



Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família

Work process for coordination of care in the Family Health Strategy

Proceso de trabajo para la coordinación de la atención en la Estrategia de Salud de la Familia

Átila Chagas de Araújo^{1,2}

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira²

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior^{3,4}

Antonio Germane Alves Pinto⁵

Kerma Márcia de Freitas^{2,6}

Camila Lima Ribeiro^{2,7}

1. Universidade de Fortaleza, Instituto de Educação Superior Raimundo Sá. Fortaleza, CE, Brasil.
2. Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.
3. Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.
4. Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.
5. Universidade Regional do Cariri, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Crato, CE, Brasil.
6. Centro Universitário Vale do Salgado, Departamento de Enfermagem. Icó, CE, Brasil.
7. Universidade Federal do Ceará, Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente:

Camila Lima Ribeiro.

E-mail: camila_lima_ribeiro@hotmail.com

Recebido em 13/09/2022.

Aprovado em 20/01/2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender o processo de trabalho de equipes da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado, ressaltando fatores intervenientes a essa coordenação. **Método:** Pesquisa com abordagem qualitativa, ancorada nos atributos da coordenação do cuidado, realizada com 18 profissionais da atenção e gestão, entre janeiro e março de 2020. **Resultados:** Emergiram três temas finais: “Plano de cuidados”, “Alinhamento de condutas” e “Comunicação dialógica nos distintos níveis de atenção”. O padrão de respostas aponta a fragmentação da assistência e fragiliza os mecanismos de coordenação. A exposição de fatores restritivos relativos ao nível meso e macro organizacional do sistema municipal de saúde reverbera na capacidade das equipes de coordenar o cuidado ao usuário. **Conclusão e implicações para a prática:** A coordenação do cuidado enfrenta obstáculos relacionados ao processo de trabalho das equipes e questões estruturais na organização da rede de saúde. As contribuições transcendem a atenção e gestão, alcançam o ensino, pesquisa e extensão na formação profissional. A educação permanente possibilita reorientações para garantir o fluxo dos usuários na rede de atenção e propiciar atenção integral à população.

Palavras-chaves: Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the work process of Family Health Strategy teams in the coordination of care, highlighting factors involved in this coordination. **Method:** Qualitative study based on the attributes of care coordination, carried out with 18 care and management professionals between January and March 2020. **Results:** Three final themes emerged: “Care plan”; “Standardization of practices”; and “Dialogical communication at different levels of care”. The pattern of responses points to the fragmentation of care and weakens coordination mechanisms. The exposure of restrictive factors related to the meso- and macro-organizational levels of the municipal health system reverberates in the ability of teams to coordinate care. **Conclusion and implications for practice:** The coordination of care faces obstacles related to the work process of teams and structural issues in the organization of the health network. The contributions go beyond care and management, reaching education, research, and extension in professional training. Permanent education enables reorientations to guarantee the flow of users in the care network and provide comprehensive care to the population.

Keywords: Delivery of Health Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Management; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el proceso de trabajo de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia en la coordinación de la atención, destacando los factores involucrados en esa coordinación. **Método:** Investigación con abordaje cualitativo, anclada en los atributos de la coordinación de la atención, realizada con 18 profesionales asistenciales y gestores, entre enero y marzo de 2020. **Resultados:** Surgieron tres temas finales: “Plan de cuidados”; “Alineación de conductas”; y “Comunicación dialógica en los diferentes niveles de atención”. El patrón de respuestas apunta a la fragmentación de la asistencia y debilita los mecanismos de coordinación. La exposición de factores restrictivos relacionados con el nivel meso y macro organizacional del sistema de salud municipal repercute en la capacidad de los equipos para coordinar la atención al usuario. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** La coordinación del cuidado enfrenta obstáculos relacionados con el proceso de trabajo de los equipos y cuestiones estructurales en la organización de la red de salud. Los aportes van más allá de la atención y la gestión, alcanzan la docencia, la investigación y la extensión en la formación profesional. La educación permanente posibilita reorientaciones para garantizar el flujo de usuarios en la red de atención y brindar atención integral a la población.

Palabras-clave: Atención a la Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Manejo de la Salud; Sistema único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida pela oferta de ações que repercutem em melhorias para a saúde brasileira ao expandir, qualificar e consolidar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Preconizada como o acesso preferencial para o Sistema Único de Saúde,^{1,2} por meio de sua capilaridade nos territórios com suas dinâmicas e vulnerabilidades,³ esse modelo de atenção mostra-se potente para acolher as necessidades do usuário e aprimorar indicadores de saúde.⁴

O aprimoramento do processo de trabalho como ferramenta potente para se efetivar a clínica ampliada na realização das condutas^{4,5} perpassa a construção de um cuidado interdisciplinar, compartilhado, que desenha e redesenha um projeto terapêutico singular integrado ao contexto familiar e apoio social do usuário, extrapolando a visão orgânica da clínica individual.⁶

Dessa forma, durante a execução das atividades, é necessário realizar avaliação diagnóstica dos usuários, identificar necessidades e demandas assistenciais, detectar populações mais susceptíveis ao cuidado fragmentado e determinar prováveis desafios da gestão do cuidado.^{7,8}

Inerente à clínica antecipada do cuidado,^{9,10} a importância da padronização de condutas, do uso de protocolos clínicos e de diretrizes baseadas em evidência é reconhecida. Essas medidas teriam como objetivo alinhar os processos de trabalho, identificar e estratificar riscos, conhecer os serviços mais utilizados e avaliar o desempenho das ações, aprimorando o fluxo para os usuários da APS que necessitam de assistência na atenção secundária e terciária.¹¹⁻¹³

No âmbito internacional, estudos identificaram lacunas no planejamento entre os níveis assistenciais, contribuindo para duplicar provas diagnósticas, utilizar inadequadamente os serviços de referência e descontinuar a atenção de usuários no fluxo da rede, o que compromete a qualidade da atenção.^{14,15} Acrescentam ainda que os elementos necessários para que haja a planificação singular à saúde dependem da conexão entre esses serviços, mediante transferência de informação e planos unificados de atenção aos usuários, sincronizados com as interfaces de cuidados.¹⁶

Ao analisar esse processo de trabalho, identifica-se uma realidade complexa quanto à estrutura e os processos que potencializam planejar, organizar e executar condutas padronizadas e coerentes com os pilares do SUS.⁸ Além disso, é mister refletir sobre desafios estruturais que perduram nos serviços de saúde há três décadas e transpor barreiras para efetivar o acesso da população à saúde universal.¹⁷

A APS está imersa em um cenário complexo: desigualdades sociais, aumento de internações por causas sensíveis a uma APS organizada e resolutiva, agudização das condições crônicas, falta de estímulo à formação, reconhecimento e implantação de planos de cargos e salários dos profissionais, escassez de recursos para implementar tecnologias inovadoras para desenvolver práticas clínicas e os poucos recursos financeiros. Tais fatores desarticulam o papel da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado.

No entanto, o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família deve evidenciar elementos constituintes relacionados à coordenação. A literatura destaca o planejamento da assistência singular,^{10,18} alinhamento de condutas,^{9,10} o referenciamento e contrarreferência,^{9,19} diálogo entre os pontos de atenção entre profissionais de distintos níveis de atenção e, entre estes, com usuários e familiares,^{20,21} e, por fim, o monitoramento dos usuários.^{9,20,22} Nessa linha de raciocínio, este estudo indaga de que modo os profissionais da ESF, em município de pequeno porte no nordeste brasileiro, realiza o processo de trabalho assumindo a ESF como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dentre os elementos listados na literatura e acima mencionados, este estudo centra-se em (1) plano de cuidados, (2) alinhamento de condutas e (3) comunicação dialógica nos distintos níveis de atenção. Desse modo, o estudo propõe compreender o processo de trabalho de equipes da ESF na coordenação do cuidado, ressaltando fatores intervenientes a essa coordenação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em oito serviços de saúde de nível primário, da rede municipal de saúde de Picos/PI, no período de janeiro e março de 2020. Participaram do estudo oito enfermeiros, oito médicos e dois representantes da gestão de Equipes de Saúde da Família.

A escolha do local de pesquisa ocorreu devido à inserção do município de Picos no Território de Desenvolvimento Vale do Rio Guaribas, no estado do Piauí, cuja organização reporta-se a unidade de planejamento governamental, com o intuito de favorecer a sustentabilidade, mitigar as iniquidades sociais e possibilitar qualidade de vida aos seus habitantes. Intenta democratizar e regionalizar ações programáticas e orçamentárias.²³

Os critérios de inclusão foram: compor equipe de saúde da família ou da gestão em saúde e exercer as atividades profissionais no município ou equipe há, pelo menos, seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados das atividades laborais no período da coleta de dados por motivos como férias e licença, dentre outras razões.

Para a produção dos dados, utilizou-se entrevista semiestruturada composta por vinte e nove perguntas abertas com elementos norteadores da coordenação do cuidado: planejamento da assistência singular, alinhamento de condutas e diálogo entre os pontos de atenção.

A identificação e indicação dos participantes ocorreu pela técnica *snowball* (Bola de neve) mediante a rede de contato entre os pares,²⁴ enfatizando o tempo de serviço e a aceitação para participarem do estudo. Utilizaram-se os critérios de inclusão, organização de agenda de entrevistas, com dia e horário favoráveis e sugeridos por cada participante. Realizou-se a coleta nos serviços de saúde analisados, em sala reservada e atendendo à sugestão dos profissionais. As entrevistas foram gravadas, após consentimento, com duração média de 25 minutos.

Após a transcrição na íntegra, realizou-se leitura e releitura fluente de cada entrevista e procedeu-se à organização do

material empírico. Em seguida, empreendeu-se a análise de conteúdo na modalidade temática, guiando-se pelas etapas de identificação, codificação e interpretação, extraindo os núcleos de sentido. Posteriormente, reagruparam-se, buscando temáticas mais abrangentes e mais bem delimitadas para a identificação dos papéis profissionais no processo de trabalho das equipes da ESF no desenvolvimento da coordenação do cuidado. Para a representação das falas dos entrevistados, utilizou-se a letra inicial da categoria profissional seguida do número da entrevista.

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466/2012,²⁵ do Conselho Nacional de Saúde e complementaridades, que descreve os padrões éticos e morais de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo os direitos do participante e os deveres da pesquisa referentes à comunidade científica. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob o parecer de nº. 3.773.604, em 16 de dezembro de 2019.

RESULTADOS

Participaram do estudo oito enfermeiros, oito médicos e dois representantes da gestão de Equipes de Saúde da Família. Estes exerciam atividades profissionais no município ou na equipe havia pelos menos seis meses. As enfermeiras eram todas do sexo feminino, com média de idade entre 30 e 40 anos e com especialização em saúde da família. Em relação aos médicos, três eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com média de idade entre 28 e 35 anos. Desses, três eram integrantes do Programa Mais Médicos e os demais possuíam especialidades em clínica geral, ginecologia e cardiologia. Os profissionais do apoio técnico-institucional foram uma nutricionista, mestre em saúde coletiva, 33 anos, e uma graduada e mestre em enfermagem, sexo feminino, 35 anos.

A análise dos dados resultou em três categorias temáticas: (1) plano de cuidados; (2) padronização de condutas; (3) comunicação entre os pontos de atenção.

Plano de cuidados

Nas falas dos profissionais das equipes, sobretudo os da categoria médica, foi recorrente a afirmação de que não há planejamento em equipe para discutir e construir um plano terapêutico individual compartilhado. Os relatos mais contundentes indicavam que as decisões tomadas pelos participantes sobre as condutas instituídas decorrem das situações vivenciadas no cotidiano de trabalho, o que se demonstra em condutas sem planejamento acontecendo de forma instantânea e direta. As verbalizações que seguem atestam a descrição:

[...] não é uma rotina nossa construir um plano individual terapêutico... A gente faz discussão de caso, mas construir o plano com todos os dados, não; só de forma não oficial. (E1).

Direta. Às vezes vai aqui, entra na sala, né!... É direta... às vezes saio daqui, vou lá e conversa com ela sobre o paciente. (M7).

Todos os participantes da pesquisa declararam que as equipes realizam reuniões de planejamento administrativo para organizar as agendas de trabalho durante a semana ou mês, normalmente coordenada pelo(a) enfermeiro(a) da equipe. Nessas reuniões, os profissionais aproveitam a oportunidade para discutir algum caso situacional de usuários; porém, não se trata de uma reunião específica para traçar um plano singular terapêutico:

A gente tem a reunião mensal do mês pra discutir os planos do posto e o calendário, não nos reunimos para discutir sobre um paciente em si. (M5).

Fazem reunião para organizar a agenda do mês... O que vão atender, se vão fazer alguma atividade de promoção de saúde na comunidade, enfim, estas questões [...] (G2).

Destaca-se a unanimidade dos respondentes ao informar que a participação dos médicos nessas reuniões organizacionais é mínima. Para a E7, a ausência de qualquer profissional da equipe nas reuniões, mesmo que as pautas de algumas reuniões estejam mais direcionadas para as discussões administrativas e desafios do processo de trabalho dentro da UBS, demonstra um desempenho fracionado em equipe, refletindo na qualidade das decisões terapêuticas dos usuários. Eis as falas que asseveram essa compreensão:

[...] então a gente sente essa dificuldade na nossa prática por alguns profissionais, como o médico, que pouco participa. Eu acredito que a enfermagem, ela é mais aberta pra essa questão de fazer projetos terapêuticos singulares (E6).

[...] quando alguns profissionais não participam nas reuniões, nas discussões, não ajuda no planejamento, demonstra um desempenho quebrado da equipe, e que pode refletir na qualidade das decisões na prática. (E7).

Ao se reportarem sobre o agendamento de consultas básicas na unidade de saúde, observa-se um consenso de informações entre os profissionais e os gestores da Estratégia Saúde da Família. Nas exposições de suas falas, referem que as agendas das enfermeiras sempre são em dias fixos semanais, de acordo com o tipo de programa de saúde, ou seja, tem-se a agenda estabelecida para as consultas do pré-natal, o atendimento dos usuários diabéticos/hipertensos, o grupo de crianças que fará o acompanhamento na puericultura, dentre outros.

Em contraponto, essa estratégia de fixação da agenda de acordo com os programas estabelecidos não se aplica aos profissionais médicos, cuja demanda dá-se na modalidade espontânea, com quantidade média de vinte vagas pré-definidas por turno

e sempre reservando três vagas para possíveis demandas de urgências ou emergências, como apontam os relatos a seguir:

[...] tem o cronograma com o dia de cada programa, mas se aparecer outro usuário eu não vou voltar o paciente. Segunda: pré-natal; terça: espontânea; quarta: puericultura; quinta: preventivos; e sexta: manhã- hiperdia; tarde: visita domiciliar. (E3).

As agendas são, na verdade, a gente não tem determinado um dia específico pra criança, gestante... A enfermagem consegue fazer isso; tem dia é pré-natal, tem dia de puericultura, aqui a gente trabalha com demanda espontânea. (M3).

Outro aspecto apontado pelos participantes diz respeito a algumas assimetrias entre o processo de trabalho do profissional médico de equipes com médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e aquelas equipes com médicos que não são do programa.

A fala de E1 revela a importância do médico do PMMB, considerando que esse profissional detém uma carga horária de 40 horas semanais, facilitando o acesso aos usuários e a resolutividade dentro das UBS. M4 acrescenta que os profissionais do PMMB realizam, rigorosamente, o curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pelo Ministério da Saúde, e essa condicionalidade amplia conhecimento sobre atuação do médico dentro da atenção primária à saúde.

Como o médico é do programa Mais Médicos, ele atende todo dia manhã e tarde, aí fica melhor pra gente resolver os pepinos no dia a dia (E1).

[...] o programa Mais Médicos, ele quer nos especializar; a gente é obrigada a fazer especialização em saúde da família e isso faz a gente aprender mais... Eles querem que a gente faça residência dentro do programa... (M4).

Evidenciou-se que o gerenciamento das cotas pela central de regulação não se baseia explicitamente em critérios epidemiológicos, de necessidades e de estratificação de risco, bem como não são discutidos e compartilhados com os profissionais da ESF. Essa desorganização interfere no planejamento do processo de trabalho das equipes, visto que os profissionais não possuem uma previsibilidade do número de encaminhamentos que poderão ser realizados no mês seguinte. Isso é evidenciado da seguinte forma:

(...) quem sabe se fizesse uma reunião com a gente pra saber a real necessidade que precisamos por mês ou sentar pra gente organizar isso, definir um fluxo, quem sabe poderia melhorar, não sei. (M6).

(...) porque geralmente as quantidades de vagas são destinadas por uma Programação Pactuada Integrada (PPI) onde ela destina para cada município uma quantidade

mensal de acordo o número de habitantes... E não dá para avaliar a necessidade de cada equipe, porque eles precisam de muito. (G2).

Padronização de condutas

Ficou perceptível no decorrer das entrevistas que os profissionais das equipes da ESF não possuíam critérios definidos ou instrumentos para realizarem a estratificação de riscos e de vulnerabilidades, definindo com segurança os fluxos e os pacientes prioritários para as práticas assistenciais na APS, assim como para o encaminhamento dos serviços de referência:

[...] aqui não tem nenhum protocolo não, o protocolo que a gente vê são da sociedade brasileira de cada especialidade, entendeu, mas aqui tipo protocolo firmado pelo município que eu conheço, não. (M1).

Não, de acordo com a necessidade, que aí a gente vê durante a consulta, a gente encaminha. Não. Mas é da gente, nós médicos; mas questão de protocolo aí seria da equipe da gestão, né! (M7).

Existe um registro por parte dos profissionais das equipes sobre o protocolo de classificação de risco da gestante, executado, em sua grande maioria, pelos enfermeiros das equipes. Estes relatam que não há qualquer tipo de contestação a respeito do protocolo e o consideram aplicável. As descrições dos participantes são expressas da seguinte maneira:

Esse da gestante ajuda muito na hora de encaminhar a gestante. Creio que não tem questionamento. Mas deveria haver para os outros serviços e especialidades. (E3).

[...] aqui tem, tipo tem as diretrizes tipo em relação à gravidez de alto risco aqui tem né! Tipo, menor de 15 anos e maior que trinta e cinco anos. Aí, aqui, baixa renda, eles têm uma classificação de risco que a gente faz e referencia pra CLISAM. (M2).

Há menção a protocolos específicos para os profissionais de enfermagem, como exigência do conselho de classe, que estão, reconhecidamente, desatualizados e cuja utilização não foi referida por nenhuma das equipes. Também se observou que todos reconhecem a existência dos protocolos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) e admitem sua importância; no entanto, não os manuseiam e não os tem disponíveis nas UBS. O gestor confessa sua inexistência, mas não demonstra um plano para implementar os protocolos clínicos e fluxogramas.

Existe um protocolo disponibilizado pela secretaria de saúde que nos direciona para fazer os encaminhamentos corretos. Foi até uma exigência do COREN. Tem os protocolos do ministério da saúde, mas o ideal era que fosse um próprio do município, com nossa realidade. (E1).

Não temos realmente um protocolo próprio que oriente as referências. É uma falha. (G2).

Foi possível verificar, nas falas dos profissionais, que não há uma padronização de condutas terapêuticas, exatamente porque não há, na rede de saúde municipal, um fluxograma que direcione as práticas de referenciamento para os serviços e especialidades almejadas. Essa ausência na uniformização de fluxos tem gerado nos profissionais, sobretudo nos médicos, insegurança nas tomadas de decisões. M6 afirma que essas práticas desarmonizadas ampliam possibilidades de distorção de condutas, como é evidenciado nas falas a seguir:

[...] os fluxogramas de atendimento, eles são bem indutivos; até um alguém leigo, ele consegue entender mais ou menos, como é a sequência, ele vai e dá pra saber o que tá se fazendo com ele, tá certo, mas aqui não tem. (M5).

Às vezes a gente fica com certo receio, uma certa insegurança, como não tem o fluxo padrão a gente pode até encaminhar errado, pode dar uma duplicidade de conduta, sei lá, é sem padrão. (M6).

Diálogo entre os pontos de atenção

Tornou-se recorrente a inexistência de comunicação ou discussão de casos entre os profissionais da RAS para intermediar e viabilizar o fluxo de informações sobre os usuários entre as equipes da ESF e entre estas e os níveis secundário e terciário. Os apontamentos respaldam-se nas declarações a seguir:

Não, porque não temos esse acesso. Nunca tivemos contato nenhum dos profissionais especialistas. Também nunca tivemos informação vinda da atenção especializada, nunca nos procurou. (E1).

Não existe discussão de caso aqui. O máximo que fazemos é quando a enfermeira tem dúvida sobre algo, ela vem aqui e fala comigo. (M6).

Ficou constatado, no decorrer das entrevistas, que todas as informações sobre qualquer conduta realizada na atenção especializada são conhecidas por meio do próprio paciente, porque não há qualquer tipo de diálogo entre os profissionais dos distintos pontos de atenção. M2 pondera que essa informação vinda do usuário é um pouco distorcida e incompleta.

[...] ele [paciente] não sabe dizer nada! Então, a gente fica no vazio. Ele foi, mas não sei qual o plano de cuidados do especialista, não sei se passou alguma medicação, porque não trazem a receita. A maioria não sabe nem ler. Aí, se não trouxer a receita, não vamos ter uma informação precisa; vem pela metade, distorcida. (M2).

As explicações apresentadas para descrever as falhas na comunicação têm sido determinadas pela ausência de um fluxograma padronizado por especialidade, não adesão e falta de dedicação profissional, alta demanda e principalmente pela inexistência de um sistema informatizado e integrado entre os diferentes pontos de atenção, que, conforme M3, seria a solução. As percepções sobre as “falhas na comunicação” são apresentadas nos seguintes relatos:

Eu acho que só vai ser resolvido quando realmente a gente tiver um sistema de informação dentro da rede que converse entre si, a atenção primária com atenção especializada, onde poderíamos ter acesso às informações de forma informatizada e em tempo hábil, e hoje em dia não existe isso. (M3).

Na verdade, eu acho que falta é compromisso, alguma forma de dedicação deles, mas também tem a correria, a quantidade de gente e tudo, porque a demanda também é grande de pacientes. (M5).

A gestão reconhece que existem falhas nessa aproximação entre os níveis de atenção, confessando a inexistência de um fluxo processual que facilite a padronização dessa comunicação; no entanto, não refere em nenhum momento alguma proposta de institucionalização organizacional para estreitar a comunicação entre profissionais e serviços nos distintos pontos de atenção da rede.

Não tem essa comunicação, na realidade; é uma falha e é algo a ser trabalhado. Se houver vai ser porque esses profissionais se conhecem e podem trocar alguma informação através de ligação ou mensagens de WhatsApp. (G1).

DISCUSSÃO

Mudanças nas condições de vida e saúde da população exigiram mudanças na arquitetura dos sistemas e serviços de saúde de modo a melhorar a eficiência e reduzir a fragmentação do cuidado em saúde. Nesse contexto, espera-se que a ESF se responsabilize pelo seu papel organizador na rede de atenção à saúde, assumindo o protagonismo como centro de comunicação numa RAS integrada. Ser o centro de comunicação implica cumprir os papéis essenciais de resolutividade, sistematização dos fluxos e responsabilização pelos usuários.^{12,16}

Para isso, estudo assevera²⁶ que é preciso utilizar mecanismos que fortaleçam a APS, assegurem a capacidade de coordenar e organizar o sistema de saúde, responder às demandas de saúde da população e contribuir na reorientação do modelo de atenção em pauta. Por conseguinte, já se aponta²¹ a ESF com essa propriedade, em decorrência de suas potencialidades e por basear-se nos princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, destacando-se como principal elemento

da agenda política para a organização dos serviços e ações de atenção primária resolutive no Brasil.

Embora o ato de coordenar o cuidado tenha sido objeto cada vez mais frequente de pesquisas avaliativas, estudos no âmbito internacional e nacional evidenciaram a persistência de uma série de dificuldades para sua operacionalização.^{16,22,27,28}

As três dimensões analisadas apontam limites que comprometem a coordenação do cuidado pela ESF no município estudado.^{9,10,18-20,22} Esses estudos reafirmam que a coordenação pela APS depende de planejamento qualificado da assistência, alinhamento uniforme de condutas e um diálogo entre os diferentes pontos de atenção durante o percurso do usuário na rede.

No caso estudado nesta pesquisa, a ESF como ordenadora da APS depara-se com uma série de padrões de respostas que acentuam a fragmentação da assistência e fragilizam os mecanismos de coordenação, além da exposição de fatores restritivos relativos ao nível meso e macro organizacional do sistema municipal de saúde. Estes interferem sobremaneira na capacidade das equipes de coordenar o cuidado ao usuário.

As dificuldades apontadas no planejamento assistencial evidenciaram a necessidade de se instituir práticas de cuidado pautadas no compartilhamento de responsabilidades tanto dos profissionais quanto destes com os usuários, bem como o estabelecimento de critérios para estratificação de riscos, com vistas a garantir maior racionalidade nas solicitações de exames, procedimentos e encaminhamentos, evitando, assim, a duplicação de meios e conflitos de responsabilidades entre os serviços que compõem a rede de atenção.

A produção organizacional⁸ do cuidado nos serviços de saúde é marcada pela divisão técnica e social do trabalho, que aponta novos elementos e assume a centralidade na organização do processo de trabalho. Para tanto, a equipe precisa ter uma organização processual de trabalho que favoreça a interação entre os diversos profissionais implicados no cuidado.

Sendo assim, o trabalho articulado em equipe entre os diferentes prestadores do cuidado na APS é imprescindível. As competências específicas de cada profissional, por si só, não abarcam a complexidade da atenção à saúde, sendo importante articular e flexibilizar os limites das competências em busca de ações necessárias à coordenação do cuidado. Para isso, a discussão de caso é fundamental para a atenção compartilhada, pois nem todos os casos necessitarão de um atendimento individual com o especialista.²⁹

Este estudo demonstra que os médicos e enfermeiros desconhecem a existência das linhas de cuidado e protocolos clínicos padronizados em nível municipal. Esse resultado aponta uma fragilidade no planejamento para definição de alinhamentos de condutas adequadas que facilitem o encaminhamento dos usuários, bem como revela a necessidade de ações de educação permanente para os profissionais da ESF. Ao gestor, cabe a responsabilidade de implantar e capacitar seus profissionais para atuarem de acordo com as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde.

É entendido pelos pesquisadores da área que as diretrizes clínicas (linhas-guia e protocolos clínicos) são importantes para a coordenação do cuidado, pois reorganizam a atenção à saúde

e, conseqüentemente, os processos de trabalho, compondo uma matriz de saberes, procedimentos, serviços e fluxos, integrando ações de promoção, prevenção e assistência. Desse modo, articulam o cuidado, evitando a fragmentação e promovendo a integralidade, favorecendo a coordenação do cuidado em todas as suas dimensões.^{30,31}

Para atingir essa integralidade e coordenação do cuidado efetiva, é preciso enfrentar os desafios organizacionais e assistenciais dos sistemas de saúde. No caso estudado, entre os desafios mais apontados, destacam-se a dificuldade de acesso, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e ausência de comunicação entre os pontos de atenção, somando-se ao desequilíbrio de recursos humanos entre a APS e a atenção especializada.²⁰

Os achados da pesquisa sinalizam que um processo de trabalho fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas dificilmente responderá de forma positiva por melhorias da saúde dos usuários. Isso não deu certo em outros países nem está dando certo no Brasil.¹⁹

Há que se restabelecer a coerência entre o processo de trabalho, indicadores de saúde e os pilares do SUS. É importante avançar na implementação e monitoramento das RAS, fortalecendo a lógica poliárquica para equalizar sistemas de saúde integrados e resolutivos. Nessa lógica, trilha-se pela efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, indispensáveis para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.^{32,33}

Os processos de regulação para atenção especializada tradicionalmente coordenados pela secretaria de saúde de forma centralizada, associados à inexistência de um sistema tecnológico interligado em rede, foram apontados pelos participantes do estudo como um dos maiores gargalos que impedem a comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção, corroborando uma continuidade do cuidado ineficiente e deixando a APS incapaz de realizar a coordenação do cuidado.

Diferentemente dos sistemas fragmentados, os sistemas integrados são organizados por meio de uma rede de atenção contínua, prestando uma assistência ininterrupta, podendo se responsabilizar por uma população definida. Dessa forma, o primeiro pressuposto colocado é que a coordenação do cuidado é uma característica da APS de sistemas integrados. Essa prática foi colocada por outros estudos como inovadora e com potencial para monitorar ações e encaminhamentos, de modo a disponibilizar, em um único banco, diversos dados referentes a toda linha de cuidados.^{11,30,34}

Para cumprir o papel de coordenação do cuidado, o sistema deve estar organizado de forma integrada, o que implica que a APS deve ser o centro de comunicação e por sua vez implica uma APS robusta e fortalecida de acordo com os atributos anteriormente descritos e reverbera em equipes da ESF qualificadas e aptas para efetivar a coordenação do cuidado nos territórios.

É nessa lógica que se considera imprescindível a implementação não somente de registros informatizados, mas de tecnologias telecomunicativas que reduzam barreiras e estreitem a relação entre os profissionais da ESF e profissionais da atenção secundária e terciária do município. Assim sendo, a articulação

da ESF dentro dos sistemas de saúde é fundamental para a coordenação do cuidado.

As divergências entre gestores e profissionais nos distintos aspectos do processo de trabalho das equipes apontaram para a oportunidade da institucionalização de práticas de avaliação e monitoramento regular dos serviços, visando garantir melhor coerência entre o planejamento e a execução das atividades, sobretudo aquelas essenciais para o cumprimento da função de coordenadora do cuidado pelas equipes da ESF.

Não obstante, constata-se que o município estudado requer o cumprimento de responsabilidades entre gestores e profissionais da assistência pois, apesar das pactuações estabelecidas, essas ainda não modificaram a visão burocrática e programática do processo de trabalho frente à realidade socio sanitária dos territórios.

A investigação aponta que, apesar das limitações, a ESF, na percepção dos profissionais e gestores, parece apresentar boa resolubilidade, o que reafirma a necessidade de investimentos para fortalecê-la. É por esse motivo que estudos^{20,29} colocam o fortalecimento da APS entre as estratégias mais efetivas para melhorar a coordenação e eficiência dos serviços de saúde. Uma atenção primária robusta é capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde em tempo oportuno, com ampliação do acesso e assegurando a longitudinalidade do cuidado.

Menciona-se como limitação do estudo a sua realização centrada na dimensão profissional. No entanto, considera-se que os dissensos entre profissionais da mesma equipe e entre as equipes e a gestão deflagram a urgente necessidade de aproximar profissionais e gestores, por meio de discussões e estratégias de avaliação e monitoramento dos serviços de APS, de forma regular e participativa.

A despeito dessas limitações espaciais e geográficas, esta pesquisa evidenciou desafios cruciais e recorrentes que subjazem o processo de trabalho das equipes de saúde da família na condução e reorientação da ESF para se consolidar, efetivamente, como a porta de entrada na RAS, mostrando-se robusta, resolutiva, qualificada, vinculada aos territórios e detentora de equipes qualificadas quanto às competências, habilidades e procedimentos atitudinais que reflitam os princípios epistêmicos e operacionais do SUS, uma das maiores políticas sociais de sistemas de saúde que se proclamam universais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados do trabalho mostram que a coordenação do cuidado está em construção e enfrenta obstáculos relacionados ao processo de trabalho das equipes e questões estruturais na organização da rede municipal de saúde. Destacam-se como pontos de melhorias as dimensões que envolvem plano de cuidados, alinhamento de condutas e diálogos entre os pontos de atenção.

Para avançar no conhecimento da efetividade das estratégias de coordenação do cuidado, são necessárias pesquisas que também avaliem na perspectiva dos usuários a compreensão de até que ponto a atenção ofertada atende às suas expectativas

em relação ao cuidado em saúde. Esta é uma limitação deste estudo que poderá guiar o aprofundamento dessas questões em estudos similares futuros.

As implicações para a prática vão além das contribuições para a assistência e gestão de saúde, e alcançam também o ensino, pesquisa e extensão para a formação dos profissionais de diferentes áreas de saúde. A educação permanente nesses espaços de produção de saúde possibilita que o modelo de atenção reorienta os rumos, com práticas que garantam o fluxo dos usuários, mitigando a fragmentação do cuidado e propiciando atenção integral à população.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Átila Chagas de Araújo. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.

Coleta de dados. Átila Chagas de Araújo.

Análise de dados. Átila Chagas de Araújo. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior. Antonio Germane Alves Pinto. Kerma Márcia de Freitas. Camila Lima Ribeiro.

Interpretação dos resultados. Átila Chagas de Araújo. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior. Antonio Germane Alves Pinto. Kerma Márcia de Freitas. Camila Lima Ribeiro.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Átila Chagas de Araújo. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior. Antonio Germane Alves Pinto. Kerma Márcia de Freitas. Camila Lima Ribeiro.

Aprovação da versão final do artigo. Átila Chagas de Araújo. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior. Antonio Germane Alves Pinto. Kerma Márcia de Freitas. Camila Lima Ribeiro.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Átila Chagas de Araújo. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior. Antonio Germane Alves Pinto. Kerma Márcia de Freitas. Camila Lima Ribeiro.

EDITOR ASSOCIADO

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC et al. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):e00012219. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>. PMID:30916174.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1903-4. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. PMID:29972498.

3. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BR). 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). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 21 set 2017; Seção 1: 68.
4. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. Saúde Debate. 2018;42(1):18-37. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102>.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [citado 2022 set 9]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
6. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
7. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde Debate. 2018;42(spe1):289-301. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s119>.
8. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na atenção básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde Debate. 2016;40(110):64-80. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611005>.
9. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V et al. Care coordination measures atlas: update june 2014 [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [citado 2022 set 9]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf
10. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007. (OECD Health Working Papers; no. 30). <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>.
11. Silva RCC, Novais MAP, Zucchi P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the unified health system. Clinics. 2020;75:e1443. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e1443>. PMID:31939563.
12. Mendes EV. 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, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012.
13. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude Soc. 2011;20(4):867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
14. Ehrlich C, Kendall E, Muenchberger H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. Contemp Nurse. 2012;42(1):67-75. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.67>. PMID:23050573.
15. Miller AM, Swartwout KD, Schoeny ME, Vail M, McClenton R. Care coordination to target patient complexity and reduce disparities in primary care. Public Health Nurs. 2019;36(4):451-60. <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12606>. PMID:30895684.
16. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. Rev Saude Publica. 2019;53:38-53. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>. PMID:31066816.
17. Brito GEG. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [citado 2022 set 9]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/15960/2016brito-geg.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
18. Okunogbe A, Meredith LS, Chang ET, Simon A, Stockdale SE, Rubenstein LV. Care coordination and provider stress in primary care management of high-risk patients. J Gen Intern Med. 2018;33(1):65-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-017-4186-8>. PMID:28971306.
19. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Cien Saude Colet. 2017;22(4):1141-54. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. PMID:28444041.
20. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no sistema único de saúde. Saúde Debate. 2018;42(1):244-60. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s116>.
21. Santos AM, Giovanella L. Estratégia saúde da família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. Saúde Debate. 2016;40(108):48-63. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>.
22. Wagner EH, Sandhu N, Coleman K, Phillips KE, Sugarman JR. Improving care coordination in primary care. Med Care. 2014;52(11, Supl. 4):S33-8. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.000000000000197>. PMID:25310636.
23. Siqueira H, Brandão C. Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global. Rev Polit Públicas [Internet]. 2012; [citado 2022 set 9];16(1):209-11. Disponível em: <http://carlosbrandao.org/wp-content/uploads/2019/07/Territo%CC%81rio-e-Desenvolvimento-Carlos-Brand%CC%83o-2012.pdf>
24. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Tematicas. 2014;22(44):203-20. <http://dx.doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
25. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 13 jun 2012; Seção 1: 59.
26. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-hamann E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. Cien Saude Colet. 2016;21(5):1499-510. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. PMID:27166899.
27. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. Saúde Debate. 2015;39(107):984-96. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070386>.
28. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20(6):485-95. <http://dx.doi.org/10.1157/13096516>. PMID:17198628.
29. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary health care and coordination of care: device to increase access and improve quality. Cien Saude Colet. 2020;25(5):1799-808. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. PMID:32402048.
30. Fausto MCR, Campos EMS, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2017;17(Supl. 1):S63-72. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700s100004>.
31. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma região de saúde do estado de São Paulo, Brasil. Physis. 2016;26(1):113-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>.
32. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na rede de atenção à saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. Cad Saude Publica. 2019;35(12):e00004119. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-31100004119>. PMID:31800777.
33. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Cien Saude Colet. 2014;19(2):343-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>. PMID:24863811.
34. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. Cien Saude Colet. 2017;22(3):819-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33142016>. PMID:28300990.