana

Palmeira das Missões, RS  
2023

HÜBNER, Michele  
COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA VISÃO DE ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODO MISTO / Michele  
HÜBNER.- 2023.  
86 p.; 30 cm

Orientadora: Darielli Gindri Resta Fontana  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós  
Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2023

1. Coordenação do Cuidado 2. Atenção Primária à Saúde 3.  
Enfermeiro 4. Redes de Atenção à Saúde I. Fontana,  
Darielli Gindri Resta II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, MICHELE HÜBNER, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Michele Hübner**

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA VISÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Campus Palmeira das Missões/ RS, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade.**

**Aprovada em 07 de dezembro de 2023.**

---

**Darielli Gindri Resta Fontana, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientadora)**

---

**Rafael Marcelo Soder, Dr. (UFSM)**

---

**Alessandra Regina Müller Germani, Dra. (UFFS)**

---

**Fernanda Sarturi, Dra. (UFSM)**

Palmeira das Missões, RS  
2023

Dedico este trabalho aos valorosos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo trabalho que realizam todos os dias, sendo os guardiões de um ideal maior - um SUS: universal, equânime e acessível a todos. Os desafios são diários, mas sempre em busca por um SUS que não apenas cure doenças, mas que promova saúde e bem-estar para todos, independentemente de sua condição social ou econômica. Esses são os profissionais que lutam pela igualdade de acesso e pela qualidade do atendimento, mesmo quando as circunstâncias são difíceis.

São estes, a personificação da resiliência e da dedicação, trabalhando incansavelmente para tornar a saúde um direito de todos e um dever do Estado.

Agradeço por fazer parte desta jornada, por cada vida e pela diferença que buscamos fazer diariamente. Continuamos a lutar sem perder a esperança de um futuro melhor e que possamos construir um SUS que seja verdadeiramente do povo e para o povo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao nosso Mestre Divino pela proteção diária e força nos momentos de dificuldades e por me ouvires quando tu eras o meu único refúgio.

Aos meus pais Marlise e Arcelino pela educação desde a infância e por respeitar e compreender o meu desejo de voar mais longe.

A minha irmã Kauana, agradeço a paciência e compreensão de minha ausência em alguns momentos os quais foram necessários para minha dedicação ao Mestrado.

Ao meu amado Emerson, por iluminar a minha vida, por me apoiar incessantemente e pelo amor que emana no cotidiano. Obrigada por estar todos os dias ao meu lado.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Darielli Gindri Resta Fontana, obrigada pelo conhecimento compartilhado durante esta construção, por ter me proporcionado a participar do projeto matricial Redes de Atenção em Saúde, Gestão e Práticas de Humanização – olhares e intervenções interprofissionais, vinculada ao Núcleo de Estudos de Gestão em Saúde (NEGESE) da UFSM, Campus Palmeira das Missões/RS, no qual tive a oportunidade de conhecer diferentes contextos e processos de saúde à nível de Atenção Primária à Saúde dos 26 municípios que constituem a Região 20 de Saúde do Rio Grande do Sul. Sou grata a você por confiar em mim frente a construção desta pesquisa, pelo incentivo, paciência, diálogo, pelas orientações, carinho e apoio durante o processo de formação. Admiração e orgulho de ter sido sua orientanda neste processo.

A banca examinadora deste trabalho, pelas contribuições, sugestões e disponibilidade ao estarem presentes neste momento tão importante de minha formação. Agradecimento especial ao Prof<sup>o</sup> Dr. Rafael Marcelo Soder, que vem me acompanhando pela vida acadêmica deste a graduação, saibas que tenho uma grande admiração e um carinho enorme por você.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, pelo acolhimento e pelas inestimáveis contribuições à minha formação acadêmica.

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS pelo apoio, compreensão e flexibilização da minha jornada de trabalho, proporcionando a minha qualificação profissional e entre os meus pares.

Aos profissionais de saúde participantes da pesquisa, que compartilharam um pouco das suas vivências na caminhada junto a Atenção Primária à Saúde.

A todos aqueles que colaboraram, de alguma maneira, para a realização desta dissertação, meus sinceros agradecimentos.

Gratidão!!!

*“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 e Vinícius de Moraes. “Aquarela”, 1983).*



## RESUMO

### COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA VISÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

AUTORA: Michele Hübner  
ORIENTADORA: Dra. Darielli Gindri Resta Fontana

A coordenação do cuidado à saúde é uma atribuição da atenção primária à saúde, pressupondo a continuidade e integralidade dos atendimentos e seguimento ao longo do tempo. Para que haja a efetividade da coordenação do cuidado é preciso analisar as condições, compreensões, facilitadores ou barreiras para a sua efetivação. Este estudo teve como objetivo analisar a coordenação do cuidado na atenção primária à saúde, na visão dos enfermeiros da região 20 de saúde do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se como um estudo de método misto sequencial explanatório com coleta de dados em duas etapas, a primeira quantitativa e segunda qualitativa. Na etapa quantitativa foi aplicado o instrumento PCATool - Brasil para os profissionais de saúde da APS, posteriormente os dados foram submetidos a análise descritiva e analítica, a etapa qualitativa partiu da análise desses dados gerados a partir do escore do instrumento PCATool, quando foram sorteados os municípios que apresentaram maior e menor escore diante do atributo. Na exploração dos dados qualitativos foi realizada a técnica de grupo focal, conduzido por meio de um roteiro semiestruturado. Na análise qualitativa foi utilizado a análise temática. Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados e integrados para a significação dos resultados do estudo. Os resultados da etapa quantitativa identificaram um escore positivo para o atributo coordenação – integração de cuidados para os municípios da Região 20 de Saúde. Os dados qualitativos resultaram em quatro categorias, as quais emergiram do material empírico produzido, sendo: Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados; referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?; A potência e a sobrecarga do enfermeiro na coordenação do cuidado e; Modelos tradicionais de cuidado e de gestão na manutenção de modos de ser de usuários, de profissionais de saúde e gestores. Foram significativos os desafios encontrados, como o diálogo ineficiente para a articulação entre as equipes na atenção primária e a falta de informações dos usuários e seus impactos na referência e contrarreferência. A partir dos resultados encontrados é possível avaliar a coordenação do cuidado com uma maior atenção nas ações estratégicas, por meio de metodologias eficazes e o fortalecimento dos facilitadores identificados. Assim, concluiu-se que, a coordenação do cuidado vai além do atendimento universal/comum/generalizado e célere, para além disso, necessita que priorize as suas características essenciais e, assim, promova efetividade no processo de cuidado do usuário dentro da rede, que necessita estar articulado, com fluxos estabelecidos e contínuos, equipes multiprofissionais e trabalho colaborativo. Visando um olhar para os modelos de gestão e comportamentos que culminam em qualidade nos resultados e promissor para o sistema de saúde.

**Palavras-chaves:** Coordenação do Cuidado. Atenção Primária à Saúde. Enfermeiro. Redes de Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

### CARE COORDINATION FROM THE VIEW OF PRIMARY HEALTH CARE NURSES: MIXED METHOD STUDY

AUTHOR: Michele Hübner  
ADVISOR: Dra. Darielli Gindri Resta Fontana

Coordination of health care is an attribution of primary health care, assuming continuity and completeness of care and follow-up over time. For care coordination to be effective, it is necessary to analyze the conditions, understandings, facilitators or barriers to its implementation. This study aimed to analyze the coordination of care in primary health care, from the perspective of nurses in health region 20 of Rio Grande do Sul. It is characterized as an explanatory sequential mixed method study with data collection in two stages, the first quantitative and the second qualitative. In the quantitative stage, the PCATool - Brazil instrument was applied to PHC health professionals, subsequently the data was subjected to descriptive and analytical analysis, the qualitative stage started from the analysis of these data generated from the score of the PCATool instrument, when the municipalities that presented the highest and lowest scores for the attribute. In the exploration of qualitative data, the focus group technique was used, conducted through a semi-structured script. In the qualitative analysis, thematic analysis was used. Quantitative and qualitative data were analyzed and integrated to make the study results meaningful. The results of the quantitative stage identified a positive score for the attribute coordination – care integration for the municipalities of Health Region 20. The qualitative data resulted in four categories, which emerged from the empirical material produced, being: Understandings about care coordination – aligned team, user and flows; reference and counter-reference – a practice or a goal to achieve for care coordination?; The power and overload of nurses in coordinating care and; Traditional care and management models maintain the ways of being of users, health professionals and managers. The challenges encountered were significant, such as the inefficient dialogue for coordination between teams in primary care and the lack of information from users and its impacts on referral and counter-referral. Based on the results found, it is possible to evaluate the coordination of care with greater attention to strategic actions, through effective methodologies and the strengthening of identified facilitators. Thus, it was concluded that care coordination goes beyond universal/common/generalized and rapid care, in addition, it requires prioritizing its essential characteristics and, thus, promoting effectiveness in the user's care process within the network, which needs to be articulated, with established and continuous flows, multidisciplinary teams and collaborative work. Aiming to look at management models and behaviors that culminate in quality results and promise for the health system.

**Keywords:** Coordination of Care. Primary Health Care. Nurse. Health Care Networks.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Os atributos e funções da APS nas redes de atenção à saúde.....	27
Figura 2- Visual da integração da abordagem sequencial explanatória.....	33
Figura 3- Municípios integrantes da Região 20.....	34
Figura 4- Resultados da etapa quantitativa e integração com a etapa qualitativa, por meio da delimitação das questões norteadoras para o grupo focal.....	44
Figura 5- Cenário evidenciado para a Coordenação do Cuidado: usuário, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE) .....	59

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Metainferências a partir da integração dos resultados das etapas quantitativa e qualitativa.....	60
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Municípios que compõe a Região 20 de Saúde.....	35
Tabela 2- Escore do atributo coordenação – integração de cuidados por município...	42

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AE</b>	Atenção Especializada
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CAPS</b>	Centro de Atendimento Psicossocial
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>ENF</b>	Enfermeiro
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FAPERGS</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
<b>GERCON</b>	Sistema de Gerenciamento de Consultas
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>NEGESE</b>	Núcleo de Estudos de Gestão em Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PCATool</b>	Primary Care Assessment Tool
<b>PM</b>	Palmeira das Missões
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>RAS</b>	Rede Atenção à Saúde
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SAE</b>	Serviço de Assistência Especializada
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TIC</b>	Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFSM</b>	Universidade Federal de Santa Maria

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
<b>3</b>	<b>PERSPECTIVA TEÓRICA.....</b>	<b>22</b>
3.1	HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	22
3.2	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
3.3	COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	29
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	34
4.3	ETAPA QUANTITATIVA.....	36
<b>4.3.1</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>36</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Coleta dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3.3</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>37</b>
4.4	ETAPA QUALITATIVA.....	39
<b>4.4.1</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>39</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Coleta dos dados.....</b>	<b>40</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>40</b>
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
5.1	ETAPA QUANTITATIVA.....	41
<b>5.1. 1</b>	<b>Atributo coordenação - integração de cuidados.....</b>	<b>42</b>
5.2	ETAPA QUALITATIVA.....	44
<b>5.2.1</b>	<b>Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Referência e Contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2.3</b>	<b>A potência e a sobrecarga do enfermeiro na coordenação do cuidado.....</b>	<b>51</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Modelos tradicionais de cuidado e de gestão na manutenção de modos de ser de usuários, de profissionais de saúde e gestores.....</b>	<b>53</b>

5.3	RESULTADOS INTEGRADOS.....	58
6	DISCUSSÃO.....	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	79
	ANEXO B - CÁLCULO DO SCORE – PCATool.....	80
	ANEXO C - ROTEIRO DOS ENCONTROS DO GRUPO FOCAL.....	81
	ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	82



## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação vinculada ao Núcleo de Estudos de Gestão em Saúde (NEGESE) da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões/RS (UFSM-PM), tem como objetivo analisar a coordenação do cuidado, na atenção primária em saúde, na visão dos enfermeiros. A discussão desta temática parte das vivências na atuação da autora na Atenção Primária à Saúde (APS).

Na minha trajetória profissional, no campo da APS, atuei como enfermeira nas mais variadas políticas de saúde, na supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coordenação da atenção básica e na gestão da estratégia de saúde da família. Essas experiências vivenciadas, através de diferentes interfaces da saúde pública, com seus percalços cotidianos e experiências exitosas, me motivaram a buscar um entendimento mais profundo dos elementos envolvidos no processo de produção de cuidados na saúde loco-regional.

Nesse percurso, destaco a importância de fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a integração das redes de serviços, como também a participação social, através dos conselhos municipais e locais de saúde, um dos espaços que conseguimos implantar e fortalecer, preconizando uma APS que dialogasse com todos os outros atores de diversos serviços públicos, que dão amparo aos anseios da população.

Diante das várias inquietações nessa trajetória, sempre buscando um olhar integral, com o usuário no centro do cuidado, a busca por mais conhecimento, através da pesquisa foi uma escolha e um objetivo traçado após a longa caminhada, com diversos vínculos, entre eles, projetos com a Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS, na interlocução com a formação em saúde. A parceria UFSM-PM com os serviços de saúde de Palmeira das Missões e região sempre buscou suprir e contribuir para a compreensão das potencialidades e das fragilidades na rede de atenção à saúde. Desta forma, a universidade tem desempenhado um papel crucial para fortalecer o desenvolvimento da região, formando profissionais altamente qualificados em diversas áreas de atuação.

O ingresso no Mestrado oportunizou uma multiplicidade de olhares, principalmente no que tange a teoria e prática, desvelando que não existe uma, sem a outra, obrigatoriamente. Proporcionou que conceitos adquiridos ainda na graduação somados a minha prática na atenção básica, fossem consolidados e revistos, pois

esta área tão sensível com transformações que acompanham a contemporaneidade que vivemos, não poderia ser diferente. O Mestrado na minha trajetória, foi um deleite que possibilitou aglutinar saberes fundamentais que prezo na saúde que vieram ao encontro do conhecimento científico, que trazendo luz a minhas inquietações, principalmente quanto a melhoria da qualidade dos serviços prestados, objetivando é claro, a qualidade de vida da população.

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo das décadas do século XX se constrói um novo olhar sobre a Atenção Primária à Saúde e seu papel nos sistemas de saúde. Destaca-se o Relatório de Dawson, na Inglaterra em 1920, propondo a reestruturação do modelo de atenção, com os serviços organizados segundo os níveis de complexidade, os custos do tratamento, com os centros de saúde primários, resolvendo a maior parte dos problemas de saúde da população, como porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e como suporte de centros de saúde secundários e hospitais (MENDES, 2012).

Com o passar dos anos, a compreensão deste conceito tem se expandido e requer análises do cenário socioeconômico, político e ideológico que molda as práticas de saúde em vários sistemas. Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em busca de prover ações para fortalecer a APS, inseriu o tema em sua agenda política de saúde e se tornou a principal propagadora dessa ideia, organizou a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, em 1978, considerado um marco internacional. Este documento instiga a criação de políticas, estratégias e planos de ação pelos governos para integrar a APS nos sistemas de saúde, reconhecendo-a como um mecanismo crucial para lidar com os determinantes sociais e ambientais da saúde, um meio para fornecer cuidados de saúde abrangentes a todos, sem distinções (GIOVANELLA et al., 2019).

No Brasil, o marco que instituiu atribuições da Atenção Primária de Saúde (APS) foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada em 2006, revista em 2011, com o objetivo de fortalecer a APS, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Posteriormente em 2017, houve uma nova reformulação, que definiu as RAS como estratégia para a organização do SUS, destacando o papel da APS como porta de entrada preferencial ao sistema. Esta política promoveu a reorientação no modelo de atenção, utilizando a Saúde da Família, instituída em 1994, como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS, realizada com equipe multiprofissional e orientada a uma população adscrita, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade da vigilância em saúde (BRASIL, 2006, 2011a, 2017).

Na APS o cuidado deve ser orientado por práticas de coordenação, que visam realizar a integração dos níveis assistenciais, articulando assim as referências e

contrarreferências, contemplando desta forma as necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. Todavia, a própria literatura, salienta a existência de diversas fragilidades relacionadas a questões basilares da coordenação da atenção como a ausência de protocolos assistenciais, de sistemas informatizados e de outras tecnologias de informação e comunicação, situações estas, sensíveis no ordenamento e na definição de determinados fluxos assistenciais (ALELUIA et al., 2017).

A APS se organiza por meio de atributos essenciais, traduzidos no acesso de primeiro contato com o sistema de saúde, na longitudinalidade, na integralidade e na coordenação da atenção. A coordenação abrange a organização do fluxo dos usuários entre os diferentes pontos de atenção do sistema de saúde, garantindo a continuidade e a abrangência do cuidado (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Para Starfield (2002), a coordenação ou integração de serviços refere-se ao esforço conjunto de uma ação comum, visando o acompanhamento e responsabilização pelo cuidado. Pressupõe o reconhecimento, por parte do serviço que está atendendo o usuário, das informações oriundas do serviço que o encaminhou, relacionadas ao atendimento presente. A coordenação é um dos atributos da APS, e pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração destes no cuidado global ao usuário. A equipe multiprofissional, como provedora da APS, deve ser capaz de integrar todo cuidado que o indivíduo recebe através da coordenação entre os serviços (MENDES et al., 2019).

Conforme McDonald et al. (2014), o principal objetivo da coordenação do cuidado é atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta e prestação de cuidados de saúde adequados, seguros e eficazes, integrando ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. A coordenação da atenção é um componente essencial, ou seja, um conjunto de serviços interligados em prol de uma atenção integral ao indivíduo.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), a coordenação do cuidado é uma das diretrizes da APS, com o objetivo de auxiliar na operacionalização das RAS. Essa coordenação envolve a direção do cuidado em vários pontos de atenção do sistema de saúde, incluindo entre os diferentes níveis de assistência. Sem a coordenação, a

integralidade do cuidado estaria em risco e a função da APS como porta de entrada para a rede de saúde teria apenas uma conotação administrativa (STARFILED, 2002).

Para compreender este cenário é notório a necessidade de avaliação da coordenação do cuidado, o que pode se dar por meio da análise dos atributos essenciais e derivados da APS, os quais possam vir a direcionar ações estratégicas relevantes e contribuir para a reorganização do sistema. O Primary Care Assessment Tool (PCATool), criado por Starfield e colaboradores, é uma estratégia sistemática que avalia os atributos da APS: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; coordenação como integração de cuidados; coordenação com os sistemas de informações; integralidade como serviços disponíveis; integralidade como serviços prestados; orientação familiar e orientação comunitária, retratam informações e dados estratificados que apoiados por políticas públicas podem melhorar as ações na coordenação da atenção à saúde e suas vulnerabilidades (STARFIELD, 2002).

Para superar os desafios relacionados à coordenação do cuidado são necessários investimentos em aspectos como a gestão do cuidado, a comunicação interpessoal e a organização de protocolos assistenciais. A consolidação da rede requer uma APS estruturada e reorganizada, responsável por reconhecer as necessidades de saúde da população, organizar o fluxo dos usuários e coordenar o cuidado em saúde. Apesar dos avanços na implementação de redes integradas de serviços de saúde, ainda existem desafios para garantir a atenção integral, efetiva e equânime às populações assistidas (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017; CABRAL et al., 2020a; FREITAS; SILVA; GOMES, 2021).

Estudos demonstram que o esforço de reorganização dos serviços está limitado em seus resultados, especialmente, pela ausência de sustentabilidade dos fluxos nos serviços e um dos principais aspectos é a falta de comunicação entre os níveis assistenciais. Também, durante os últimos anos, o enfraquecimento de políticas estruturantes da APS, como o Programa Médicos pelo Brasil, onde comunidades mais longínquas, tiveram ausência de atendimento, aumentando assim, o vazio assistencial em locais altamente vulneráveis (MEDINA et al., 2020).

Segundo Giovanella; Franco; Almeida (2020), as mudanças no modelo assistencial da APS com a reformulação da PNAB (2017), ameaçam este modelo exitoso, permitindo uma redução do número de agentes comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipes de atenção primária sem ACS, essa potencial falta do ACS impacta um dos fundamentos da ESF em seu

componente comunitário e de promoção da saúde, baseado na ideia da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada.

Outro ponto estratégico e frágil para a coordenação, é a educação em saúde, pois percebeu-se nos últimos anos a elevada propagação de informações falsas, as chamadas *fake news*, relacionadas às vacinas, doenças, e suas implicações, tornaram os usuários vulneráveis. Trabalhar mutuamente ao encontro de estratégias e ações para o contato direto da equipe com a comunidade, repassando protocolos baseados em dados científicos, é premissa neste cenário (CABRAL et al., 2020b).

Evidenciou-se que mesmo com a maturidade do SUS, o acesso com integralidade continua sendo um problema a superar e, a coordenação entre níveis de atenção, desempenha papel importante nesse contexto. Pode-se pensar que, possivelmente o estágio de institucionalização da coordenação, tenha diferentes graus em cada região do Brasil, como as influências culturais, desigualdades locais e regionais (MEDINA et al., 2020).

Neste interim surge o olhar para o cenário da região 20 de saúde, que tem em sua característica grande parte dos municípios apresentando uma população com menos de cinco mil habitantes e na organização da APS, quase em sua totalidade os municípios possuem cobertura de Saúde da Família.

A partir do que fora discutido anteriormente, considerando que coordenação do cuidado é primordial para a efetivação e integração dos serviços da APS, a presente pesquisa tem como questão norteadora: Como está caracterizada a coordenação de cuidados, na região de saúde, pela visão dos enfermeiros que atuam na APS? O presente estudo integra uma pesquisa maior intitulada: Redes de atenção em saúde, gestão e práticas de humanização – olhares e intervenções interprofissionais, vinculada ao Núcleo de Estudos de Gestão em Saúde (NEGESE) da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões/RS, aprovado na Chamada FAPERGS – Edital 08/2020.

Nesta pesquisa, argumenta-se que a presença de mecanismos de integração entre diferentes níveis de assistência é um componente essencial para a coordenação do cuidado, sendo, portanto, um dos principais eixos de análise. Embora seja um requisito essencial, não é considerado suficiente por si só, e por isso, não pode ser visto como sinônimo, mas sim como uma das facetas da coordenação. Como mencionado anteriormente, a coordenação é definida como a conexão entre serviços de diferentes níveis, bem como entre ações de saúde que podem ser realizadas no

nível da APS, exigindo estratégias distintas daquelas que envolvem a integração entre prestadores de diferentes níveis. A coordenação do cuidado pode ser entendida como a ligação entre vários serviços e ações relacionados à saúde, de modo que, independentemente de onde sejam fornecidos, estejam sincronizados e orientados para alcançar um objetivo comum (ALMEIDA et al., 2018b).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar a coordenação do cuidado na atenção primária em saúde, na visão de enfermeiros da região 20 de saúde do Rio Grande do Sul.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Mensurar o escore do atributo coordenação - integração de cuidados para os municípios integrantes do estudo;
- Compreender a visão de enfermeiros sobre a coordenação do cuidado, buscando caracterizar concepções, desafios e potenciais no cotidiano de trabalho.

## **3 PERSPECTIVA TEÓRICA**

A revisão de literatura desta pesquisa está amparada nos seguintes aspectos teóricos: História da Saúde Pública no Brasil; Modelos de Atenção à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família na APS e; Coordenação da Atenção em Saúde.

### **3.1 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

A história da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas. Do início da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, representou um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas, onde pretendia articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social (PAIM, 2009).

No movimento pela redemocratização do País, cresceram os ideais pela reforma sanitária, em busca de uma série de mudanças e transformações necessárias na saúde, este movimento teve envolvimento de diversos atores sociais e os sanitaristas ocupavam postos importantes no estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, a hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (PAIM, 2018).

Neste evento, os participantes denunciavam os desmandos na saúde e clamavam por ações de garantia dos direitos da população. O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, nova ordem jurídica, assentada na Constituição, define o Brasil um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social, sendo o SUS, regulamentado dois anos depois pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as quais definem o modelo operacional, propondo a forma de organização e de funcionamento (PAIM, 2018).

Além do SUS, outros sujeitos de direito que requerem proteção específica também foram reconhecidos, assim como os povos indígenas, crianças, adolescentes, deficientes e, população do campo, da floresta e das águas. Não podemos negar que a sociedade brasileira deu um passo significativo em direção à cidadania, é necessário, porém, reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanentes.

O SUS, hoje é uma política pública consolidada e possui mais de trinta anos de implantação, não obstante tem muitos resultados a comemorar, todavia enormes desafios a superar. O nosso sistema público de saúde objetiva uma cobertura universal, pois de forma indistintamente a população em geral acessa desde uma simples aferição de pressão até transplantes de órgãos e outros. A assistência à



saúde cobre a grande maioria da população mesmo com a saúde complementar atuando, o SUS consegue atender de forma significativa aqueles que possuem recursos para procurar o sistema privado, o qual apresenta limites de atuação (MENDES, 2019).

Os números de atendimentos, cirurgias, exames são muito significativos, todavia o SUS permanece com muitos problemas a solucionar, Mendes (2019), cita dois grandes desafios para o SUS: a organização macroeconômica que se expressa na segmentação e a universalização com um modelo de atenção inadequado para a atual situação epidemiológica e demográfica e a competição entre o sistema público e privado; e a organização microeconômica que se materializam no dilema entre a fragmentação e a integração dos sistemas de saúde, impossibilitando o enfrentamento adequado da situação de saúde brasileira, com uma carga de doenças endêmicas e condições crônicas. A resposta a esses desafios está em organizar o SUS em redes de atenção à saúde e com uma agenda que envolva intervenções nos modelos de gestão, nos modelos de atenção à saúde e nos modelos de financiamento.

### 3.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste ambiente surgem os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde que podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Durante a XI Conferência Nacional de Saúde, foram discutidos os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e certas experiências em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS com destaque para as seguintes propostas: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico, centrado no médico, talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do antigo Programa de Saúde da Família, vinculado à vigilância da saúde, estas duas propostas de modelo de atenção foram reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS (PAIM, 2009).

Assim, a saúde da família que foi criada como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde, pois as antigas práticas mais voltadas para doenças e valorização hospitalar, foram substituídas por novos princípios, com foco na promoção da saúde e participação da comunidade e progressivamente articulação com a vigilância da saúde, e como ação basilar o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajuda na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis.

Em consonância com a reorientação e qualificação da saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão (BRASIL, 2010a).

A implementação dessa política é pautada na construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa da produção de saúde e sujeitos, devendo ser tomada como política transversal, isto é, perpassando todas as ações e as instâncias do sistema de saúde. Nesse sentido, a PNH, também conhecida como HumanizaSUS, tem como diretriz fundamental:

Acolhimento, orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz, mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas (BRASIL, 2010a, p. 66).

De acordo com a PNH, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a equipe de saúde para identificar os problemas de saúde, priorizar e buscar possíveis soluções e o que se verifica é uma carência acentuada nas localidades rurais, devido à ausência de estruturas e olhares múltiplos dos profissionais. Para conseguir isso, é importante enfatizar o acolhimento, que é uma forma de cuidados de saúde primários com humanização e organização do trabalho da equipe de saúde (BRASIL, 2010a).

Inserida nos modelos de atenção e com objetivo de organizar e reorganizá-los, encontra-se as redes de atenção à saúde que são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no

tempo certo, no lugar certo, com o custo planejado e com qualidade, responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população (MENDES et al., 2019).

A necessidade de organização dos serviços de saúde, de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz, criou a lógica das organizações de redes de atenção à saúde, cujos modelos se estruturam com base numa atenção primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentando melhores resultados que aqueles cujo modelo de atenção primária ou atenção básica é frágil. Estas evidências provêm de estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil, e apontam quais características da APS podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos e ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais (MENDES, 2011).

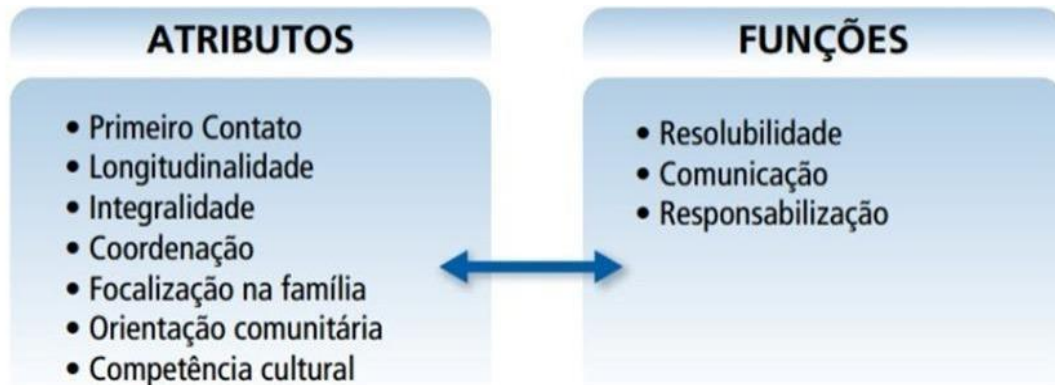
A situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento e que se manifesta claramente no Brasil, define-se por alguns atributos fundamentais que vem da superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contra transições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, e as doenças reemergentes, como a dengue e febre amarela; a transição prolongada e a falta de resolução da transição em sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento de doenças emergentes (MENDES et al., 2019).

Neste cenário denota-se a importância do papel da vigilância em saúde, que de acordo com a sua proposta original, apoia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e; intervenção sob a forma de operações (KEMPER; MOLINA; VIVAS, 2018).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas fundamentais para a efetivação e operacionalização, em sua totalidade. O lançamento e distribuição do livro de Barbara Starfield intitulado Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, em 2002, a todas as equipes de saúde do país na Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca/ Fiocruz, difundiu uma certa concepção e organização da APS a partir dos atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e dos atributos derivados focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, sendo posteriormente incorporados pela Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Figura 1 - Os atributos e funções da APS nas redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES (2002); STARFIELD (2002).

E nesta seara, o primeiro contato dispõe de como o usuário entra no serviço e a suas novas implicações na rede, assim como a longitudinalidade consiste na existência do aporte regular de cuidados e o tempo que este usuário permanece e a atenção que a equipe fornecerá a ele e a família. Já a integralidade reflete a percepção do indivíduo como um todo, perfazendo um olhar sobre os aspectos de promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição e um olhar longitudinal sobre as implicações nos problemas que afetam a oferta dos serviços, reconhecendo adequadamente todos os aspectos do sujeito que possam causar as doenças. As equipes de saúde têm na coordenação a garantia do cuidado contínuo através da comunicação direta com as RAS. A priorização é na família com a garantia da interação com o controle social priorizando o seu contexto e as diversas e particulares formas de abordagem, pois sabe-se da singularidade de cada cenário. Disseminar orientações em um território requer a capacidade do reconhecimento dos personagens, famílias e comunidade, colocando no cerne da problematização os aspectos físicos, econômicos e sociais que estão inseridos. Junta-se a isso o conjunto de ações e programas intersetoriais que podem enfrentar os determinantes mais próximos e também intermediários. Já no que tange a competência cultural, é de suma

importância a horizontalidade dos atores: equipe e usuários, sempre preconizando aspectos singulares e suas preferências do coletivo (MENDES et al., 2019).

Para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção faz-se necessário a presença dos sete atributos, há evidências produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa (MENDES, 2012).

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade que é essencial ao nível de cuidados primários, deve ser resolutiva e capacitada profissionalmente e tecnologicamente para atender a mais de 85% dos problemas dos usuários; a comunicação ser o centro de ligação das RAS, tendo condições de ordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários e das informações entre os diferentes pontos da rede; a responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento, nos territórios da população adscrita (MENDES, 2019).

Para verificar a qualidade e a eficiência da APS e sua articulação com a rede, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. Neste cenário é utilizado o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), que foi criado por Starfield e colaboradores, onde avalia a APS e seus atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002).

Pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil, utilizando este instrumento, evidenciam de forma clara, que os resultados da ESF são muito positivos e superiores aos do modelo tradicional, mesmo atendendo, em geral, a uma população de maior vulnerabilidade social. Isso ocorre porque, de um lado, organiza processos e produz impactos significativos nos níveis de saúde da população e sobre outras políticas como educação e emprego, de outro, porque demonstram a superioridade na forma de organização da APS (MENDES, 2012).

Diante dos diferentes e necessários modelos de atenção, surge em 2006 a primeira Política Nacional de Atenção Básica, que passou já por diversas modificações, aperfeiçoamentos e que define a Atenção Básica como: “um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e

dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017).

A PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar ambas aos princípios e as diretrizes definidas na política. Desde a primeira publicação, foram divulgados acontecimentos importantes no campo das ações da população, como a observação da atenção básica demonstrando neste cenário um importante crescimento das ações, concluindo assim que a ampliação de estruturas de atendimento, resultam em impactos positivos na cobertura da população no território (ALMEIDA et al., 2018a).

É preciso mudanças das pessoas, dar ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência. Este é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea. A humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social, é uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros (CAMPOS, 2018).

### 3.3 COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Um dos atributos essenciais da APS é a coordenação, que possui como premissa o olhar sistêmico ao usuário independentemente onde ele esteja inserido no atendimento da rede. Dentre os seus objetivos está o de promover melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção, integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde. Para Starfield (2002, p. 365-366), “[...] a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” e a essência da coordenação “[...] é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento

daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”.

Aleluia et al. (2017), também traz uma definição, que foi elaborada a partir de um estudo de revisão de literatura nacional e internacional, que compreende a coordenação do cuidado:

[...] um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (p. 1846).

Nesse sentido, coordenar significa estabelecer conexões de modo a se alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários do serviço, na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade, sendo “a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde” (OPAS, 2011, p. 29).

O papel fundamental de uma coordenação, surge na medida da ausência de algumas situações rotineiras: dificuldade de acesso aos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares, a morosidade de atendimento, a inexistência de comunicação entre os diversos atores de uma rede, os ruídos no atendimento e suas duplicidades, absenteísmo nas consultas médicas e exames e a não continuidade no cuidado pelas diversas estruturas e políticas colocadas na rede. É preciso cada vez mais considerar que qualquer sistema para uma organização mútua e que traga indicadores mensuráveis para melhorar a atenção, deve obter ao longo de sua trajetória, atores que tenham a responsabilidade de coordenar, organizar e prover soluções, modificando cenários ainda inóspitos, como apontado por um estudo, onde 20% dos usuários não estavam com os resultados de exames ou as informações médicas disponíveis na data da consulta médica agendada, e 25% dos usuários disseram que os profissionais de saúde repetiram exames que já tinham feitos, um desserviço para o sistema, gerando custo elevado para geri-lo e retratando a ausência de uma coordenação eficaz (MENDES et al., 2019).

Um dos fatores mais complexos e danosos para o sistema é a descoordenação que reproduz a fragmentação do cuidado, acentuando os problemas que resultam em um aumento significativo da atuação em duplicidade pelos serviços de saúde. Organizar a rede de atenção e seus destinos, é papel também das equipes da APS, com seus profissionais, com multiplicidade de olhares: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, com suas potencialidades inesgotáveis de troca e olhares, que ao mesmo tempo possuem a grande missão de orientar os usuários a não “caminhar” em uma rede sem os devidos encaminhamentos e suas referências apropriadas na RAS. Assim como a referência, um fator de destaque na atenção básica, com uma variabilidade de encaminhamentos para o atendimento especializado, mostra-nos que os médicos de família tendem a encaminhar menos do que os médicos clínicos gerais, demonstrando assim um dos grandes gargalos que a coordenação deve atuar para organizar os fluxos e agir fortemente na regulação do cuidado (MENDES et al., 2019).

Desta forma, podemos dizer que através de uma comunicação eficaz as informações, principalmente através de prontuário eletrônico, facilitam a articulação e a organização dos dados em rede, com uma influência acentuada nos diagnósticos e também na economicidade dos processos, com alocação de recursos em outras áreas de atendimento através da informação precisa e eficiente. Nesse sentido, há diversos estudos que mostram que a coordenação do cuidado é ineficiente em sua maioria, são vários métodos que tentam avaliar a sua implicação na atenção à saúde, infelizmente é preciso que os resultados destes métodos sejam aplicados efetivamente, para que possamos ter uma coordenação que ultrapasse as barreiras de suas deficiências, instituindo novos mecanismos no sistema (STARFIELD, 2002).

Nessa perspectiva de responsabilização está o papel da APS, já em seu alicerce, que prioriza os atributos essenciais da atenção como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A APS, como primeiro contato, é a porta aberta para as questões de saúde e a sua capacidade de lidar com problemas diversos, heterogêneos e sempre considerando o contexto social. A longitudinalidade diz respeito ao incremento regular de cuidados à saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. A integralidade denota a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população, aliada à pactuação de responsabilização pelos outros serviços em diversos pontos de atenção à saúde, que considera processos biológicos, psicológicos e sociais. A coordenação tem influência



na capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, atualmente a APS é uma importante estratégia de organização, orientação e oferta do cuidado no país (MENDES et al., 2019).

## 4 MÉTODO

Este estudo integra o projeto matricial intitulado: Redes de atenção em saúde, gestão e práticas de humanização – olhares e intervenções interprofissionais, vinculado ao Núcleo de Estudos de Gestão em Saúde (NEGESE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Campus Palmeira das Missões/RS.

A operacionalização da pesquisa seguiu os seguintes procedimentos metodológicos: Revisão de literatura - resgate histórico da APS, política nacional de atenção básica, RAS, aprofundando a temática da coordenação da atenção; sistematização da coleta quantitativa e qualitativa; discussão, avaliação dos resultados e metainferências; devolutiva dos achados da pesquisa.

A sistematização da metodologia adotada foi dividida em cinco partes: tipo de estudo, cenário do estudo, pesquisa quantitativa, pesquisa qualitativa e os aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, caracterizado por uma abordagem de método misto sequencial explanatório, sendo a coleta de dados desenvolvida em duas etapas: a primeira quantitativa que analisa os resultados produzindo informações para o planejamento da coleta de dados da segunda etapa - qualitativa, em uma amostragem intencional, com ênfase na exploração dos dados qualitativos aprimorando os achados dos resultados iniciais da pesquisa (CRESWELL; CRESWELL, 2021).

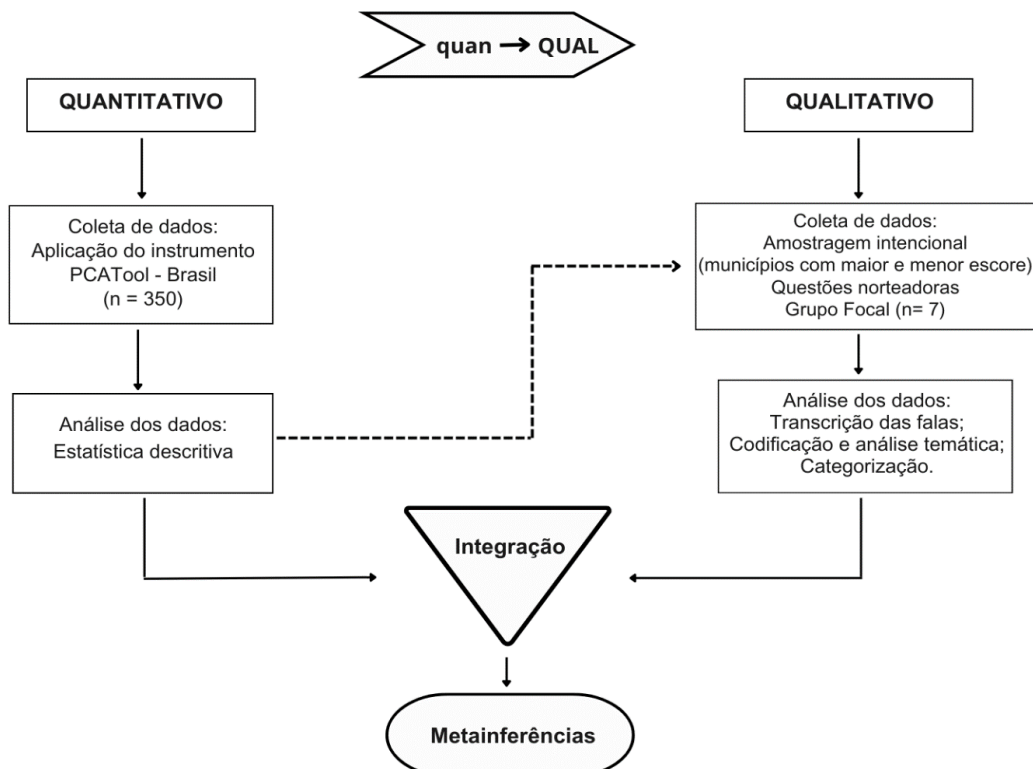
O desenho metodológico sequencial explanatório, conduz ao pesquisador iniciar a etapa quantitativa, seguida pela etapa qualitativa que busca aprofundar a compreensão dos resultados iniciais. O objetivo principal desse desenho metodológico é usar um elemento qualitativo para esclarecer os resultados quantitativos iniciais. Primeiramente, a pesquisa quantitativa é conduzida, envolvendo a coleta e análise de dados. No segundo passo, os dados são integrados a uma segunda etapa, o ponto de intersecção para a combinação, onde os resultados

quantitativos específicos que necessitam de explicação adicional são identificados. Esses resultados são então usados para orientar a fase qualitativa, portanto, a fase qualitativa é dependente dos resultados quantitativos (CRESWELL; CRESWELL, 2021).

Segundo Creswell e Clark (2013), geralmente, a ênfase é dada à fase quantitativa, no entanto, existem variações, como quando a fase qualitativa é priorizada pelo pesquisador. Essa variação é também referida como projeto preliminar quantitativo. É aplicada quando o pesquisador está focado em examinar qualitativamente um fenômeno, mas precisa de resultados quantitativos iniciais. Para facilitar a discussão das características do método misto, um sistema de notação é usado. Nesta pesquisa, utilizou-se a notação  $\text{quan} \rightarrow \text{QUAL}$ , onde: as letras maiúsculas indicam a etapa de maior ênfase e a seta indica que as etapas foram realizadas em sequência.

Após a análise dos dados quantitativos e qualitativos, foi realizada a combinação dos dados de forma geral, para interpretação dos resultados, analisando suas convergências, divergências e relação, para produção de entendimento completo sobre as questões de pesquisa, conforme representado na Figura 2.

Figura 2 - Visual da integração da abordagem sequencial explanatória



Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 26 municípios que compõem a Região 20 de Saúde, localizada no norte do estado do Rio Grande do Sul, conforme ilustrado na figura 3:

Figura 3 - Municípios integrantes da Região 20.



Fonte: <https://saude.rs.gov.br/15-crs-palmeira-das-missoes>

Dos 26 municípios, 25 deles (96,15%) possuem 100% de cobertura de Saúde da Família levando em consideração o que diz a Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), que recomenda uma população adscrita por equipe de Atenção Básica e de equipe de Saúde da Família de 1.500 a 5.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Essa recomendação visa adequar as equipes às características e necessidades locais, bem como ampliar a

abrangência e a resolutividade das ações de saúde. Estes dados estão apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 - Municípios que compõe a Região 20 de Saúde

Município	População IBGE (2022)	Nº de ESF credenciados MS
Barra Funda	2.498	1
Boa Vista das Missões	1.933	1
Braga	3.268	2
Cerro Grande	2.379	1
Chapada	9.540	4
Constantina	10.385	3
Coronel Bicaco	6.144	4
Dois Irmãos das Missões	2.090	1
Engenho Velho	1.296	1
Gramado dos Loureiros	2.014	1
Jaboticaba	3.779	2
Lajeado do Bugre	2.601	1
Miraguá	4.427	2
Nova Boa Vista	2.042	1
Novo Barreiro	4.272	1
Novo Xingu	1.646	2
Palmeira das Missões	33.216	11
Redentora	9.738	4
Ronda Alta	9.777	3
Rondinha	4.991	2
Sagrada Família	2.480	1
São José das Missões	2.362	1
São Pedro das Missões	1.757	1
Sarandi	22.851	3
Três Palmeiras	4.716	2
Trindade do Sul	7.556	3
<b>TOTAL</b>	<b>159.758</b>	<b>59</b>

Fonte: IBGE, 2022 - Censo Demográfico 2022; e-GESTOR, 2022<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>

Dos 26 municípios, 18 deles possuem uma população com menos de 5 mil habitantes. Outra característica da região é o PIB per capita que varia entre R\$ 25.000 a R\$ 29.999, inferior ao PIB per capita gaúcho, que é de R\$ 51.701. A economia tem predomínio na produção de grãos e da agricultura familiar (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

A região 20 de Saúde vem sendo alimentada por fomentos importantes, tanto na esfera federal, como na estadual, tendo em vista as potentes articulações entre ensino-serviço-comunidade em prol das vulnerabilidades loco-regionais. Portanto, este estudo se configura como alicerce na manutenção e apoio das prerrogativas e premissas do SUS na busca por suprir as fragilidades ainda presentes na rede de atenção à saúde.

#### 4.3 ETAPA QUANTITATIVA

A pesquisa quantitativa é um tipo de abordagem que busca testar teorias, examinar relações entre variáveis e determinar causas e efeitos. Para Creswell (2010), a pesquisa quantitativa não se resume à análise de dados brutos, mas envolve também a construção de um arcabouço teórico, a formulação de questões e hipóteses, a escolha de um desenho de pesquisa adequado e a interpretação dos resultados à luz da teoria.

##### 4.3.1 População e Amostra

Para representação da amostra da etapa quantitativa, o cálculo amostral partiu do quantitativo de 1.840 profissionais de saúde de nível superior e técnico cadastrados conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2021), os quais integram a atenção primária à saúde dos 26 municípios da rota da produção, região 20 de saúde. O tamanho da amostra foi definido pela seguinte equação, considerando-se um estudo com delineamento transversal e população finita:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pq N}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

em que:

$Z_{\alpha/2}$ : valor na distribuição normal padrão correspondente à confiabilidade pré-fixada;  
 $\sigma^2$ : variância populacional da variável considerada,  $\sigma^2 = p.q$ .  
e: erro absoluto.

Assim, considerando confiança de 95% ( $Z_{\alpha/2}=1,96$ ), erro de 5%, proporção de 50% ( $p=0,5$ ) e população igual 1.840 profissionais, o tamanho da amostra foi de 318 profissionais. Como a amostragem considera estratos definidos por município e por tipo de profissional (profissional 1, profissional 2...), inflaciona-se o tamanho amostral em 10% para dar conta do efeito do estrato, desta forma o tamanho amostral foi de 350 participantes.

#### **4.3.2 Coleta dos dados**

A pesquisa quantitativa ocorreu no período de junho a setembro de 2021, primeiramente foram realizadas visitas aos municípios para apresentar o projeto aos secretários municipais de saúde, após cientes dos objetivos da pesquisa e o aceite em participar, foi encaminhado um email explicativo para cada município, contendo o termo de consentimento e o link de acesso para o formulário do google forms com o instrumento para os profissionais responderem. Na coleta dos dados foi aplicado o instrumento PCATool - Brasil para os profissionais de saúde da APS (BRASIL, 2010b), pois permite avaliar os atributos, buscando identificar, dentro do cenário de heterogeneidade a caracterização, o grau de orientação e compreensão dos profissionais das equipes avaliados, permitindo a produção de conhecimento sobre sua efetividade nos diversos contextos. Os pesquisadores e auxiliares da pesquisa, possuem experiência em coleta de dados, fazem parte do NEGESE/UFSC-PM e foram capacitados para a coleta por meio de reuniões sistematizadas que ocorreram ao longo do desenvolvimento do projeto.

Como critério de inclusão, participaram deste estudo os profissionais vinculados a estes serviços, os quais compõem as equipes da APS com mais de seis meses de trabalho e que estiveram disponíveis no período da coleta. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença, férias e ou qualquer tipo de afastamento durante o período de geração de dados.

#### **4.3.3 Análise dos dados**

Após a coleta os dados foram compilados e organizados em banco de dados com auxílio do programa Excel 2021. O instrumento utilizado PCATool - Brasil para os profissionais de saúde da APS (ANEXO A), mede a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio de média aritmética simples dos itens constantes. As respostas são em escala Tipo Likert, sendo “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9) (ANEXO B).

Para chegar ao cálculo pela média aritmética, seguiu-se as orientações do manual do instrumento (BRASIL, 2010b), conforme segue:

1º Passo: realizou-se a inversão dos valores do item A9;

2º Passo: Verificou-se as respostas de cada entrevistado, desconsiderando o escore do componente quando a soma de respostas em branco e dos itens com respostas “não sei/não lembro” atingiu 50% ou mais do total de itens do componente C;

3º Passo: Transformou-se o valor “9” para valor “2”, quando a soma de respostas em branco e dos itens com respostas “9” se inferior a 50% do total de itens do componente. Esta transformação pontuou negativamente alguns itens, os quais eram desconhecidos pelo entrevistado.

Ainda, para análise, todos os municípios tiveram o escore do atributo calculado, os valores que originalmente variaram de 1 a 4, foram transformados em escala de 0 a 10, calculados por meio da seguinte fórmula (HARZHEIM et al., 2013):

$$\text{Escore padronizado} = \frac{(\text{Escore} - 1)}{(4-1)} \times 10$$

A partir da fórmula, foi calculado o escore para o atributo essencial coordenação – Integração de cuidados, obtido pela média aritmética dos seis itens que os compõe (C1, C2, C3, C4, C5 e C6):

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

#### 4.4 ETAPA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa busca responder questões que exploram como ou porque um dado fenômeno ocorre, para desenvolver uma teoria ou para descrever sobre a subjetividade acerca da experiência dos participantes. Além disso, a pesquisa qualitativa valoriza a participação e dá voz aos profissionais de saúde, reconhecendo-os como sujeitos ativos e protagonistas na construção do cuidado em saúde (CLARK et al., 2015).

##### 4.4.1 População e Amostra

Para a etapa qualitativa, a partir do escore do instrumento PCATool, foram sorteados sete municípios, entre aqueles que apresentaram maior e menor escore diante do atributo da coordenação/integração de cuidados. Participaram desta etapa sete enfermeiros, um de cada município sorteado. A quantidade de participantes foi determinada com base em orientações de pesquisas que utilizam grupos focais, conforme os autores Debus (1997) e Dall’Agnol; Trench (1999), os quais sugerem um tamanho ideal de seis a quinze indivíduos. Trazem ainda que o tamanho do grupo é influenciado pelos objetivos do estudo em questão, onde grupos maiores são preferíveis quando o objetivo é gerar uma ampla gama de ideias. Por outro lado, para uma discussão mais aprofundada sobre o tema, grupos menores são mais adequados, justificando-se, dessa forma, o número de integrantes desta etapa.

A escolha dos enfermeiros se justifica por exercerem a coordenação do trabalho nas unidades de saúde da região mencionada, sendo as referências para gestores, profissionais e comunidade. As pesquisadoras realizaram contato telefônico com os gestores dos municípios e com os enfermeiros para solicitar sua participação nos grupos focais, sendo as participações autorizadas por meio de ofícios.



#### **4.4.2 Coleta de dados**

A produção dos dados qualitativos ocorreu no primeiro semestre de 2023, através de grupo focal (ANEXO C). Foram realizados dois encontros, com duração de uma hora e trinta minutos, em média. Para cada encontro utilizou-se de questões geradoras, para complementar e auxiliar na compreensão dos dados oriundos da primeira etapa da pesquisa. As questões debatidas no primeiro encontro foram: Como vocês compreendem a coordenação do cuidado? Como é realizada no seu cotidiano - fluxo do usuário na rede/ referência e contrarreferência, papéis, responsabilidades dos profissionais de saúde, contribuição da equipe?; no segundo encontro foi debatida a seguinte questão: Quais desafios e potencialidades na coordenação do cuidado?

Os encontros foram realizados na modalidade remota, via plataforma Google Meet, de acordo com a disponibilidade dos participantes e foram gravados. No grupo focal o pesquisador tem o papel de moderador, sendo responsável por manter a liberdade de expressão, mas especialmente o foco na discussão em torno do tema pesquisado, guiado pelos objetivos da pesquisa. Além dele, tem a figura do observador que auxilia na condução do grupo, a quem cabe registrar a dinâmica do grupo tomando nota das principais impressões verbais e não verbais, para facilitar a transcrição dos dados, colaborar com o moderador no controle do tempo e em monitorar a gravação das discussões (BACKES et al., 2011). Ao final de cada encontro do grupo focal, o moderador propôs uma discussão sobre os temas levantados pelo grupo, apresentando-os resumidamente através de um texto síntese e validando-o junto aos participantes (LEOPARDI et al., 2001).

Os critérios de inclusão da segunda etapa seguiram os mesmos da etapa inicial. Nos critérios de exclusão além dos citados na primeira etapa, houve a exclusão de 1 (um) município, por não ter atingido o número mínimo de participantes na primeira etapa.

#### **4.4.3 Análise dos dados**

Para a análise da etapa qualitativa, os dados gerados através dos grupos focais foram transcritos e posteriormente submetidos à técnica de análise de temática, conforme Minayo (2014), seguindo as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise realizou-

se uma leitura flutuante do material, definição das produções a serem analisadas e a constituição de um corpus com base na representatividade e exaustividade dos conteúdos produzidos. Na fase de exploração do material foi realizada a codificação e categorização, buscando a compreensão das estruturas de relevância mencionados pelos participantes, ou seja, os elementos passaram por uma nova leitura e organização, sobretudo buscando a reiteração. O tratamento dos resultados e interpretação foi o momento em que se realizou as inferências, ou seja, a construção dos significados por meio das mensagens que foram registradas, com base na compreensão propiciada pela leitura atenta e aprofundada.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, no que se refere à pesquisa que envolve seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM), por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 43093320.0.0000.5346 (ANEXO D), bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto a avaliação dos riscos da pesquisa, considerou-se a possibilidade de algum desconforto devido ao tempo gasto para responder o instrumento e ao confronto de ideias nas discussões do grupo focal, porém, os participantes não demonstraram nenhum problema nesse aspecto.

Para manter o sigilo dos municípios envolvidos na etapa quantitativa, estes foram identificados pela letra M de município e numerados sequencialmente (M1, M2, M3...M26). Os participantes da etapa qualitativa foram identificados pela abreviação ENF e numerados sequencialmente, a fim de preservar suas identidades. O grupo focal foi representado pelas letras GF, 1 ou 2, conforme a ordem dos encontros.

### 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados os resultados relacionados a etapa quantitativa, qualitativa e posteriormente as metainferências.

#### 5.1 ETAPA QUANTITATIVA

### 5.1.1 Atributo coordenação - integração de cuidados

O atributo verificado pelo Pcatool avaliou a coordenação do cuidado integral ao usuário incluindo questões como, amplo conhecimento da história de saúde, da oferta de serviços, agendamento e referência para consultas/serviços especializados pelas APS, os itens de informações de contrarreferência do serviço especializado e quanto ao profissional da APS explicar os resultados da consulta, no retorno do usuário ao serviço.

Os escores obtidos na mensuração do atributo coordenação – integração de cuidados, para os municípios que compõem a Região 20 de Saúde estão descritos na Tabela 2. Os resultados foram obtidos mediante a realização de cálculos estatísticos, conforme orientações do manual do instrumento (BRASIL, 2010b) para posterior atribuição de valores em escala de 0 a 10.

Tabela 2 - Escore do atributo coordenação – integração de cuidados por município

<b>Município</b>	<b>Escore do Atributo Coordenação</b>	<b>Escala de 0 -10</b>
M1	3,6727	8,91
M2	3,5273	8,42
M3	3,5200	8,40
M4	3,5000	8,33
M5	3,4471	8,16
M6	3,3667	7,89
M7	3,3652	7,88
M8	3,3571	7,86
M9	3,3545	7,85
M10	3,3500	7,83
M11	3,3375	7,79
M12	3,3333	7,78
M13	3,3217	7,74
M14	3,3200	7,73
M15	3,2692	7,56
M16	3,2400	7,47

M17	3,2000	7,33
M18	3,1900	7,30
M19	3,1667	7,22
M20	3,1600	7,20
M21	3,1100	7,03
M22	3,1067	7,02
M23	3,1059	7,02
M24	3,0571	6,86
M25	3,0462	6,82
<b>Média</b>	<b>3,2970</b>	<b>7,66</b>

---

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Dos 25 municípios participantes na etapa quantitativa, observa-se que M1 obteve o escore de 8,91, obtendo uma média aritmética de 3,67 na variação original de 1 a 4. Também apresentaram um escore elevado, os municípios M2 e M3, com escores de 8,42 e 8,40, respectivamente, sendo o primeiro mencionado tendo um acréscimo na escala de valores de 0,0073. Todavia, os municípios de M24 e M25 foram os que apresentaram os menores escores do conjunto de municípios: 6,86 e 6,82.

Em uma análise geral, a Região 20 de Saúde do norte do estado do Rio Grande do Sul obteve um escore de 7,66, conforme as performances obtidas por cada um dos 25 municípios. Ressalta-se que, dentre os escores obtidos, com a consideração de 0 a 10, os valores apresentaram variação entre as escalas 6, 7 e 8. Por esse fator, também é possível analisar os resultados mediante a divisão dos municípios em 3 grupos, conforme as escalas apresentadas nos escores identificados.

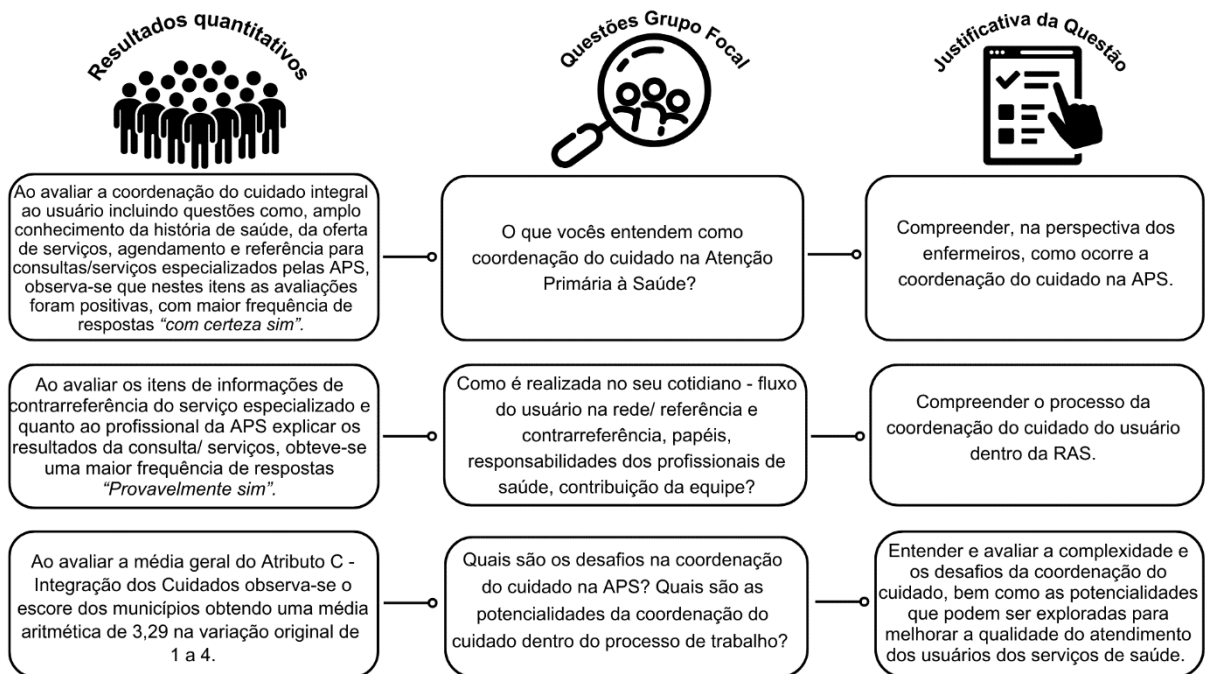
Dentre a amostra de 25 municípios, verificou-se que M1, M2 M3, M4 e M5 estão na maior escala identificada (de número 8) pelos escores no atributo coordenação – integração de cuidados, o que corresponde a 20% da amostra. Já para a escala 7, foram identificados os municípios M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M17, M18, M19, M20, M21, M22 e M23, totalizando 18 municípios, o que retrata 72% do total de municípios da região analisada. Por sua vez, dois municípios, M24 e M25 são pertencentes à escala 6, caracterizando 8% de representatividade total.

Sendo assim, nota-se que a representatividade dos municípios que obtiveram um escore variável na escala 7 foi significativa para toda a amostra, o que apresenta

um resultado positivo na identificação do atributo coordenação – integração de cuidados, em especial com a soma dos municípios que apresentaram escore variável na escala 8, apesar das diferenças e semelhanças entre as realidades de cada um dos municípios apresentados nesse estudo.

Os resultados apresentados nesta etapa, direcionaram a elaboração das perguntas norteadoras para a etapa qualitativa, com a finalidade de aprofundar os achados iniciais desta pesquisa, conforme sequenciado na figura 4.

Figura 4 - Resultados da etapa quantitativa e integração com a etapa qualitativa, por meio da delimitação das questões norteadoras para o grupo focal



Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

## 5.2 ETAPA QUALITATIVA

Neste tópico estão apresentados os resultados da segunda etapa da pesquisa possibilitando compreender a coordenação, bem como as concepções, desafios e potenciais no cotidiano de trabalho. O material empírico produzido pelo emprego da técnica de grupo focal, partiu-se das discussões nos encontros, os quais foram organizados e agrupados em quatro categorias, quais sejam: Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados; Referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do

cuidado?; A potência e a sobrecarga do enfermeiro na coordenação do cuidado e; Modelos tradicionais de cuidado e de gestão na manutenção de modos de ser de usuários, de profissionais de saúde e gestores.

### **5.2.1 Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados**

A coordenação do cuidado é compreendida como um conjunto de ações que envolvem equipe, usuário e fluxos alinhados. Identificou-se que os participantes compreendem a coordenação do cuidado em saúde como a equipe de profissionais, voltada para promover articulação entre os serviços, em prol do atendimento do usuário, por meio da conexão entre os profissionais, com a identificação de que o usuário é o ponto central do atendimento. Caracteriza-se como um processo ao longo do tempo, que engloba dimensões que extrapolam o atendimento individual em si. As falas reforçam esse resultado.

Coordenação do cuidado seria mais tipo quando a equipe, algo tá articulado para trabalhar, voltado para aquele paciente [...] em equipe, alinhados de uma forma, assim que possa atender melhor aquela pessoa [...]. (ENF1, GF1)

[...] coordenação do cuidado, eu entendo que seja o acompanhamento que a atenção primária tem dos seus indivíduos no tempo, que a gente coordena o processo de cuidado desses pacientes [...]. (ENF3, GF1)

[...] a coordenação do cuidado, ela é muito ampla, não é aquele atendimento do dia, é tudo ou todo aquele acompanhamento do pós, do depois. [...] porque realmente a gestão do cuidado não implica só na saúde, porque muitas vezes o problema do paciente ele é social, muitas vezes o problema está na escola. (ENF7, GF1)

A coordenação do cuidado se efetiva com a ligação entre os diversos serviços da rede, para o acompanhamento da população. Foi identificado que, parte dos atendimentos realizados na unidade de saúde, as demandas relatadas pelos usuários seriam de competência, além da equipe de saúde, de outros segmentos como educação, assistência social, entre outros. Com isso, a estratégia de um dos municípios foi a criação de um grupo específico, para o contato entre as secretarias, buscando integralidade e intersectorialidade no cuidado. A coordenação do cuidado ganhou um desenho ampliado na rede de serviços, obtido pela atuação conjunta da saúde e outras áreas. A afinidade de setores internos na secretaria de saúde e de

forma externa, com outras secretarias, também favorece o reconhecimento das situações de vulnerabilidade das populações, proporcionando práticas estratégicas de ação. Há um consenso de que, mesmo compartilhando com outros serviços, a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário ao longo do tempo é da APS. As falas indicam essa situação.

[...] afinidade com outros setores dentro da própria secretaria de saúde e também nas outras secretarias, porque às vezes os problemas, principalmente relacionados à vulnerabilidade das famílias, eles não vão ser resolvidos somente dentro da nossa pasta [...] se eles são nossos, a gente tem que acompanhar eles no tempo, mas eventualmente a gente encaminha eles, para o cardiologista, para o gastro, até mesmo para outros setores dentro da secretaria dos municípios, como o caso do CAPS, do SAE, mas que a gente tem é que não pode perder eles de vista, eles estão nesses outros setores, mas quem coordena e tenta articular o cuidado dele no tempo mesmo, é a atenção primária. (ENF3, GF1)

[...] a gente montou um grupo aqui no município para ligar as secretarias, porque não é só da saúde o problema, também é da assistência o problema, é da educação o problema, do conselho tutelar [...]. Trazer o problema da escola, pela fala do professor ou do diretor, a gente conseguir achar solução. (ENF2, GF1)

Para a coordenação do cuidado é avaliada a situação do usuário como um todo, ou seja, a integração dos cuidados atenta ao acompanhamento nas diferentes etapas da vida e ao longo do tempo. São diretrizes da integralidade do cuidado e da longitudinalidade que afirmam o papel da atenção primária e do SUS. A realização de um cuidado contínuo, com atenção no usuário, de modo que este tenha a sua demanda atendida, desde o acesso de primeiro contato. Para isso, aparece com intensidade a questão do entrosamento da equipe de saúde, para que todos possam compreender e participar do planejamento e implementação dos processos de trabalho, para uma efetiva coordenação do cuidado.

Afirmou-se que a enfermagem é o ponto inicial do contato do usuário com os serviços de saúde, o que culmina na necessidade de atenção sobre o que fazer, para onde encaminhar, sendo a busca da coordenação do cuidado o reconhecimento da demanda do usuário e o acionamento dos demais níveis de atenção e serviços da rede. Reconhecer e consolidar fluxos, responsabilidades e tornar os processos de informação claros e comprometidos com o alcance de melhores resultados. As falas que seguem reforçam estes resultados.

[...] quando toda equipe ela está entrosada, quando ela está na mesma sintonia, o agente de saúde, o enfermeiro, mas só essas duas categorias não vai muito, vai depende do médico também da ESF, e ou a opinião dele, a perspectiva dele também se assemelha, aos demais colegas, porque quando um puxa para um lado, que puxa para o outro. (ENF2, GF1)

[...] cuidado ele é compartilhado entre o que é atenção especializada e o que é atenção primária, [...] comunicação entre os serviços da nossa própria rede [...] não precisar retornar ao especialista cada mês para renovar sua receita. (ENF3, GF1)

[...] articulação do serviço eu penso que enquanto enfermeira, enquanto eu atuo na atenção primária, a gente tem um paciente no nosso território, e a gente tem que saber o que fazer, para onde encaminhar ele, reconhecer qual que é a demanda dele e tá acionando os demais níveis de atenção, os demais serviços da rede, eu penso que seria isso na minha atual situação, a coordenação do cuidado, desse reconhecimento e tentar garantir os princípios do SUS, tudo que a gente tem no serviço. (ENF4, GF1)

A coordenação do cuidado se faz por meio do diálogo constante e o entrosamento da equipe multiprofissional, em busca da centralização no usuário e no trabalho em equipe. No entanto, não é considerada uma atividade simples, na medida que envolve um conjunto de pessoas, situações, tendo como base intencionalidade e finalidade nos processos de trabalho. Seguem as falas.

A gente trabalha muito aqui, psicólogo, assistente social, muito mesmo, município é muito vulnerável [...] Mas assim, se a gente não ter um bom entrosamento, a gente não sai do chão. (ENF6, GF1)

[...] equipe multiprofissional, multidisciplinar, ela precisa estar em permanente diálogo. [...] o paciente, ele está na atenção primária, é nosso paciente. (ENF5, GF1)

[...] coordenar hoje não é simples, mas também não é difícil, mas tu precisa que todas as secretarias se envolvam, que todos os participantes adotem a tua ideia, que queiram fazer também!. (ENF2, GF1)

A coordenação do cuidado é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, com um cuidado articulado entre os profissionais da equipe e os demais setores do município, buscando trabalhar na mesma direção. Envolve muitos aspectos que não somente o atendimento em si, mas um envolvimento crescente e cada vez mais complexo de vários segmentos e a comunicação torna-se fundamental neste processo, assim como as questões de referência e contrarreferência. (Texto coletivo GF1)

A coordenação do cuidado passa por um conjunto de ações, que vislumbram novos modelos de saúde, com capacidade de acompanhamento, resolução e vinculação. Se envolvem neste processo os profissionais de diferentes áreas e setores, os usuários dos serviços e a organização dos processos e fluxos, pactuados



com responsabilidade e firmados diante dos pressupostos teóricos do SUS. Na prática, surgem desafios que podem ser superados, especialmente, com base no diálogo ativo e na conexão dos sujeitos com um propósito, representado, na maioria das falas, na centralidade do usuário e de suas necessidades.

### **5.2.2 Referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?**

A referência e contrarreferência configuram um significativo mecanismo para a promoção da prática integral na saúde e a coordenação do cuidado. A grande incidência está centrada na ausência de contrarreferência, em específico, da falta de retorno para com a atenção primária e os impactos causados na equipe. A falta desse retorno evidencia a importância da rede, do trabalho comunicativo, interprofissional e intersetorial necessário para o cuidado em saúde.

A inexistência de informações reflete diretamente na coordenação do cuidado. Sem a contrarreferência necessária, há um maior desgaste da equipe da atenção primária quando do retorno da atenção especializada (AE) ou alta hospitalar, pois em muitos casos o usuário não sabe fornecer as informações de saúde necessárias para que a atenção primária possa continuar o cuidado. Os sistemas de informação não estão conectados e fragmentam ainda mais esses retornos. A comunicação das trajetórias terapêuticas ocorre, especialmente por meio da interlocução com os ACS. As falas reforçam esses achados.

[...] a gente não tem essa contrarreferência, [...] atenção primária não tem retorno dos especialistas, a gente ainda acaba descobrindo muitas coisas pelos agentes de saúde, que é o que está lá dentro da casa do paciente. (ENF6, GF1)

[...] a gente tem a dificuldade da contrarreferência quando ele vai para a média, para alta, eles vêm, e eles não sabem nos orientar, que o médico disse [...] porque a gente usa o e-SUS, então sempre vai o formulário de contrarreferência, mas nunca volta. (ENF7, GF1)

Quando vai para um hospital mais próximo, que é o de referência, aqui nunca sai um paciente sem a referência para o hospital, mas não volta, só volta quando é muito exigida assim, em casos muito isolados [...]. (ENF2, GF1)

Um dos pontos mais debatidos pelos participantes é em relação à dificuldade para a garantia da contrarreferência entre as especialidades e referências da rede.

Destaca-se, também, a dificuldade das referências e contrarreferências dentro do município e entre os serviços municipais. Possivelmente, em razão da ESF ser o primeiro contato com demandas dos usuários, muitas situações dependem do apoio de outros segmentos, como a área social. No entanto, não há fluxos definidos, sendo considerado uma barreira para a referência e contrarreferência municipal. Somado a isso, a falta de um correto direcionamento dos usuários para o serviço mais adequado para a sua demanda, com estabelecimento de fluxos que se comuniquem com a rede. Seguem as falas:

[...] a gente quer também referência e contrarreferência municipal, aí vem de alguém com o problema da educação, vem pra cá, eles esperam o primeiro passo a ser sempre da secretaria de saúde, tipo assim, a questão social, às vezes esta é a principal que tem que ser tratada, mas vem para a saúde, seja a saúde, então é isso. (ENF1, GF1)

[...] a gente toma as iniciativas, a gente faz o que precisa ser feito a gente faz muitas referências, mas muitas vezes, não tem a contrarreferência dos serviços. [...] a gente já fez o que a gente podia e tudo mais, aí daqui a pouco, por exemplo, nós temos um problema que tem vários pacientes que precisam de atenção da assistência social, que tem problemas sociais, idosos e tudo mais, mas a gente tá com uma deficiência nesse setor. (ENF5, GF1)

Essas situações culminam na reflexão sobre a importância da equipe em buscar realizar a sua função como ordenadora da rede, mesmo nem sempre sendo uma tarefa fácil, tendo em vista as complexas e crescentes demandas da saúde. Pode parecer simples, mas o processo de compreender a importância da riqueza e da clareza de detalhes, tanto na abordagem aos usuários, como na informação que retorna aos profissionais da APS é, certamente, um grande desafio para o avanço na coordenação do cuidado. Os municípios buscam realizar a referência, mas não há retorno. As informações, portanto, são obtidas por meio de uma iniciativa da equipe em escutar o que é relatado pelo usuário, ou em ligações telefônicas para a descoberta das informações, para que assim o fluxo não seja totalmente interrompido. Um dos relatos evidenciou que não há contrarreferência, nem mesmo o uso da ferramenta como o Sistema de Gerenciamento de Consultas<sup>2</sup> (GERCON). As falas confirmam:

Em relação à falta de retorno dos outros setores ou dos outros serviços, isso acaba interferindo negativamente quando da resolutividade da atenção

---

<sup>2</sup> GERCON é o sistema oficial para regulação de consultas especializadas e exames no Estado do Rio Grande do Sul (2021).

primária, porque se você, por exemplo, esse paciente, ele necessita de um acompanhamento do cardio, a gente precisa saber quais foram as orientações, quais são os medicamentos, quais são as medidas para que a gente consiga supervisionar, entre aspas, esse tratamento que ele está fazendo em casa, a gente precisa também de um retorno da assistência social do CAPS, do SAE, para saber se esse paciente ele aderiu ou não ao tratamento e como que a atenção primária vai poder é melhorar esse itinerário terapêutico. (ENF3, GF1)

[...] a gente não tem essa contrarreferência, a gente não tem esse retorno, há menos assim, aquilo que o paciente conta e aquilo que a gente vai, liga também, busca ajuda e a gente tem essas informações, mas eu acho que um ponto bem fraco, bem negativo é isso ter a devolução mesmo, que é bem fragilizada. (ENF2, GF1)

A referência sempre vai, mas a contrarreferência é muito difícil de retornar, e a gente descobre pelos pacientes, geralmente pelos pacientes. (ENF5, GF1)

Ainda com o advento das tecnologias da informação e comunicação (TIC), com a criação de sistemas de gerenciamento de informações, assim como o GERCON e e-SUS, existe a inoperabilidade desses sistemas para a realização da contrarreferência. Isso porque, os sistemas existem, contudo, precisam ser alimentados de informações, o que é a centralidade do problema identificado. As falas reforçam essa lacuna:

[...] gente pode avançar muito ainda enquanto o sistema nacional de saúde, porque a gente já tem uma dificuldade enorme de voltar o papelzinho, da gente mandar a “cartinha” e voltar uma “cartinha”. (ENF3, GF1)

[...] a gente usa o e-SUS, encaminha para a média para alta, então sempre vai o formulário de contrarreferência, mas nunca volta [...], o papelzinho escrito o que ele já fez de procedimento e de protocolo. (ENF7, GF1)

[...] em relação à questão dos sistemas de informação em saúde, porque essa falta de interoperabilidade entre eles, dessa conversa que não acontece daqui a pouco os sistemas que só ficam ali na atenção básica, que o sistema secundário e terciário não acessa. [...] se o e-SUS, pudesse também a rede hospitalar ter acesso, isso iria qualificar muito também a atenção dos profissionais [...]. (ENF5, GF1)

Apesar da existência de alguns sistemas, também não há o compartilhamento das informações, pelas vias digitais. Um dos avanços que podem ocorrer no sistema de saúde é a aplicação de instrumentos que executem a contrarreferência, com o compartilhamento de plataformas, potencializando o sistema público de saúde por meio do fluxo de informações efetivo, o que reflete diretamente em toda a rede. Conforme as falas:

[...] como que a gente vai ser resolutivo em 85% dos nossos acompanhamentos, se a gente nem sabe o que o colega fez para dar continuidade nesse trabalho?! Então acho que existe uma dificuldade também das pessoas, talvez que tenham uma formação um pouco anterior ao Sistema Único de Saúde e essa ideia de linha de cuidado é de que às vezes divide aquela informação que é especializada entre aspas, é uma forma de dividir o trabalho [...] acho que isso potencializaria muito assim a resolutividade da rede. (ENF3, GF1)

A contrarreferência é inexistente, são raras as situações em que se recebe retornos dos atendimentos dos usuários, esta lacuna dificulta o processo de coordenação de cuidado, além dos sistemas de informação com pouca conexão entre eles. (Texto coletivo GF1)

A coordenação do cuidado está subordinada aos fluxos de referência e contrarreferência, sobretudo pela necessidade de contar com todos os níveis de atendimentos e setores para o acompanhamento dos processos de saúde e de doença dos usuários. Percebe-se que os enfermeiros reforçam muitas dificuldades na prática da contrarreferência e, também, vislumbram, que a concretização desta ação, possibilitaria informações preciosas para coordenação do cuidado. Neste sentido, a referência e contrarreferência podem ser consideradas uma meta, um horizonte a ser desbravado, pelas equipes, envolvendo diferentes atores.

### **5.2.3 A potência e a sobrecarga do enfermeiro na coordenação do cuidado**

Compreendeu-se o potencial do trabalho executado pelos enfermeiros e a sobrecarga existente no processo de trabalho exercido na coordenação do cuidado. A coordenação do cuidado está centrada nos enfermeiros, de modo especial e nos ACS, pela proximidade com a comunidade. A participação ativa de outros profissionais, como médicos, dentistas seria fundamental para a melhoria do itinerário terapêutico dos usuários e conseqüente coordenação do cuidado. A escassez de informações, o pouco envolvimento de todos os profissionais e falta de uma pactuação coletiva, com intencionalidade, na equipe, acabam sobrecarregando os enfermeiros, que desenvolvem muitos destes processos sozinhos. Um potencializador para a coordenação de saúde é o ACS. A atuação desses profissionais pode auxiliar, embora não na integralidade das informações, acessar o conhecimento necessário, negado pela lacuna da contrarreferência e da incompletude dos prontuários em muitos casos. As falas reforçam essas questões:

[...] percebe que dentro da atenção primária isso fica bastante a cargo dos enfermeiros, com o auxílio dos agentes comunitários de saúde. Acaba que fica mais restrito ali nessas duas profissões, mas eu acredito que seria muito importante que a gente tivesse essa missão de cuidar para toda a equipe da atenção primária, envolvesse o médico, dentista, quanto a equipe ampliada, e que todo mundo sentasse para conversar, como melhorar esse itinerário terapêutico desse cidadão ou dessa família, enfim. (ENF3, GF1)

[...] tu só sabe o que esse paciente vai receber, se tu conversar com o paciente ou se for na casa dele, porque pelo médico, tu não vai ter retorno e às vezes o prontuário, praticamente toda vez, assim, é bem mal preenchido, só tem a causa lá, o motivo do atendimento e o resto não tem mais nada. (ENF6; GF2)

Com o protagonismo dos enfermeiros, também, se identifica uma significativa sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga se dá pela massiva responsabilidade que os enfermeiros possuem, pois em muitos casos, verifica-se a frágil atuação multiprofissional, necessária para que se compartilhe responsabilidades entre os profissionais que atuam na coordenação de cuidado. Percebe-se que o ativismo do enfermeiro destaca seu protagonismo, mas, ao mesmo tempo, desencadeia processos de exaustão e mecanização no processo de cuidar deste profissional. Questionamentos sobre a necessidade de tal postura são frequentes, se percebem capilaridades, que problematizam a formação, a sensação de que se tem superpoderes e a responsabilidade individual diante de causas complexas. As falas destacam esse achado:

[...] a enfermagem, ela é protagonista nessa questão da coordenação do cuidado, a gente por muitas vezes está à frente, a gente toma as iniciativas, a gente faz o que precisa ser feito. [...] a gente que tem que ficar puxando, o que tem que ficar organizando, porque senão, as vezes as coisas não acontecem. (ENF5, GF1)

Hoje eu me sinto uma enfermeira atendente de paciente, porque eu era muito preventiva. (ENF7, GF1)

A nossa formação não tem disciplina disso, super enfermeira, mas parece, me pergunto, tem aquela ideia que a gente consegue tudo!. (ENF2, GF1)

[...] todos os problemas que acontecem na unidade é o enfermeiro, desde a hora que o paciente entra até a hora que o paciente sai, sei lá, eu aqui, pelo menos na unidade aqui, desde tudo de conserto de coisa, tudo tipo assim, ó, ou você vai atrás para consertar ou fica estragado, sabe?! Então acho que nós estamos hoje muito sobrecarregados [...]. (ENF7, GF1)

Em especial por esse fator da saúde ser o primeiro local a ser procurado para a resolução de qualquer demanda, sobrecarrega-se o profissional com demandas que

vão além de sua responsabilidade. O senso de responsabilidade e de prestação de cuidado dos enfermeiros é máximo, mesmo com o reconhecimento do limite de suas funções, busca-se a resolução da demanda. Contudo, essa atuação acaba requerendo que os enfermeiros desenvolvam ações além da enfermagem, o que resulta em uma situação de esgotamento extremo, que culmina em diversos outros pontos, como a sensação de fracasso e culpa por não prover uma resolução para todos os problemas que identifica. Compartilhar algumas responsabilidades pode trazer fluência e leveza ao processo de trabalho. As falas indicam esse resultado:

O principal coordenador do cuidado é enfermagem, só que no ambiente que a gente tá vivendo hoje a gente está ficando muito esgotado, porque a gente acaba realmente se sobrecarregando com coisas que às vezes não são da nossa alçada, que não são da enfermagem, que acaba fazendo trabalhos que não deveriam ser nossos [...]. (ENF1, GF1)

[...] a gente pode ter outros colegas trabalhando conosco, potencializando e focar o nosso processo de trabalho também, mais leve, mais resolutivo. (ENF3, GF2)

Os enfermeiros são profissionais ativos na coordenação do cuidado e, por ter a centralidade de muitas atividades, acabam vivenciando o esgotamento no trabalho. Percebe-se que ampliar o debate, acerca das responsabilidades dos integrantes da equipe e, especialmente, vislumbrando o projeto coletivo da unidade e do território, podem favorecer os despertar de novos e outros potenciais, bem como a realização de trabalhos compartilhados, a otimização de recursos e a resolutividade das demandas, gerando informações com precisão e intenção de mudanças. O trabalho colaborativo pode permitir o protagonismo profissional, o alívio da sobrecarga e a construção de outros modos de trabalhar em saúde.

#### **5.2.4 Modelos tradicionais de cuidado e de gestão na manutenção de modos de ser de usuários, de profissionais de saúde e gestores**

Os modelos de cuidado e de gestão compreendidos, por meio dos relatos do grupo, são descritos no formato considerado tradicional, ou seja, centrado no número de atendimentos, na prescrição medicamentosa, no profissional médico, no trabalho uniprofissional, na concepção de saúde como ausência de doenças, na pouca interação interprofissional em equipe e, na baixa participação e adesão dos usuários

nas ofertas de cuidado. O modelo tradicional se ocupa por atender a queixa e encaminhar uma conduta, mesmo que com limitadas condições de gerar resolutividade e empoderamento social.

Ao longo dos debates em grupo, ficou evidente que a comunicação entre as equipes é frágil. Uma das causas identificadas neste processo, pode ser a percepção de profissionais e gestores sobre suas responsabilidades no cuidado e gestão do trabalho, mostrando dificuldades de atuação com foco central no usuário e nas suas necessidades e sobretudo na intenção de compartilhar responsabilidades. Contudo, a falta de comunicação e responsabilização com o projeto terapêutico prejudica a coordenação de cuidado, sem diálogo e sem compromisso, não há interação, tão pouco direcionamentos conjuntos. A falta de parceria, de interatividade e um cuidado integral entre os profissionais de diversas áreas é um desafio adjacente à inexistência de comunicação entre os serviços e prejudica todo processo de coordenação do cuidado.

Os modelos de cuidado e de gestão estão diretamente relacionados com a coordenação do cuidado na saúde. Um dos desafios identificados foi a necessidade de cumprir números de atendimentos e metas, resultando em um atendimento considerado robotizado, o que foge, significativamente, do acolhimento e atendimento humanizado, escapando situações e necessidades que podem ser a essência de muitas procuras dos usuários aos serviços. As falas caracterizam esses resultados:

[...] depende do profissional ele atende e trata a pressão alta, pressão alta, trata diabetes, diabetes e não consegue visualizar além daquilo e como que a gente pode melhorar aquela vida do paciente. (ENF3, GF2)

[...] a gente acaba sendo mais uma enfermeira que avalia e passa ou fica, do que acolhe o paciente, porque a gente entende que o acolhimento teria que ter um tempo mais, disponível para dispensar ao paciente, aquela pessoa que quer conversar, que quer ser atendido, e a gente tá sendo muito mais de selecionar, esse vai pra esse, esse vai para aqui, que vai para lá, do que propriamente o acolhimento, mas aqui no município é dessa forma que acontece também a triagem o acolhimento inicial. (ENF2, GF1)

[...] vários profissionais também não tem interesse e aí fica aquela coisa fragmentada, assim como um especialista, aí eu vou no vascular, o vascular só olha aquela partezinha, se nessa a pessoa as vezes está com a pressão alta, ah não, não vou medicar a pressão porque a pressão daí você vai no cardiologista, isso acho que prejudica muito a questão do cuidado integral do paciente, porque a gente precisa olhar ele como um todo, independente, aí se foi na nutricionista, a gente precisa ter um olhar integral, então alguns sim, e outros também, a gente acaba tendo dificuldade. (ENF5, GF1)

Eu acho que um desafio bem grande é a gente compartilhar dessa responsabilidade, de ser a coordenação do cuidado, que a coordenação do cuidado não é a pessoa do enfermeiro ou do agente comunitário, que acompanha aquela família no tempo, que a coordenação ela é daquela equipe de atenção primária que está ali, naquele território, geralmente o restante da equipe, os médicos, técnicos de enfermagem, ou dentista, não se sentem como pessoas responsáveis por aquele cidadão, talvez seja alguma questão da formação das outras profissões, da formação universitária mesmo, é um importante tema pra gente trabalhar constantemente com as equipes da atenção primária. (ENF3, GF2)

Então essa questão, é profissionais e profissionais. Alguns são muito interessados a gente consegue ter uma relação 100% e outras tem a falha, tipo assim, eu só quero atender e me livrar. Não quero, não me importo muito com o paciente. Infelizmente, acho que essa realidade. (ENF6, GF2)

O nosso grande desafio é com gestão, é o que eles acham, a gente tem que atender toda a demanda que chega, toda demanda que vem, tipo atendendo é isso que importa [...] a gente não consegue atender àqueles que são de prioridade, que realmente deveriam ser atendidos, que deveriam ter um acompanhamento, então, é difícil coordenar o cuidado quando tem muito envolvimento da gestão, você tem que atender o que chega, as vezes a gente acaba não dando tanta atenção do que realmente precisa, por causa disso. (ENF1, GF2)

A mudança no modelo de cuidar e de gerenciar as políticas públicas de saúde encontram resistências dos próprios atores que poderiam ser ativistas na consolidação de avanços, como os gestores, os profissionais e os usuários. A manutenção de comportamentos e práticas tradicionais reflete nas dificuldades que a APS tem em concretizar a promoção da saúde, repetindo, em sua maioria, práticas e técnicas curativistas. Inclusive a compreensão dos modelos tradicionais de cuidado perpassa outros níveis de atendimento na rede de atenção à saúde e ajuda a bloquear os avanços necessários. Diálogo e fluxo de informações entre os níveis da atenção em saúde proporcionam que haja potencialização dos serviços ofertados pela APS, com os devidos encaminhamentos para a atenção especializada. Esse aspecto impacta também na importância de dirimir as dificuldades encontradas na referência e contrarreferência.

Outra dimensão são as tecnologias utilizadas para o cuidado. Modelos tradicionais de palestra, com transmissão de conhecimentos, pautados na premissa de que o profissional sabe o que precisa ser feito e os usuários têm pouca interação e decisão neste processo, cabendo a esse segmento, aderir às orientações realizadas, se mostram desgastadas e com baixa condição de produzir efeitos benéficos. Com isso, a preocupação dos enfermeiros também é redirecionada para buscarem metodologias e estratégias que consigam alcançar o usuário, de modo que



este compreenda a importância das orientações recebidas. As falas que seguem confirmam:

E outra coisa também que acontece aqui, é o fato de não entenderem que a gente é uma estratégia de saúde da família que a gente não é uma UPA ou uma área hospitalar, a gente tem muita dificuldade com a área hospitalar, porque parece que a gente está ligando pra área hospitalar para mandar: vocês não fazem nada aí! Tem coisas que não é da atenção básica, que a gente tenta resolver e fazer um pouco de tudo e, se torna uma UPA. Então a gente acaba fazendo o que não é para ser feito. (ENF1, GF2)

Eu só queria compartilhar uma situação, que os usuários, tem uma dificuldade em compreender as orientações em aderir as nossas orientações e tudo mais, tem uma situação que vivenciei agora na última semana que eu organizei um grupo de fumantes, e aí tenho 3, 4 fumantes, que estão vindo para o grupo e numa das seções agora, um deles me falou assim: pára, pára, pára, não precisa mais ler esse manual, não precisa, não vamos fazer porque a gente já sabe tudo, a gente já está careca de saber, então aí eu parei, assim aí, encontrei outras maneiras, conversamos e tudo mais, e depois fui estudar, fui buscar outras tecnologias, porque eu pensei, gente!, como é que nós vamos persistir com esse grupo, se eles já sabem tudo, todo mal que o cigarro causa, enfim, várias modalidades de tratamento eles sabem, o que eles podem usar, o que está à disposição e tudo mais. Eles já sabem, eles não querem mais saber daquilo. Mas de que maneira então a gente pode continuar auxiliando eles?!, como profissionais, nessa questão da coordenação do cuidado, da gestão do cuidado. (ENF5, GF2)

[...] os usuários, tem uma dificuldade em compreender as orientações em aderir as nossas orientações e tudo mais. [...] Eu percebo que a gente precisa estar se reinventando a todo o momento, e a cada grupo que a gente faz, a cada atividade que a gente faz, atividade educativa, de promoção de saúde, prevenção de doenças [...]. (ENF5, GF2)

Há necessidade de investimentos em tecnologias de cuidado que primem por processos educativos em saúde com sentido, especialmente aos usuários dos serviços. A ampla disponibilidade de informações de todas as fontes e tipos, tornou ainda mais complexo os processos de cuidar com base na educação em saúde. Desta forma, os profissionais precisam idealizar novas formas de comunicação com os usuários. Para atingir os objetivos, um dos caminhos é investir na comunicação efetiva de orientações e trocas de informação, com negociação e contextualização a cada situação e território. Processos educativos descontextualizados e com pouco sentido podem ser responsabilizados pelo aumento de morbidade nas doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, pois o alto quantitativo indica que não há, seguimento e mudanças que oportunizem mudanças de comportamento. A terapia medicamentosa é uma característica dos modelos tradicionais de cuidado e seguem predominantes nas formas de cuidado. As falas reforçam os resultados:

[...] porque é importante a gente considerar o que o usuário já sabe a respeito. [...] é repensar a forma como a gente se comunica com os usuários, também é uma coisa assim que pra mim faz muito sentido nesse momento da minha vida, não só no grupo, mas também nas atividades, nas consultas, nas atividades que a gente tem com as populações específicas, como as atividades dos hipertensos, dos diabéticos, como que a gente consegue, ah melhorar isso, é literalmente convencer aquele paciente a fazer o tratamento direitinho. (ENF3, GF2)

[...] os pacientes, eles estão muito imediatistas, a adesão ao tratamento e as orientações para eles é como se fosse, que eles já estão sabendo, já viram que não dá certo, tu orienta um diabético quanto a hábitos, exercícios, alimentação, mas eles colocam, depositam a confiança 100% no medicamento, então eles aderem só o tratamento, uns de forma correta e outros de forma totalmente, assim tu fica enlouquecida, “o antibiótico é quando até que eu melhore os primeiros sintomas, eu já paro”, então eu vejo assim que a adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto orientações, eu acho que tá bem enfraquecido pela parte dos pacientes. (ENF2, GF2)

A persistência das características dos modelos tradicionais de cuidado e de gestão é um desafio para a coordenação do cuidado. Percebe-se que eles caminham, praticamente em vias opostas, especialmente pela dificuldade em atingir a integralidade no cuidado. Ainda, identifica-se que o movimento para mudança de cenário deve envolver, no mínimo, três segmentos indispensáveis, quais sejam: gestão, profissionais e usuários.

O texto construído e validado no segundo grupo focal menciona os seguintes aspectos: pluralidade de atores, comunicação ativa e integrada, modelo de gestão, compartilhar responsabilidades, potencializar a formação em saúde, criar novas metodologias de trabalho e buscar ampliar as equipes de saúde. A reunião destes resultados sugere um horizonte a ser admirado e conquistado. Segue o texto construído coletivamente no grupo focal:

*Muitos atores estão envolvidos neste processo, gestão, profissionais, usuários e famílias e está cada vez mais desafiador. São muitos os desafios na coordenação, entre elas a fragmentação do cuidado, cada parte é vista e cuidada em uma “caixinha”, dificuldades na adesão dos usuários às condutas e a comunicação entre as partes envolvidas. A comunicação interprofissional é muito frágil. A pressão da gestão para manutenção do modelo tradicional de saúde é uma situação que atrapalha muito a coordenação do cuidado. Ainda, compartilhar a responsabilidade da coordenação do cuidado, pois a coordenação é da equipe e não é responsabilidade única de um profissional. Considera-se importante potencializar a formação em saúde e despertar a colaboração e os processos de comunicação entre os profissionais. Criar novas*

*formas e metodologias de trabalho que sejam mais atraentes e resolutivas, reinventar nossas metodologias para sensibilizar as mudanças necessárias para avançar na qualidade de vida dos usuários e na satisfação dos profissionais de saúde. A ampliação das equipes mínimas de saúde da família também podem ser estratégias positivas para agregar outras profissões e ampliar o alcance das ações. (Texto coletivo GF2)*

### 5.3 RESULTADOS INTEGRADOS

Neste tópico, estão apresentados a integração dos resultados quantitativos e qualitativos, através da exibição conjunta, possibilitando a observação de maneira coerente e validando-os mutuamente e ampliando sua compreensão. Para facilitar a visualização e representação dos dados (Quadro 1) utilizou-se as exibições conjuntas, denominadas *joint displays*, considerada como um progresso dos métodos mistos (GUETTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015).

Pode-se observar no Quadro 1, a coluna resultados quantitativos descreve o escore positivo encontrando, demonstrando a presença do atributo coordenação da atenção, a coluna resultados qualitativos apresenta as percepções dos participantes que ilustram pontos positivos e negativos frente ao atributo coordenação. Desta forma, apresentam-se as metainferências (Figura 5) obtidas a partir da análise dos resultados integrada dos métodos mistos:

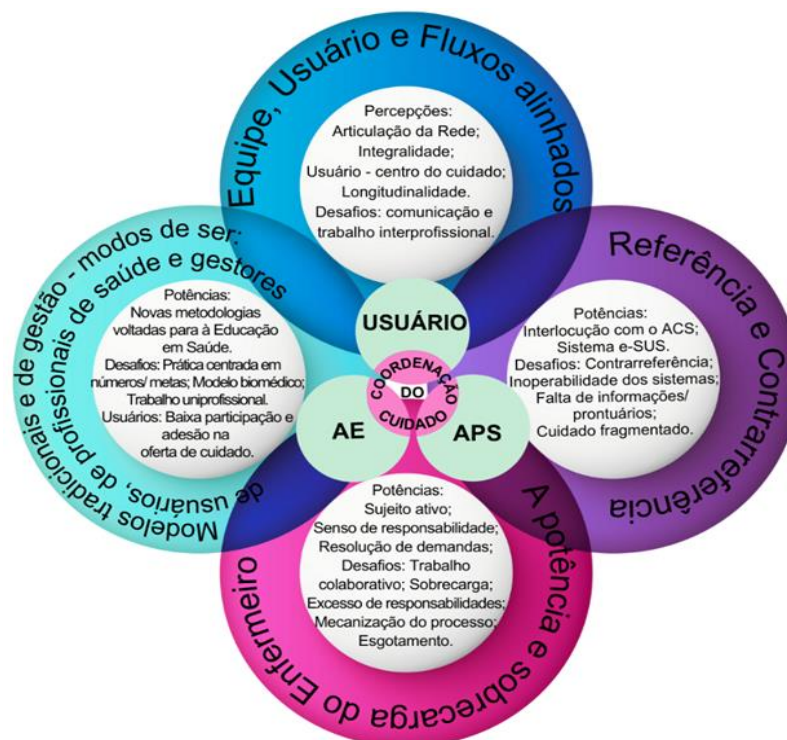
- Os profissionais compreendem a coordenação do cuidado em saúde como a equipe de profissionais, voltada para promover uma articulação dos serviços, em prol do atendimento do usuário, por meio da articulação entre os profissionais, com a visualização de que o usuário é o ponto central. Traduzida pelo diálogo constante e o entrosamento da equipe multiprofissional, em busca da centralização no usuário e no trabalho em equipe. Sobre a efetividade no cuidado ofertado na atenção especializada, pontua-se que é preciso que o serviço seja efetivo, despendido para a resolução das demandas dos usuários.

- A análise da contrarreferência converge com os resultados das duas etapas. Os profissionais trazem que a falta de informações causa impactos significativos para o cuidado em saúde, o que reflete diretamente na coordenação do cuidado. Sem a contrarreferência há um maior desgaste da equipe da APS, o usuário retorna da atenção especializada, sem informações e não consegue relatar o atendimento. A

falta desse retorno evidencia a importância da rede, do trabalho comunicativo para a efetiva coordenação do cuidado. O protagonismo dos enfermeiros no cuidado e assistência dos usuários na APS. Um dos principais desafios da coordenação do cuidado foi a articulação da equipe multiprofissional na atenção primária, na grande parte centrada nos enfermeiros e nos ACS. Demonstrando a necessidade de maior participação dos demais membros da equipe, sendo que a efetividade da interação seria fundamental para a melhoria do itinerário terapêutico dos usuários e minimizando a sobrecarga dos enfermeiros.

- Neste item os dados quantitativos e qualitativos foram divergentes, apresentando um resultado positivo do escore na identificação do atributo. Já no cenário do grupo focal, foram identificados desafios que impactam diretamente na efetivação da coordenação do cuidado, como a comunicação frágil entre as equipes; prática centrada em número de atendimentos e cumprimento de metas, comportamentos e práticas pautadas em modelos tradicionais de cuidado, centrado no profissional médico, no trabalho uniprofissional, na concepção de saúde como ausência de doenças, na pouca interação interprofissional em equipe e, na baixa participação e adesão dos usuários nas ofertas de cuidado.

Figura 5 - Cenário evidenciado para a Coordenação do Cuidado: Usuário, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE)



Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Quadro 1 - Metainferências a partir da integração dos resultados das etapas quantitativa e qualitativa

RESULTADOS QUANTITATIVOS	RESULTADOS QUALITATIVOS	METAINFERÊNCIAS
Ao avaliar a coordenação do cuidado integral do usuário com amplo conhecimento da história de saúde, da oferta de serviços, agendamento e referência para consultas/serviços pelas APS, observa-se que nestes itens as avaliações foram positivas, com maior frequência de respostas <b>“com certeza sim”</b> .	<b>Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados</b>	Os profissionais compreendem a coordenação do cuidado em saúde como a equipe de profissionais, voltada para promover uma articulação dos serviços em prol do atendimento do usuário, por meio da articulação entre os profissionais, com a visualização de que o usuário é o ponto central do atendimento. A coordenação do cuidado é traduzida pelo diálogo constante e o entrosamento da equipe multiprofissional, em busca da centralização no usuário e no trabalho em equipe. Ademais, para que haja efetividade no cuidado ofertado na atenção especializada é preciso que haja um serviço efetivo despendido para a resolução das demandas dos usuários.
	A coordenação do cuidado é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, com um cuidado articulado entre os profissionais da equipe e os demais setores do município, buscando trabalhar na mesma direção. Envolve muitos aspectos que não somente o atendimento em si, mas um envolvimento crescente e cada vez mais complexo de vários segmentos e a comunicação torna-se fundamental neste processo, assim como as questões de referência e contrarreferência. <i>(Texto coletivo GF1)</i>	
Ao avaliar os itens de informações de contrarreferência do serviço especializado e quanto ao profissional da APS explicar os resultados da consulta/serviços, obteve-se uma maior frequência de respostas <b>“Provavelmente sim”</b> .	<b>Referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?</b>	Os profissionais trazem que a falta de informações causa impactos significativos para o cuidado em saúde, o que reflete diretamente na coordenação do cuidado. Sem a contrarreferência necessária há um maior desgaste da equipe da atenção primária, com o usuário que retorna da média ou alta, pois em muitos casos o usuário não sabe fornecer as informações médicas necessárias para que a prestação em saúde da atenção primária alcance sua finalidade. A falta desse retorno evidencia a importância da rede, do trabalho comunicativo necessário para a efetiva coordenação do cuidado.
	A contrarreferência é inexistente, são raras as situações em que se recebe retornos dos atendimentos dos usuários, esta lacuna dificulta o processo de coordenação de cuidado, além dos sistemas de informação com pouca conexão entre eles. <i>(Texto coletivo GF1)</i>	
	<b>A potência e a sobrecarga do enfermeiro na coordenação do cuidado</b>	O protagonismo dos enfermeiros no cuidado e assistência dos usuários na atenção primária. Um dos principais desafios da coordenação do cuidado foi a articulação da equipe multiprofissional na atenção primária, na grande parte centrada nos enfermeiros e nos ACS. Demonstrando a necessidade de maior participação dos demais membros da equipe, sendo que a efetividade da interação seria fundamental para a melhoria do itinerário
	O enfermeiro é o protagonista de todo esse processo de coordenação do cuidado e há um esgotamento profissional pela sobrecarga de trabalho. Percebem o ACS como potencializador no cuidado. Demonstram a necessidade do cuidado compartilhado com os demais	

	atores que estão envolvidos neste processo, gestão, profissionais, usuários e famílias. Visualizam um cenário cada vez mais desafiador para a efetiva coordenação do cuidado. <i>(Texto coletivo GF1 e G2)</i>	terapêutico dos usuários e minimizando a sobrecarga dos enfermeiros.
Ao avaliar a média geral dos municípios no Atributo C - Integração dos Cuidados, observa-se uma média aritmética de escore 3,29 na variação original de 1 a 4. Ressalta-se que, dentre o escore obtido por município, os valores apresentaram variação entre 3,04 a 3,67.	<p style="text-align: center;"><b>Modelos tradicionais de cuidado e de gestão na manutenção de modos de ser de usuários, de profissionais de saúde e gestores</b></p> <p>Muitos atores estão envolvidos neste processo, gestão, profissionais, usuários e famílias e está cada vez mais desafiador. São muitos os desafios na coordenação, entre elas a fragmentação do cuidado, cada parte é vista e cuidada em uma “caixinha”, dificuldades na adesão dos usuários às condutas e a comunicação entre as partes envolvidas. A comunicação interprofissional é muito frágil. A pressão da gestão para manutenção do modelo tradicional de saúde é uma situação que atrapalha muito a coordenação do cuidado. Ainda, compartilhar a responsabilidade da coordenação do cuidado, pois a coordenação é da equipe e não é responsabilidade única de um profissional. Considera-se importante potencializar a formação em saúde e despertar a colaboração e os processos de comunicação entre os profissionais. Criar novas formas e metodologias de trabalho que sejam mais atraentes e resolutivas, reinventar nossas metodologias para sensibilizar as mudanças necessárias para avançar na qualidade de vida dos usuários e na satisfação dos profissionais de saúde. A ampliação das equipes mínimas de saúde da família também podem ser estratégias positivas para agregar outras profissões e ampliar o alcance das ações. <i>(Texto coletivo GF2)</i></p>	Resultado positivo do escore na identificação do atributo. Já no cenário do grupo focal, foram identificados desafios que impactam diretamente na efetivação da coordenação do cuidado, como a comunicação frágil entre as equipes; prática centrada em número de atendimentos e cumprimento de metas, comportamentos e práticas pautadas em modelos tradicionais de cuidado, centrado no profissional médico, no trabalho uniprofissional, na concepção de saúde como ausência de doenças, na pouca interação interprofissional em equipe e, na baixa participação e adesão dos usuários nas ofertas de cuidado.

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

## 6 DISCUSSÃO

A coordenação do cuidado parte da representação das ações estrategicamente aplicadas para a continuidade da oferta aos usuários do serviço de saúde, efetiva e integrada. Para que haja essa efetividade são necessários diversos profissionais, modelos de gestão e comportamentos que culminam em um resultado positivo e promissor para o sistema de saúde. A RAS objetiva a prestação do cuidado integral de qualidade, com resolutividade, de forma regionalizada, integrando os diversos pontos de atenção, atendendo as necessidades da população (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015; MENDES et al., 2019).

Segundo Mendes (2019, p. 633), “nos sistemas de atenção à saúde, deve haver um equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta. Quando esse equilíbrio se rompe, o sistema torna-se de baixa efetividade”.

Essa compreensão vem ao encontro de autores que defendem que o modelo ideal de coordenação do cuidado deve ser adaptado de acordo com as necessidades do usuário, o contexto dos sistemas de saúde, com suas diferentes capacidades e formas de organização, exigindo arranjos adequados as necessidades e especificidades, para dar uma solução legítima e válida aos problemas de saúde da população (ALMEIDA et al., 2018b; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A coordenação do cuidado pela APS, necessita de planejamento, uma assistência de forma qualificada, alinhamento de condutas, estabelecimento de comunicação entre os diversos pontos de atenção ao longo do trajeto do usuário na rede. Isso envolve atuar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e em equipe de forma a gerenciar o cuidado integral do usuário e integrá-lo à rede de atenção (ARAÚJO et al., 2023).

Para Ribeiro e Cavalcante (2020), a coordenação se torna efetiva quando os profissionais são qualificados e engajados, que saibam da importância de comunicar e compartilhar informações. Entretanto, fortalecer o trabalho em equipe e o agir comunicativo pode ser uma forma de transformar a prática cotidiana, de um ponto de vista autoritário, fragmentado e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho colaborativo e na comunicação (SANTOS; BRITO, 2021).

Em relação aos dados coletados na pesquisa, o escore do atributo coordenação demonstrou que a performance dos municípios, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, foi significativamente expressiva no viés

positivo da análise, pois o escore atribuído ao conjunto da avaliação foi de 7,66. Este escore se mostrou superior quando comparado aos estudos realizados com profissionais em municípios: do estado de Minas Gerais com escore de 7,28 (MACHADO et al., 2021) e do estado de São Paulo escore de 7,21 (FERREIRA et al., 2022), por outro lado se mostrou inferior ao estudo realizado no município de São José de Ribamar/MA, que obteve um escore geral de 8,15 na perspectiva dos profissionais de saúde (COSTA et al., 2020).

Todavia, os dados colhidos na etapa quantitativa apresentam um cenário significativamente positivo e de desempenho satisfatório para a coordenação do cuidado, mas também é preciso ainda ressaltar as facilidades e dificuldades encontradas para a promoção da coordenação do cuidado na visão dos enfermeiros atuantes nos municípios integrantes da pesquisa.

Para a efetivação da coordenação do cuidado no entendimento dos enfermeiros foram identificados potencialidades, como: necessidade de funcionamento dos serviços e fluxos; estratégias e abordagens diferentes conforme o perfil da população; percepção que o serviço necessita estar articulado, voltado para o indivíduo de forma interprofissional, que a conexão da equipe é fundamental para o cuidado compartilhado, e o acompanhamento do indivíduo ocorre em todo o processo, necessitando um itinerário terapêutico e articulação contínua dos serviços. Outro aspecto que surge nas falas é a figura do enfermeiro como sujeito ativo e protagonista, juntamente com o ACS como um potencializador do processo, desempenhando um papel de responsabilização sobre o processo de cuidado e resolução de demandas.

Todavia, apesar da importância de uma equipe multiprofissional para uma atuação abrangente, nota-se o protagonismo do enfermeiro na coordenação do cuidado, isso porque, um dos motivos se dá pelo primeiro contato, ser com os enfermeiros, pela iniciativa e ações iniciais por parte desses profissionais para o atendimento ao usuário, por possuírem habilidades aguçadas para a compreensão do indivíduo em todas as suas dimensões, buscando criar uma relação efetiva durante a escuta, identificando suas necessidades e expectativas (MILAGRES et al., 2022). Cabral et al. (2020a), consideram que o enfermeiro desempenha um papel crucial nos processos de cuidado, sendo responsável por identificar as necessidades, promover e proteger a saúde da população, em várias dimensões nas RAS.

Os autores Silva et al. (2021), também evidenciaram em sua pesquisa a atuação significativa do enfermeiro para a coordenação do cuidado, logo, seu



protagonismo é evidente pelo papel como articulador do processo organizacional, assim como é o provedor do fortalecimento do vínculo com os usuários.

O ACS aparece com papel de articulador com a comunidade, dando informações sobre o contexto de vida e as especificidades das famílias e território, por fazerem parte da comunidade e realizarem visitas com mais frequência. Neste sentido, o ACS é um sujeito estratégico para reforçar a integração horizontal, pois é o elo que assegura o vínculo do usuário com a equipe, encarregado de informá-la sobre os fluxos formais e informais seguidos pelos sujeitos na procura pela solução dos problemas de saúde, além de ter potencial para a identificação de vulnerabilidades (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

A defesa pela coordenação de cuidado com forte compromisso de ser contínua e integral permite que o usuário possa seguir um itinerário terapêutico flexível e adaptado às suas necessidades. Além disso, o sistema deve acompanhar o percurso do usuário pelos serviços e recursos que ele utilizou, com o objetivo de melhorar a continuidade do cuidado e otimizar tempo e recursos públicos (COSTA; PEREZ; CIOSAK, 2021).

Os desafios identificados impactam, de forma direta, na efetivação da coordenação do cuidado, como a comunicação falha entre as equipes atuantes do trabalho em rede; a falta de informação e o seu impacto nas referências e contrarreferências; sobrecarga de trabalho advindos também do protagonismo dos enfermeiros.

Na literatura, estudos semelhantes apresentaram esta mesma problemática, Nogueira et al. (2021), Silva et al. (2021), Leandro e Monteiro (2017) e Aleluia et al. (2017) buscaram identificar por meio da percepção de profissionais da saúde, em especial, de enfermeiros, para analisar a coordenação do cuidado na APS, em municípios de Minas Gerais; municípios no norte do estado da Bahia; região do Distrito Federal e da realidade do estado baiano, respectivamente. Com isso, os resultados obtidos corroboram os achados dessa pesquisa. Isto posto, foi verificado que há significativo desafio na referência e contrarreferência, sendo que esta fragilidade impacta negativamente na atuação dos enfermeiros, pois dificultam ações de sequenciamento e articulação para o cuidado.

Mendes e Almeida (2020), em uma pesquisa realizada com profissionais da atenção primária, também tiveram como resultados a alta frequência no envio da referência ao especialista, que, por sua vez, a baixa frequência no recebimento da

contrarreferência pela atenção especializada. Para os autores, a ausência ou a demora do retorno da contrarreferência pode atrasar ações de busca ativa em casos que precisam de intervenções mais urgentes e ainda, a frequência de poucas informações sobre exames no formulário também aumenta as chances de duplicação desnecessária, aspectos que a gestão deve levar em conta em processos de formação continuada.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Costa, Guerra e Leite (2022), quando avaliado sobre o atributo coordenação/integração do cuidado, os autores verificaram a dificuldade de comunicação entre os profissionais com outros pontos da rede de atenção. Essa comunicação quase inexistente impacta na continuidade dos serviços e a eficácia da coordenação do cuidado.

Um estudo realizado por Lacerda e Almeida (2023), traz que os profissionais da APS percebem que os médicos dos serviços especializados não valorizam o cuidado longitudinal, e que a práxis na APS é desacreditada. A falta de informatização adequada das unidades de saúde causa perda ou demora nos resultados dos exames, levando a novas solicitações. Além disso, o mesmo problema faz com que a referência, o resumo de alta hospitalar e a contrarreferência sejam feitos pelo usuário. Segundo os autores, a má comunicação entre os profissionais de saúde pode levar a resultados negativos no processo de cuidado, sendo também sugerida a exploração dos benefícios de sistemas de informação para que haja uma efetiva comunicação entre as equipes multiprofissionais da atenção primária, bem como a integração com a atenção especializada.

Dentro do contexto da comunicação, foi motivado pelos participantes a abordagem do prontuário eletrônico como meio de comunicação da rede, trazendo à tona as discussões da interoperabilidade, achado este que coincide com uma pesquisa norte-americana realizada por Chang et al. (2018), demonstrando barreiras no compartilhamento de registros, os quais afetam a coordenação do atendimento, destacando a necessidade crítica de melhorar o fluxo de informações em saúde. Nesta mesma perspectiva, os autores Teixeira e Almeida (2020), também trazem essas dificuldades na integração de prontuários eletrônicos e sistemas médicos, que afetam os cuidados à saúde em todo mundo.

A portaria nº 2.073/2011, regulamenta e define o padrão de interoperabilidade, como compromisso com a troca e compartilhamento de informações de prontuários eletrônicos em diferentes sistemas, tanto no âmbito do SUS como no setor de saúde

suplementar. A ideia é que exista um prontuário único para que as informações de saúde possam ser consultadas por todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011b).

Segundo Mendes (2019), a informação de saúde é diversa, complexa e pouco estruturada, e por isso precisa ser padronizada para facilitar o processo de tomada de decisão clínica. Os prontuários eletrônicos são ferramentas essenciais para essa organização, pois permitem diminuir a complexidade e gerar decisões mais eficazes e eficientes. Além disso, quando os prontuários eletrônicos são integrados em uma rede que envolve os pontos de atenção, os sistemas de diagnóstico e terapêutica e o sistema de assistência farmacêutica, eles se tornam um instrumento poderoso para assegurar a coordenação da atenção à saúde.

A pesquisa atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade, realizada por Ribeiro e Cavalcanti (2020), também traz como desafios o compartilhamento de informações, devido à ausência de um sistema integrado de registro em prontuário entre APS e os demais serviços, impactando na tomada de condutas e decisões, refletindo uma estrutura fragmentada do sistema e uma posição periférica da APS.

Na pesquisa de Aleluia et al. (2017), conforme relatos de profissionais de saúde, em um município no estado da Bahia, também foram encontrados resultados semelhantes. Evidencia-se que os entraves para a referência dos usuários são justificados pela falta de tecnologias telecomunicativas, com informações necessárias para a atuação da equipe de profissionais, bem como mecanismo de auxílio para a comunicação na rede.

Lanzoni et al. (2022), em pesquisa nos municípios de Santa Catarina, evidenciou que os enfermeiros consideram que os sistemas de informação são mecanismos fundamentais para planejamento e avaliação em conjunto de ações da equipe de saúde e, assim, são uma estratégia de coordenação do cuidado. Para efetivá-la, é essencial que o sistema esteja estruturado de maneira integrada, isso significa que a APS precisa ser o núcleo de comunicação, o que, por sua vez, requer uma APS robusta e aprimorada, refletindo em equipes qualificadas e preparadas para realizar a coordenação do cuidado em seus respectivos territórios (ARAÚJO et al., 2023).

Nesta direção, é preciso que haja uma transformação na execução da coordenação do cuidado, pois as informações são mecanismos essenciais para que o usuário possa ter um atendimento integralizado e não fragmentado. É necessário

que a coordenação do cuidado também seja realizada por toda a equipe, através de um trabalho colaborativo e não apenas por um profissional, como no caso dos enfermeiros (BOHUSCH et al., 2021).

Dentro deste contexto, nas falas dos participantes evidenciou-se a sobrecarga de trabalho na enfermagem, achado este que coincide com o estudo de Oliveira e Pedraza (2019), no qual avaliaram o contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na ESF. Os resultados apontaram a sobrecarga, visto que o enfermeiro precisa lidar, não somente com o cuidado da população, mas, sobretudo com a dimensão gerencial, de organização e funcionamento da equipe, e muitas vezes, essas condições influenciam negativamente a satisfação profissional

Os autores Ferreira, Périco e Dias (2018) trazem a sobrecarga de trabalho devido ao acúmulo de várias funções que distanciam o enfermeiro da assistência direta, da realidade e das necessidades de saúde da população, sendo consequências da necessidade de atender às demandas associadas ao funcionamento e organização dos serviços de saúde, e também às metas definidas, acordos e indicadores de saúde. A pressão imposta aos enfermeiros não corresponde muitas vezes às condições que lhes são oferecidas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e ao atendimento da demanda espontânea. Assim, observa-se a experiência de situações conflituosas nas tomadas de decisões, pois reconhecem que alguma atividade terá que ser negligenciada, geralmente suas atribuições específicas, para que outra seja realizada, gerando sentimentos de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho na APS.

Neste sentido, existem estratégias que podem potencializar o processo de trabalho para efetivação da coordenação do cuidado, como a criação de novas formas e metodologias para alcançar a colaboração dos profissionais, por meio dos processos comunicativos. Lacerda e Almeida (2023), recomendam diversos dispositivos, os quais possam estimular a comunicação mútua e melhorar o relacionamento entre os profissionais, fazem parte das “tecnologias leves”<sup>3</sup> e poderiam ser incentivados pela gestão. Estes incluem sessões clínicas compartilhadas, apoio matricial, construção conjunta de um projeto terapêutico singular, consultas compartilhadas entre equipes de núcleo de apoio à saúde da

---

<sup>3</sup> Tecnologia leves são consideradas: escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência de cada indivíduo (MEHRY, 1997).

família e a ESF, grupos de trabalho entre a APS, atendimento especializado e gestão, que podem ser complementados por tecnologias digitais.

Dentro deste contexto, Mehry et al. (2019) traz que é necessário estabelecer ambientes de diálogo e compreensão, analisar o trabalho para entender os impactos nos participantes; é essencial questionar as suposições prévias e criar circunstâncias que promovam a receptividade aos desafios impostos pelas singularidades. De acordo com essa perspectiva, o trabalho na área da saúde, para promover a produção de cuidados, deve ser desenvolvido de forma coletiva e colaborativa, e estar sempre sujeito a questionamentos.

Entretanto, também são identificados profissionais que buscam direcionar sua atuação para o cuidado integral do usuário, não apenas uma atenção fragmentada para a sua área ou especialização, mas o atendimento busca entender as condições do usuário, como um todo. Este trabalho colaborativo, que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde e, que juntos também compartilham o senso de pertencimento à equipe, trabalham de maneira solidária e integrada, reconhecendo o trabalho e o papel de cada profissional (PEDUZZI; AGRELI, 2018; LOPES; CARVALHO, 2022).

Em outro contexto, Ribeiro e Cavalcanti (2020), citam que a formação reducionista de parte dos profissionais é um fator que dificulta a coordenação do cuidado, pois não questiona o processo saúde-doença e não estimula a atuação em rede. Essa formação dificulta o entendimento do sistema de saúde como uma rede de serviços.

Os autores Lima e Lima (2022), trazem a necessidade de uma articulação entre o conhecimento teórico e prático, da equipe multiprofissional, para implementar com o usuário/família, estratégias que busquem o engajamento para o autocuidado, levando sempre em consideração o contexto que o sujeito está inserido. Neste sentido se faz necessário conhecer o perfil dos usuários, através de uma escuta qualificada, observação e interação com o usuário na comunidade, sendo um ponto chave para traçar estratégias de promoção da saúde (LANZONI et al., 2022).

Segundo Machado et al. (2021); Silva e Alves (2019), a divergência de percepções pode acontecer por vários motivos, pelas expectativas de profissionais e usuários, pela valorização de ações curativas, em desvantagem das ações de promoção e prevenção, por exemplo. Em qualquer caso, as divergências indicam a necessidade de rever o processo de trabalho, por parte das equipes, gestão e

usuários. As mudanças nos modelos de cuidado e de gestão estão implicadas na revisão dos processos de trabalhos das equipes e na interlocução com a comunidade a formação profissional na área da saúde.

Diante das evidências científicas apresentadas, fica claro que os obstáculos para a coordenação do cuidado são comuns a diversos pontos do sistema de saúde, assim como a heterogeneidade nas regiões de saúde, tanto nacionais quanto internacionais. Portanto, é necessário um esforço conjunto dos gestores, profissionais de saúde e toda a sociedade para fortalecer a APS como a principal porta de entrada, sendo a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa possibilitou avaliar e compreender a coordenação do cuidado nos municípios da região 20 de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Desse modo, ao analisar o escore, identificou-se que os profissionais compreendem a coordenação do cuidado como dimensão essencial da APS, sendo a integração da rede um elemento necessário, embora tenham sido identificados obstáculos para sua efetivação.

Dentre os desafios encontrados, a fragilidade no fluxo de informações - comunicação, escuta atenta, corresponsabilização interprofissional; a fragilidade no cuidado integral - prontuários com pouca informação; demanda exaustiva; cenários distintos e desconexos; fragilidade no trabalho em redes de forma articulada e compartilhada; preocupação de garantia dos princípios do SUS nas demandas; falta de contrarreferência, gerando interferência no cuidado; sobrecarga do profissional enfermeiro, e por muitas vezes, a ausência de uma equipe multiprofissional para compartilhar a complexidade do cuidado.

Por sua vez, foram identificadas potencialidades para a coordenação do cuidado no entendimento dos enfermeiros, como: necessidade de funcionamento dos serviços e fluxos; estratégias e abordagens diferentes conforme o perfil da população; percepção que o serviço necessita estar articulado, voltado para o indivíduo de forma interprofissional, que a conexão da equipe é fundamental para o cuidado compartilhado, e o acompanhamento do indivíduo ocorre em todo o processo, necessitando um itinerário terapêutico e articulação contínua dos serviços. O

enfermeiro como sujeito ativo, desempenhando um papel de responsabilização sobre o processo de cuidado e resolução de demandas.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos propiciaram um olhar ampliado sobre a temática, pois os resultados dessa abordagem tiveram uma melhor interpretação com as duas fontes de dados, quantificando e compreendendo os achados subjetivos em uma imersão do estudo.

A coordenação do cuidado vai além do atendimento genérico e célere. Esse formato não prioriza as características essenciais da coordenação e, assim, fragiliza o potencial deste atributo para a saúde dos usuários. Isso foi evidenciado nas fragilidades destacadas pelos participantes, com isso pensa-se que a coordenação possa ter um olhar panorâmico sobre os diversos atores do sistema, onde o usuário obtenha um atendimento integral com diversos olhares, diminuindo a sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Neste sentido, o atendimento centrado no modelo tradicional esteve em destaque nas percepções, estas em uma visão burocrática e programática do processo de trabalho, alicerçado no cumprimento de metas retratadas em indicadores de atendimento, com frágil articulação multiprofissional e o uso pontual de metodologias inovadoras e adequadas, impactando em baixa adesão dos usuários nas políticas de promoção e prevenção.

Por fim, compreende-se que a coordenação do cuidado é a representação das ações estrategicamente aplicadas na efetividade da oferta dos serviços de saúde aos usuários dentro da rede. Para que haja essa efetividade, são necessárias equipes multiprofissionais que atuem com interdisciplinaridade, modelos de gestão e comportamentos que culminam em um resultado positivo e promissor para o sistema de saúde.

Como limitação da presente pesquisa tem-se o fato da amplitude do conceito coordenação do cuidado, pode estar envolvido em outros conceitos, conduzindo vieses de compreensão e informação. Abre-se novas e outras oportunidades de investigação, buscando combinações metodológicas que possam contribuir com a produção de conhecimento e avanços nos estudos e nas práticas do tema.

## REFERÊNCIAS

- ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política nacional de atenção básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015 - 2017). **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**, v. 42, n. e180, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018>. Acesso em: 24 set. 2022.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, p. 244-260, set. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 29 set. 2023.
- ARAÚJO, Átila Chagas de et al. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Escola Anna Nery [Internet]**, v. 27, p. e20220330, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>. Acesso em: 29 set. 2023.
- BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista o Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. DOI: 10.15343/0104-7809.2011354438442. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/538>. Acesso em: 16 out. 2022.
- BOHUSCH, Gláucia et al. Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200314, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>. Acesso em: 01 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado, efetivando o SUS acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_11.pdf). Acesso em: 20 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 24 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos Humaniza SUS, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf). Acesso em: 19 jun. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.073, de 31 de agosto de 2011**. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 63, 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073\\_31\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html). Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor AB – Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2023.

CABRAL, Danusa da Silva et al. Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03589, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018048703589>. Acesso em: 25 out. 2023.

CABRAL, Elizabeth Regina de Melo et al. Contributions and challenges of the primary health care across the pandemic COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, n. 87, p. 1–12, 2020b. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>. Acesso em: 20 set. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Fenômenos intervenientes no futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS debate**: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

CHANG, Lawrence et al. "It's really overwhelming": patient perspectives on care coordination. **J Am Board Fam Med**, v. 31, n. 5, p. 682- 690, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.05.180034>. Acesso em: 30 set. 2023.

CHUEIRI, Patricia Sampaio; HARZHEIM, Erno; TAKEDA, Silvia Maristela Pasa. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela atenção primária à saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-18, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363). Acesso em: 25 out. 2023.

CLARK, Vicki L. Plano et al. Conceituando projetos longitudinais de métodos mistos: uma revisão metodológica da pesquisa em ciências da saúde. **Journal of Mixed Methods Research**, n. 9, v. 4, p. 297–319, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689814543563>. Acesso em: 16 jun. 2023.

COSTA, Ana Paula Brandão; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3085, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3085](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085). Acesso em: 28 set. 2023.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; PEREZ, Esperanza I. Ballesteros; CIOSAK, Suely Itsuko. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 30, p. e20200401, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0401>. Acesso em: 28 set. 2023.

COSTA, Mannasses Araujo et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface (Botucatu) [Internet]**, v. 24, p. e190628, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>. Acesso em: 02 nov. 2023.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: método qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, John W; CLARK, Vink L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRESWELL, John. W.; CRESWELL, John David. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. **Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/23448>. Acesso em: 16 out. 2022.

DEBUS, Mary. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington (USA): Academy for Educational Development, 1997.

FERREIRA, Renata Aparecida de Almeida et al. Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. **Interações** (Campo Grande) [Internet], v. 23, n. 2, p. 489-503, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>. Acesso em: 02 nov. 2023.

FREITAS, Carolina Gabriela Mota de Freitas; SILVA, Thaís Carine Lisboa da; GOMES, Neciula de Paula Carneiro Porto. Avaliação da rede de atenção primária do município de Recife – PE sob a ótica de um grupo de usuários. **Revista de Atenção à Saúde**, v.19, n. 67, p. 314-328, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7566>. Acesso em: 25 out. 2023.

GIOVANELLA, Ligia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 16 dez. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política nacional de atenção básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 22 jul. 2022.

GUETTERMAN, Timothy C.; FETTERS, Michael D.; CRESWELL, John W. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. **Annals of Family Medicine** [Internet], v. 13, n. 6, p. 554-561, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1865>. Acesso em: 01 nov. 2023.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública** [internet], v. 20, p. 331-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. Acesso em: 29 set 2023.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(29)829. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>. Acesso em: 8 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [Portal do] IBGE. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 28 jun. 2023.

KEMPER, Elisandrea Sguario; MOLINA, Joaquín; VIVAS, Gabriel. O Programa mais médicos e a sua contribuição para a universalização da saúde. *In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: Distrito Federal, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 25 set. 2022.

LACERDA, Raphaela Silva Tavares; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220665, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220665>. Acesso em: 28 set. 2023.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et al. Coordenação do cuidado: uma análise na perspectiva do enfermeiro da atenção básica. *Index de Enfermería* [online], v. 31, n. 2, p. 82-86, jun. 2022. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962022000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000200007&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 28 set. 2023.

LEANDRO, Suderlan Sabino; MONTEIRO, Pedro Sadi. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. *Enfermagem em Foco*, v. 8, n. 3, p. 65-69, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1097>. Acesso em: 28 set. 2023.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, Eliana Kesia da Silva; LIMA, Maria Raquel da Silva. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus em pacientes da atenção primária à saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 26, n. 3, p. 643-656, set./dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8791>. Acesso em: 30 set. 2023.

LOPES, Wellington Pereira; CARVALHO, Brigida Gimenez. Práticas colaborativas em unidades básicas de saúde e o papel da gerência. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 10, n. 2, p. 154-169, abr./jun. 2022. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/index>. Acesso em: 11 set. 2023.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista et al. Avaliação de atributos da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet], v. 34, p. eAPE00973, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>. Acesso em: 10 set. 2023.

MCDONALD, Kathryn et al. *Care coordination measures atlas*. AHRQ Pub: Agency for Healthcare Research and Quality. 2014. Disponível em: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm\\_atlas.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf). Acesso em 25 jun. 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHNRPTcBb7Yy/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/UpC8af>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, Livia dos Santos; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms?. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 121, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002475>. Acesso em 15 set. 2023.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 16 de dez. 2023.

MILAGRES, Gabriele Zawacki et al. Nurses' performance in welcome to spontaneous demand in Family Health Strategy. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p.e14511225689, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25689>. Acesso em: 30 set. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOGUEIRA, Thamiris Carolina Passos et al. Saúde da família e coordenação do cuidado: avaliação de trabalhadores do sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n. 2, p.12093-12107, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-029>. Acesso em: 13 set. 2023.

OLIVEIRA, Maria Mônica de; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família.

**Saúde debate** [Internet], v. 43, n. 122, p. 765-779, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912209>. Acesso em: 11 set. 2023.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 111.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. *In:* CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde.** Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 11 set. 2023.

RIBEIRO, Sábiny Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Primary health care and coordination of care: device to increase access and improve quality. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 10 set 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023.** Organização Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Departamento de economia e estatística.** Site oficial da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/pib-anual>. Acesso em: 09 nov. 2023.

SANTOS, Jaqueline Rocha Borges dos; BRITO, Luciana Macedo. Interprofissionalidade na atenção primária à saúde. *In:* FURTADO, Jose Henrique de Lacerda; QUEIROZ, Caio Ramon; ANDRES, Silvana Carloto. **Atenção primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo.** Campina Grande: Editora Amplla, 2021, p. 356.

SILVA, George Sobrinho; ALVES, Claudia Regina Lindgren. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cadernos Saúde Pública**, v. 35, n. 2, e00095418, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>. Acesso em: 10 set. 2023.

SILVA, Camila Tahis dos Santos et al. Desafios para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769246850>. Acesso em: 10 set. 2023.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 19 jun. de 2022.

TEIXEIRA, Livia Marangon Duffles; ALMEIDA, Maurício Barcellos. Composicionalidade e sobreposição em terminologias biomédicas: alternativas para interoperabilidade em saúde. **Em Questão**, v. 26, n. 3, p. 196-223, set./dez. 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.19132/1808-5245263>. Acesso em: 30 set 2023.

## ANEXOS

## ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



## ANEXO B - CÁLCULO DO ESCORE – PCATOOL

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

### **4.4 Cálculo dos Escores – PCATool versão Profissionais**

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

#### **1º Passo Inversão dos Valores**

O item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item devem ter seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

#### **2º Passo:**

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

## ANEXO C - ROTEIRO DOS ENCONTROS DO GRUPO FOCAL

1º Momento: Acolhida e apresentação da proposta do projeto de pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2º Momento: Explicação sobre o grupo focal na pesquisa.

3º Momento: Discussão coletiva sobre as questões norteadoras.

4º Momento: Apresentação da síntese final das discussões no grupo, após solicitado aos participantes se julgassem necessário alguma alteração nas colocações.

5º Momento: Aprovação do texto síntese.

6º Momento: Fechamento e agradecimento.

Questões norteadoras:

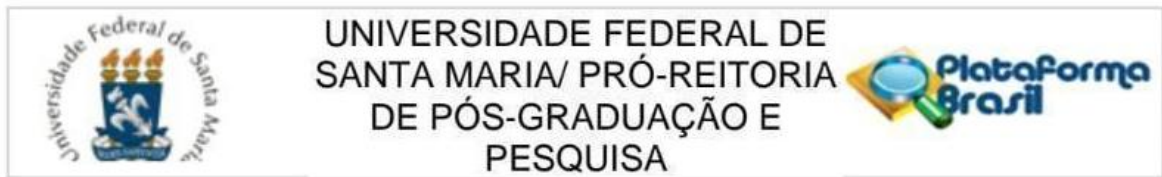
- Primeiro encontro:

Como vocês compreendem a coordenação do cuidado e ela é realizada no seu cotidiano - fluxo do usuário na rede/ referência e contrarreferência, papéis, responsabilidades dos profissionais de saúde, contribuição da equipe?

- Segundo encontro:

Quais são os desafios na coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde? Quais são as potencialidades da coordenação do cuidado dentro do processo de trabalho? Como os desafios e as potencialidades impactam na vida/saúde dos usuários dos serviços de saúde?

## ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE, GESTÃO E PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO e OLHARES E INTERVENÇÕES INTERPROFISSIONAIS.

**Pesquisador:** Isabel Cristina dos Santos Colomé

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43093320.0.0000.5346

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

#### DADOS DO PARECER

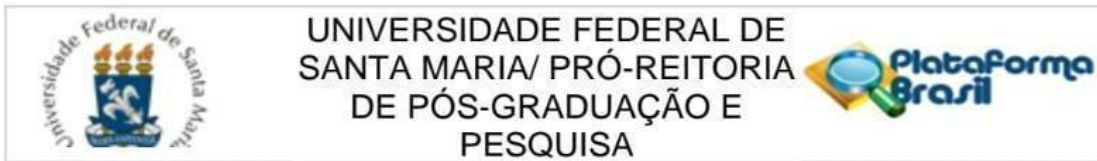
**Número do Parecer:** 4.594.476

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de método misto. Serão participantes da pesquisa profissionais de saúde que atuam na rede de atenção primária nos municípios da CRS. A geração dos dados quantitativos utilizará o instrumento de avaliação da atenção primária proposto por Starfield (2002). A fase qualitativa inicia-se a partir da análise dos dados da primeira etapa, quando será utilizada a técnica de Grupo Focal. Os dados quantitativos serão submetidos à análise estatística. Para interpretação dos dados qualitativos será utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Os preceitos éticos e legais da pesquisa serão respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Estudo transversal, que a partir da vinculação entre dados quantitativos e qualitativos, configura-se de método misto na busca por promover o entendimento sobre o fenômeno. Os dados serão combinados e associados estando interligados pela fase quantitativa e qualitativa de forma que produzam informação que se fundam, que se apoiem e que se fidelizem. Serão abordados os 26 municípios que compõe a 15ª CRS. Os participantes do estudo serão profissionais de saúde que atuam na atenção primária nos municípios da 15ª CRS. Na primeira fase (QUAN) será utilizado o PCATool-Brasil Versão Profissionais, serão participantes desta pesquisa os profissionais de saúde lotados nos serviços de saúde que integram a atenção primária do SUS pertencentes ao território

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.594.476

do estudo. Para segunda fase (qual), a partir dos escores do instrumento serão selecionados os municípios que apresentarem maior e menor escore diante dos atributos essenciais e derivados para compor o Grupo Focal (GF).

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário: analisar e avaliar as estratégias e ações implementadas pelos programas de humanização nos 26 municípios pertencentes à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com o propósito de qualificar os atributos da rede de atenção primária em saúde pelo olhar da interprofissionalidade, com foco nos cenários e grupos vulneráveis.

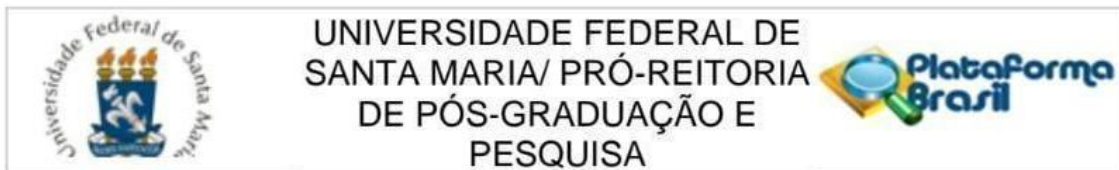
**Secundários:**

- Identificar o escore geral dos atributos dos municípios integrantes do estudo;
- Identificar e discutir o atributo essencial acesso de primeiro contato com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo essencial coordenação da atenção à saúde com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo essencial longitudinalidade na assistência à saúde com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo essencial integralidade à saúde com a equipe de saúde;Correlacionar os atributos essenciais de maior e menor escore entre os municípios do estudo;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação familiar com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação comunitária com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo derivado competência cultura com a equipe de saúde;Conhecer a partir dos escores dos atributos o modelo de gestão da prática dos programas de humanização na rede de atenção à saúde;
- Validar pautas educativas para agenda de educação permanente locoregional, com base na política nacional de humanização;
- Criar e desenvolver uma plataforma digital para educação permanente dos profissionais de saúde com base na política nacional de humanização.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: a pesquisa não representará riscos potenciais ou reais à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes, em qualquer fase. No entanto, poderá causar algum desconforto, em caso de desconhecimento do assunto ou algo que seja despertado por ele. Caso isso aconteça, a qualquer instante, o indivíduo poderá interromper a sua participação na mesma.

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.594.476

Benefícios: entre os benefícios do estudo tem-se:- a reorganização dos programas e políticas de humanização no território, a partir dos desenvolvimento e/ou aprimoramento de programas concernentes com as características e perfil de cada município.

- o fomento de estratégias individualizadas por cenários e grupos populacionais, construindo possibilidades de incorporação e implementação de programas de humanização, a partir de um modelo de gestão com maior eficiência e efetividade nas ações.

- a consolidação das estratégias e ações humanizadoras a partir da formação interprofissional, geradoras de mudanças sociais loco-regional em curto e médio prazo; e aumento da qualidade e eficiência interprofissional a partir do processo de educação permanente por meio da plataforma digital com base na Política Nacional de Humanização.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

..

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

Os termos estão bem apresentados, claros e legíveis e de fácil entendimento.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

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

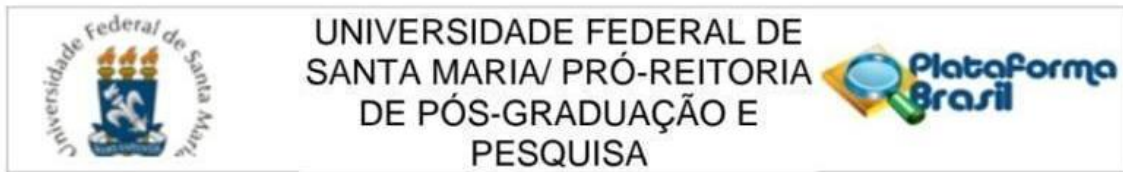
..

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1645725.pdf	10/02/2021 14:47:55		Aceito
Outros	gap.pdf	10/02/2021 14:46:29	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	10/02/2021	Isabel Cristina dos	Aceito

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.594.476

Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	14:43:39	Santos Colomé	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	10/02/2021 14:42:52	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/02/2021 14:41:29	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/02/2021 14:40:37	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/10/2020 08:01:35	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 16 de Março de 2021

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com