

# Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde<sup>1</sup>

## Degree of integration of Primary Health Care of a small municipality in the Health Services Network

### Ed Wilson Vieira

Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil.  
E-mail: edwilsonvieira@gmail.com

### Andréa Gazzinelli

Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.  
E-mail: andreag@ufmg.br

### Resumo

A integração da atenção à saúde tem representado importante desafio na prestação de cuidados à saúde. Mas, estudos brasileiros ainda não a avaliaram de forma objetiva e consideraram, apenas, o contexto de grandes municípios em suas análises. Diante disso, o objetivo deste estudo foi mensurar o grau de integração (GI) da Atenção Primária à Saúde (APS) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em município de pequeno porte. Para tal, elaborou-se, a partir da literatura científica e de recomendações técnicas sobre o tema, uma matriz com 25 indicadores, acompanhados dos respectivos parâmetros de avaliação e pontuados com zero a três pontos. Para responder aos indicadores, pontuando-os, questionários foram aplicados a profissionais de saúde. Além disso, formulários de encaminhamentos para consultas e exames especializados na RAS foram analisados. A partir da pontuação atribuída aos indicadores, o GI foi calculado pela relação entre a soma dos pontos recebidos e o total de pontos esperados, multiplicado por 10. A extensão do GI foi interpretada considerando a integração como um contínuo. Os resultados evidenciaram pontuação média por indicador muito baixa. O GI atingiu o escore 3,86, indicando pouca integração da APS na RAS, revelando indicadores críticos e dificuldades para a integração em município de pequeno porte. **Palavras-chave:** Integração de Sistemas; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde.

### Correspondência

Ed Wilson Vieira  
Av. Alfredo Balena, 190, sala 418, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP 31130-000.

<sup>1</sup> Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig).

## Abstract

Integration of health care has been an important challenge in the provision of health care. However, Brazilian studies have not yet evaluated it objectively, only considering the large municipalities in their analysis. Therefore, the aim of this study was to measure the degree of integration (DI) of Primary Health Care (PHC) in the Health Care Network (HCN) in a small municipality. In order to do this, we elaborated, from the scientific literature and from technical recommendations on the subject, a matrix with 25 indicators, accompanied by their respective evaluation parameters and scored from zero to three points. To respond to indicators, scoring them, questionnaires were given to health professionals. In addition, we analyzed referrals for specialized exams and consultations. From the score attributed to the indicators, the DI was calculated by the ratio between the sum of the points received and the total of points expected, multiplied by 10. The extension of the DI was interpreted considering integration as a continuum. Results showed a very low average score per indicator. DI reached the score of 3.86, suggesting little integration of PHC in HCN and exposing critical indicators and difficulties for the integration in small municipalities.

**Keywords:** Integration of Systems; Evaluation of Health Services; Primary Care; Health Care.

## Introdução

A integração entre os níveis de atenção não é um tema novo, porém segue como importante problema para diversos sistemas de saúde em todo o mundo (Ahgren; Axelsson, 2011; Almeida; Fausto; Giovanella, 2011; Almeida et al., 2016; Paho, 2011; Tsutsui, 2014). Em grande parte, isso ocorre devido à necessidade de superar a fragmentação na prestação da atenção à saúde e aos elevados gastos para lidar com problemas de saúde de forma isolada (Paho, 2011; WHO, 2008).

Quando integrados, os sistemas de atenção à saúde garantem maior qualidade aos serviços prestados, mais satisfação e melhor qualidade de vida para usuários e familiares, redução no uso da atenção hospitalar e na prevalência de problemas de saúde, além de economia para o sistema financiador e usuários (Ahgren; Axelsson, 2011; Lyngsø et al., 2014; Tang et al., 2015). Por outro lado, a falta de integração afeta fortemente a capacidade de coordenação dos cuidados pela atenção primária, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o percurso do usuário no interior do sistema (Hofmarcher; Oxley; Rusticelli, 2007).

Diante do problema da fragmentação dos cuidados à saúde nos modelos assistenciais mundo afora, a integração aparece como objetivo inerente às reformas almeçadas pelas políticas fundamentadas na Atenção Primária à Saúde (APS) (Hartz; Contandriopoulos, 2004). No caso brasileiro, passados mais de vinte anos desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que possibilitou o processo de reforma do modelo assistencial, no qual se inseriram a Estratégia Saúde da Família (ESF), a descentralização e a regionalização, a integração ainda não foi garantida (Almeida et al., 2016; Konder; O'Dwyer, 2016). Se, por um lado, houve notável expansão da ESF, com aumento na cobertura da APS em todo o território nacional, por outro, a descentralização potencializou uma indesejável fragmentação do sistema, gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração (Campos, 2006). Somam-se a esse contexto as dificuldades para avançar com o processo de regionalização, diretriz fulcral nas políticas que visam à integração nos territórios de saúde, em função dos muitos vazios assistenciais (Almeida et al., 2016), repercutindo negativamente no acesso aos serviços especializados (Vieira; Lima; Gazzinelli, 2015).

Diversos estudos, relatórios e documentos sobre o tema identificam ações que defendem potencializar a integração dos sistemas de saúde (Almeida; Fausto; Giovanella, 2011; Almeida et al., 2010; Paho, 2011). No cenário internacional, além proporem abordagens para melhorar a integração, há estudos que a mensuraram (Ahgren; Axelsson, 2011; Browne et al., 2004; Hébert; Veil, 2004; Lyngsø et al., 2014). Mas, no Brasil, ou os estudos apenas a descrevem (Almeida; Fausto; Giovanella, 2011; Almeida et al., 2010; Costa-E-Silva; Rivera; Hortale, 2007; Santana, 2014) ou a avaliam qualitativamente (Almeida et al., 2016; Konder; O'Dwyer, 2016), sem mensurar seu alcance ou sua intensidade de uma forma objetiva. Além disso, os estudos brasileiros, em geral, são desenvolvidos em grandes centros urbanos e seus resultados não podem ser generalizados para o conjunto das cidades brasileiras, sobretudo no caso dos pequenos municípios - com população inferior a 50 mil habitantes (IBGE, 2016) -, nos quais as dificuldades para a integração podem ser maiores. Assim, o objetivo deste estudo foi mensurar o grau de integração da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em um município de pequeno porte. Acredita-se que a avaliação do grau de integração da APS na RAS, no contexto dos pequenos municípios, além de contribuir para o conhecimento sobre o assunto, seja particularmente importante aos gestores responsáveis pela sustentação de redes integradas de atenção à saúde. Entende-se que a busca por serviços de saúde integrados deva ser continuamente avaliada e monitorada, identificando obstáculos e apontando estratégias para promover a adequada integração.

## Método

Neste estudo, para mensurar o grau de integração, RAS foram consideradas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Foi dada ênfase à relação entre serviços de APS e atenção especializada e o estudo foi desenvolvido no município de Jequitinhonha, localizado no Vale do Jequitinhonha, região nordeste de Minas Gerais. Com 24 mil habitantes, o município está

inserido em uma configuração de RAS determinada pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG), pertencendo à microrregião de saúde de Almenara e à macrorregião nordeste (Malachias; Leles; Pinto, 2010). Sua APS está estruturada na ESF, na qual atuam oito equipes. Possui um Centro de Atenção Psicossocial e, para a atenção hospitalar de baixa complexidade e atendimentos de urgência e emergência, dispõe de um hospital filantrópico com regime de gestão privada. Sua referência macrorregional para a atenção de média e alta complexidade é Teófilo Otoni, cidade a 225 km de distância.

Para a operacionalização do conceito e análise quantitativa do grau de integração, foi elaborada uma matriz de avaliação. Para sua elaboração, o primeiro passo foi uma revisão da literatura, de relatórios, documentos e recomendações técnicas que trazem referências ao tema (Ahgren; Axelsson, 2005, 2011; Almeida, 2013; Almeida; Fausto; Giovanella, 2011; Almeida et al., 2010; Bernabé, 2003; Brasil, 2010; Browne et al., 2004; Conill; Fausto, 2007; Costa-E-Silva; Rivera; Hortale, 2007; Davies et al., 2009; Delfini; Reis, 2012; Hartz; Contandriopoulos, 2004; Hébert; Veil, 2004; Hofmarcher; Oxley; Rusticelli, 2007; Mendes, 2011; Núñez; Lorenzo; Navarrete, 2006; OPS, 2011; Paho, 2011; Rosen; Ham, 2009; WHO, 2008). Posteriormente, elaboraram-se esboços dos possíveis componentes da matriz com a finalidade de se avaliara permanência, inclusão ou exclusão de indicadores e parâmetros. Para isso, consideraram-se como critérios a disponibilidade de informações no âmbito municipal, a possibilidade de registro, a confiabilidade da informação e a facilidade de verificação, sob o prisma da organização da RAS, segundo o modelo de atenção à saúde vigente (Brasil, 2010). Como parte do processo de elaboração da matriz, realizou-se um pré-teste que consistiu em obter as informações necessárias sua utilização, bem como analisar as dificuldades e o tempo necessário, com posteriores ajustes.

A matriz de avaliação final consta de 25 indicadores organizados segundo 12 critérios. Para cada um dos indicadores, foram estabelecidos parâmetros, considerando uma pontuação que variou de 0 a 3 pontos, para possibilitar a formulação do juízo de valor. Além disso, foram determinadas as fontes das informações (Quadro 1).

**Quadro 1 - Matriz de avaliação do grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde**

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Fontes de informação
1. Capacidade resolutive nos serviços de APS.	1a. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS que consideram adequado o tempo de espera pelos exames diagnósticos frequentemente necessários na prática clínica (exames laboratoriais, eletrocardiograma, raios X etc.).	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
	1b. Catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente nos serviços de APS.	0 ponto: nenhum tipo de exame; 1 ponto: somente exames laboratoriais básicos; 2 pontos: exames laboratoriais básicos e alguns exames de média complexidade; 3 pontos: existência de ampliação do catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente nos serviços de APS.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
	1c. Coleta de amostras para os exames laboratoriais frequentemente solicitados na prática clínica dos serviços de APS.	0 ponto: não é realizada nos serviços de APS; 1 ponto: é realizada nos serviços de APS, mas em um único dia da semana; 2 pontos: é realizada nos serviços de APS na maioria dos dias da semana; 3 pontos: é realizada diariamente nos serviços de APS.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
2. Apoio às equipes de APS.	2a. Equipe interdisciplinar para apoio às equipes de APS.	0 ponto: não há equipe interdisciplinar para apoio às equipes de APS; 1 ponto: há equipe(s) interdisciplinar(es), mas atua(m) assumindo o atendimento de grupos específicos; 2 pontos: há equipe(s) interdisciplinar(es) que atua(m) como referência(s), mas sem discussões clínicas e/ou construção de projetos terapêuticos compartilhados; 3 pontos: há equipe(s) interdisciplinar(es) que atua(m) como referência(s) e participa(m) de discussões clínicas e/ou construção de projetos terapêuticos compartilhados.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
3. Atendimento à demanda espontânea na APS.	3a. Funcionamento da APS no atendimento à demanda espontânea.	0 ponto: não há tolerância para consultas não agendadas; 1 ponto: há tolerância para consultas não agendadas, mas sem acolhimento a partir de critérios pré-definidos para classificação de risco; 2 pontos: há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco em determinado período do horário de funcionamento do serviço; 3 pontos: há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco durante todo o horário de funcionamento do serviço.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
4. Organização da porta de entrada pela APS.	4a. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e dos serviços de urgência que consideram que sempre/na maioria das vezes os indivíduos procuram primeiramente os serviços de APS para o primeiro atendimento.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e dos serviços de urgência.

continua...

**Quadro 1 – Continuação**

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Fontes de informação
5. Percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada.	5a. Percentual dos encaminhamentos para serviços de saúde especializados que têm origem nos serviços de APS.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Formulários de encaminhamentos para consultas e exames especializados.
6. Primeira instância regulatória.	6a. APS como primeira instância regulatória.	0 ponto: a APS não é responsável pela marcação/agendamento para serviços de atenção especializada; 1 ponto: a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada, sem aplicar critérios de priorização preestabelecidos; 2 pontos: a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos; 3 pontos: a APS é responsável pela marcação/agendamento para todos os serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
7. Controle do fluxo de usuários.	7a. Análise dos encaminhamentos realizados para serviços de média e alta complexidade.	0 ponto: não há; 1 ponto: há análise não sistemática de alguns encaminhamentos; 2 pontos: há análise sistemática de alguns encaminhamentos; 3 pontos: há análise sistemática de todos os encaminhamentos.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.
	7b. Monitoramento das filas ou listas de espera para serviços de média e alta complexidade.	0 ponto: não há; 1 ponto: há, mas de um modo não sistemático; 2 pontos: há, de um modo sistemático, mas sem reavaliação periódica dos casos; 3 pontos: há, de um modo sistemático e com reavaliação periódica dos casos.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.
	7c. Monitoramento das abstenções aos agendamentos para serviços de média e alta complexidade.	0 ponto: não há; 1 ponto: há, mas de um modo não sistemático; 2 pontos: há, de um modo sistemático, mas sem estratégia para a reocupação da vaga; 3 pontos: há, de um modo sistemático e com estratégia para a reocupação da vaga.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.
	7d. Organização dos fluxos para serviços de média e alta complexidade.	0 ponto: não há fluxos formalizados; 1 ponto: há fluxos formalizados, mas com muita influência de mecanismos informais; 2 pontos: há fluxos formalizados com pouca influência de mecanismos informais; 3 pontos: há fluxos formalizados sem a influência de mecanismos informais.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.

continua...

**Quadro 1 – Continuação**

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Fontes de informação
8. Articulação entre os serviços de APS e serviços de urgência e emergência.	8a. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e do serviço de urgência/emergência que consideraram que as tentativas de transferências de usuários atendidos no posto de saúde para a urgência são sempre exitosas.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e de serviços de urgência e emergência.
9. Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados.	9a. Central de marcação de consultas, exames ou procedimentos especializados com processos informatizados.	0 ponto: não existe; 1 ponto: existe, mas não disponibiliza acesso online às unidades de APS; 2 pontos: existe, disponibiliza acesso online, mas somente a algumas unidades de APS; 3 pontos: existe e disponibiliza acesso online a todas as unidades de APS.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.
10. Protocolos clínicos.	10a. Existência de protocolos clínicos estruturados na perspectiva da região de saúde que vise garantir a continuidade do cuidado para o usuário.	0 ponto: não existem; 1 ponto: existem, mas protocolos restritos aos serviços de APS; 2 pontos: existem e são compartilhadas, mas apenas entre a APS e os serviços especializados do sistema municipal de saúde; 3 pontos: existem e são compartilhadas entre a APS e serviços da região de saúde.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.
11. Transferência de informações sobre o usuário entre os serviços ou profissionais de saúde.	11a. Percentual de médicos dos serviços de APS que sempre fornecem informações escritas quando o usuário é referenciado para serviços de outros níveis de atenção.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com médicos dos serviços de APS.
	11b. Percentual de médicos especialistas que sempre recebem informações escritas quando o usuário é referenciado nos serviços de APS.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com médicos dos serviços de atenção especializada.
	11c. Percentual de médicos especialistas que sempre enviam contrarreferência após avaliarem o usuário.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com médicos dos serviços de atenção especializada.
	11d. Percentual de médicos que sempre recebem contrarreferência após consultas do usuário com especialista.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com médicos dos serviços de APS.
	11e. Percentual de encaminhamentos a serviços especializados que apresentam descrição detalhada do motivo do encaminhamento.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Formulários de encaminhamentos para consultas e exames especializados.
	11f. Percentual dos profissionais da APS que recebem relatório de alta hospitalar sempre após internação dos usuários.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS.

continua...

**Quadro 1 – Continuação**

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Fontes de informação
12. Acesso a consultas médicas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e atenção hospitalar.	12a. Percentual de médicos e enfermeiros que consideram adequado o tempo de espera para as consultas médicas especializadas frequentemente necessárias na prática clínica para a condução dos casos.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.
	12b. Percentual de médicos e enfermeiros que consideram adequado o tempo de espera até a realização dos exames especializados frequentemente necessários na prática clínica para a condução dos casos.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e da atenção especializada.
	12c. Percentual de médicos e enfermeiros que consideram adequado o tempo de espera até a realização das cirurgias eletivas frequentemente necessárias na prática clínica para a condução dos casos.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e dos serviços de atenção especializada.
	12d. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras que consideram que as gestantes do município sempre conseguem assistência hospitalar adequada ao parto de alto risco.	0 ponto: se " 25%; 1 ponto: se = 25% e " 50%; 2 pontos: se = 50% e " 75%; 3 pontos: se 75%.	Questionário com profissionais de saúde dos serviços de APS e especialistas em ginecologia e/ou obstetria.

Para responder à matriz de avaliação, questionários estruturados foram aplicados a profissionais que atuavam em serviços públicos de saúde no município. Considerou-se que todos os médicos e enfermeiros, que atuassem há seis meses ou mais na função, seriam convidados a participar. Trinta e um profissionais atenderam a esses critérios. Entretanto, um médico da atenção hospitalar se recusou a participar, e dois médicos especialistas e um enfermeiro estavam afastados de suas funções no período de aplicação dos questionários. Assim, 27 profissionais de saúde, sendo 11 da APS (seis enfermeiros e cinco médicos) e 16 da atenção especializada e hospitalar (cinco enfermeiros e 11 médicos) responderam aos questionários em julho de 2012.

Os questionários tiveram como base a matriz de avaliação e foram, tal como a própria matriz, submetidos ao pré-teste em outro município, com posterior revisão e adequação. Pretendeu-se com o pré-teste submeter o questionário à avaliação da compreensão, operacionalidade e utilidade na obtenção dos dados. Ainda para a coleta de dados, todos os 236 formulários de encaminhamentos para consultas e exames especializados que aguardavam agendamen-

to na Central Municipal de Marcação de Consultas e Procedimentos em julho de 2012 foram analisados.

Após a coleta de dados, cada indicador foi pontuado com base nos parâmetros definidos na matriz. A partir dessa pontuação, para determinar o grau de integração da APS na RAS, considerou-se o cálculo obtido pela relação entre o resultado da pontuação observada e a soma da pontuação máxima esperada (75 pontos), multiplicado por 10. A partir do escore obtido para o grau de integração, sua extensão foi classificada e analisada em uma escala que considera graduações equidistantes do nível de integração, começando em  *muito pouca integração*  (escore 0,00-1,24) e finalizando em  *perfeita integração*  (escore 8,75-10,00) (Quadro 2).

**Quadro 2 – Escores e classificação para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde**

Escores	Classificação
0,00 – 1,99	Muito pouca integração
2,00 – 3,99	Pouca integração
4,00 – 5,99	Moderada integração
6,00 – 7,99	Boa integração
8,00 – 10,0	Perfeita integração



O referencial analítico considerou a perspectiva da organização de redes integradas de atenção à saúde, e o eixo central da análise foi a garantia de atenção à saúde em seus diferentes níveis de densidades tecnológicas. Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer nº ETIC 0174.o.203.000-10, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município estudado.

## Resultados

Considerando o critério de análise “capacidade resolutiva nos serviços de APS”, os dados revelaram que 66% de seus profissionais consideravam adequado, para a condução dos casos, o tempo de espera por

exames laboratoriais frequentemente necessários na prática clínica (indicador 1a: 2 pontos) e todos informaram não haver restrições às solicitações de provas diagnósticas (1b: 3 pontos) (Quadro 3). Também como indicador da capacidade resolutiva da APS, a coleta de amostras para os exames laboratoriais rotineiramente solicitados não era realizada nos próprios serviços de atenção primária (1c: 0 ponto). Quanto à disponibilidade de equipe interdisciplinar para apoio integrado à APS, havia médicos e fisioterapeutas que atuavam como referência, mas sem discussões clínicas e/ou construção de projetos terapêuticos compartilhados (2a: 2 pontos). Sobre o funcionamento da APS no atendimento às demandas espontâneas, havia tolerância para consultas não agendadas, mas sem critérios pré-definidos para acolhimento ou classificação de risco (3a: 1 ponto).

**Quadro 3 – Representação dos resultados da matriz que avaliou o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde no município de Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014**

Indicadores	Juízo de valor				Pontos obtidos
	0	1	2	3	
% de médicos e enfermeiros dos serviços de APS que consideram adequado o tempo de espera por exames diagnósticos frequentemente necessários na prática clínica					2
Catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente nos serviços de APS					3
Coleta de amostras para os exames laboratoriais frequentemente solicitados na prática clínica dos serviços de APS					0
Equipe interdisciplinar para apoio às equipes de APS					2
Funcionamento da APS no atendimento à demanda espontânea					1
% de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e dos serviços de urgência que consideram que <i>sempre/na maioria das vezes</i> os indivíduos procuram primeiramente os serviços de APS para o primeiro atendimento					3
Percentual dos encaminhamentos para serviços de saúde especializados que têm origem nos serviços de APS					3
APS como primeira instância regulatória					1
Análise dos encaminhamentos realizados para serviços de média e alta complexidade					0
Monitoramento das filas ou listas de espera para serviços de média e alta complexidade					0
Monitoramento das abstenções aos agendamentos para serviços de média e alta complexidade					0
Organização dos fluxos para serviços de média e alta complexidade					1
% de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e do serviço de urgência/emergência que consideraram que as tentativas de transferências de usuários atendidos no posto de saúde para a urgência são <i>sempre</i> exitosas					0
Central de marcação de consultas, exames ou procedimentos especializados com processos informatizados					1
Existência de protocolos clínicos estruturados na perspectiva da região de saúde que vise garantir a continuidade do cuidado para o usuário					0
% de médicos dos serviços de APS que <i>sempre</i> fornecem informações escritas quando o usuário é referenciado para serviços de outros níveis de atenção					3
% de médicos especialistas que <i>sempre</i> recebem informações escritas quando o usuário é referenciado dos serviços de APS					1
% de médicos especialistas que <i>sempre</i> enviam contrarreferência após avaliarem o usuário					3

continua...



### Quadro 3 – Continuação

Indicadores	Juízo de valor				Pontos obtidos
	0	1	2	3	
% de médicos que <i>sempre</i> recebem contrarreferência após consultas do usuário com especialista					0
% de encaminhamentos a serviços especializados que apresentam descrição detalhada do motivo do encaminhamento					2
% dos profissionais da APS que recebem relatório de alta hospitalar <i>sempre</i> após internação dos usuários					0
% de médicos e enfermeiros que consideram adequado o tempo de espera para as consultas médicas especializadas frequentemente necessárias na prática clínica para a condução dos casos					1
% de médicos e enfermeiros que consideram adequado o tempo de espera até a realização dos exames especializados frequentemente necessários na prática clínica para a condução dos casos					0
% de médicos e enfermeiros que consideram adequado o tempo de espera até a realização das cirurgias eletivas frequentemente necessárias na prática clínica para a condução dos casos					0
% de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras que consideram que as gestantes do município <i>sempre</i> conseguem assistência hospitalar adequada ao parto de alto risco					1
	PE = 75				PO = 28

Nota: <sup>1</sup>Os espaços acinzentados no quadro ilustram os pontos obtidos pelos indicadores (0, 1, 2 ou 3); <sup>2</sup> PE: soma dos pontos esperados; <sup>3</sup> PO: soma dos pontos obtidos.

Mesmo a atenção primária exercendo, de fato, o papel de porta de entrada, tendo em vista que 100% dos médicos e enfermeiros referiram que sempre ou na maioria das vezes os serviços de atenção primária eram procurados para o primeiro atendimento (4a: 3 pontos), identificou-se uma frágil organização dos fluxos para a atenção à saúde. Provável reflexo do indicador anterior, o percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada acontecia por meio de encaminhamentos dos serviços de atenção primária, pois foi responsável por 77,65% dos 255 encaminhamentos analisados (5a: 3 pontos). No seu papel de primeira instância regulatória, a APS era responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada, porém sem aplicar critérios para regulação (6a: 1 ponto). Quanto ao controle do fluxo de usuários, não havia monitoramento de filas de espera, tampouco reavaliação periódica dos casos aguardados (7b: 0 ponto). Também não havia monitoramento do índice de não comparecimento aos agendamentos em serviços especializados (7c: 0 ponto) e os encaminhamentos não passavam por nenhum tipo de avaliação (7a: 0 ponto).

Quanto aos fluxos para serviços de atenção especializada, apesar de ordenados pelo PDR-MG, 74% dos profissionais entrevistados responderam que fatores informais facilitavam o acesso (7d: 1 ponto). Dentre esses fatores, cabe destacar a rede pessoal de influências do usuário formada por políticos locais e trabalhadores da área da saúde.

Além disso, as entrevistas com os profissionais de saúde evidenciaram não haver fluxos formais para referenciar usuários da atenção primária para o serviço de urgência. Como consequência, a articulação entre esses dois serviços mostrou-se frágil: apenas 14% dos profissionais da atenção primária e da urgência referiram que as tentativas de transferências de usuários atendidos pelas equipes de saúde da família para a urgência eram sempre exitosas (8a: 0 ponto).

Possuir uma central de marcação de consultas, procedimentos e exames especializados, que também organizava as questões relacionadas ao Tratamento Fora do Domicílio, possibilitava a articulação dos fluxos administrativos relacionados aos encaminhamentos. No entanto, não havia fluxo informacional direto com as unidades de atenção primária (9a: 1 ponto). A respeito de protocolos clínicos, de modo geral, os profissionais informaram que os adotavam em diversas áreas do cuidado, seguindo recomendações gerais do Ministério da Saúde. Entretanto, nenhum protocolo passou por discussão e adaptação local e/ou regional (10a: 1 ponto).

A transferência de informações sobre usuários entre os serviços ou profissionais de saúde (referência e contrarreferência) não ocorria de forma adequada, constituindo barreira importante à continuidade do cuidado entre diferentes níveis de atenção. A este respeito, a maioria dos médicos (87,5%) informou que sempre fornecia

informações escritas como referência ao profissional especialista (11a: 3 pontos), mas apenas 36,4% dos profissionais especialistas disseram sempre receber essas referências (11b: 1 ponto). Por outro lado, a maioria dos especialistas (75,0%) relatou enviar a contrarreferência escrita aos serviços dos quais originaram as demandas (11c: 3 pontos), mas nenhum médico da atenção primária disse que sempre a recebia (11d: o ponto). A respeito das informações compartilhadas, constatou-se que somente 61% dos formulários para encaminhamentos continham o motivo do encaminhamento detalhado (11e: 2 pontos). Em relação ao acompanhamento do usuário após as internações hospitalares, a troca de informações entre a atenção hospitalar e a atenção primária não contribuía para a integração, pois os profissionais da atenção primária informaram não receber relatório de alta hospitalar, sumário de alta ou outro comunicado formal após as internações dos usuários (11f: o ponto).

Foi possível identificar que o acesso à atenção especializada apresentava importantes problemas. Na média, apenas 33% dos profissionais de saúde entrevistados consideravam adequado, para a condução dos casos, o tempo de espera para consultas médicas especializadas (12a: 1 ponto). No caso dos exames especializados, o percentual foi menor ainda, apenas 18,5% consideravam a espera adequada (12b: o ponto). Importante ressaltar que a disponibilidade de alguns serviços especializados no próprio município ou na microrregião de saúde tornava o tempo de espera mais adequado para a condução dos casos. Sobre o acesso à atenção hospitalar, analisado sob o prisma das cirurgias eletivas, apenas 19,2% dos profissionais consideraram que o tempo de espera era adequado à condução da situação (12c: o ponto). Quanto à atenção hospitalar ao parto de alto risco, somente 33% dos profissionais da APS e especialistas em ginecologia e obstetrícia afirmaram que as gestantes sempre a conseguem em tempo oportuno (12d: 1 ponto).

Analisando a pontuação dos indicadores na matriz de análise, a média de pontos obtidos foi bastante baixa, apenas 1,16 ponto ante os 3,0 pontos atribuídos para cada indicador. O total de pontos

obtidos foi 29, dos 75 possíveis. Diante desses dados, o grau de integração atingiu o escore 3,86; evidenciando pouca integração da APS na RAS.

## Discussão

A construção de instrumentos para avaliar a integração dos cuidados entre diferentes níveis de atenção à saúde é uma tarefa complexa (Lyngsø et al., 2014; Núñez; Lorenzo; Navarrete, 2006). Neste estudo, essa complexidade esteve relacionada à intenção de aplicar o conceito amplo de integração ao campo da avaliação quantitativa. Para superá-la, a adoção da matriz como instrumento de avaliação teve por base que a integração da APS na RAS não poderia ser atingida somente pela presença de um único mecanismo, mas pela combinação de várias práticas (Lyngsø et al., 2014). A ideia central foi desenvolver um método que possibilitasse identificar o grau de integração e, ao mesmo tempo, apontasse intervenções para correções de rumos em favor da integração; também, que levasse em conta que a integração se apresenta como um contínuo e não como uma situação de extremos entre integração e não integração (WHO, 2008).

O pouco grau de integração da APS na RAS expôs a fragmentação do cuidado a que a população do pequeno município está sujeita. Mas, respeitadas as particularidades metodológicas, estudos em grandes centros urbanos também apontaram a fragmentação da atenção (Bonan et al., 2010; Konder; O'Dwyer, 2016), possibilitando inferir que as dificuldades para a integração estão similarmente presentes nos grandes e nos pequenos municípios. De modo geral, na experiência latino-americana, a integração da atenção primária na rede de atenção tem-se mostrado como um ponto frágil (Conill; Fausto, 2007). Entretanto, muito provavelmente, suas consequências são distintas, apesar de igualmente negativas (Mendes, 2011; Paho, 2011). A pouca integração revelou indicadores críticos e dificuldades que podem vivenciar grande número de municípios brasileiros de pequeno porte, que somam mais de cinco mil e representam 34,0% da população do país. Grande parte desses municípios tem menos de 20 mil habitantes e suas condições políticas e geográficas, bem como socioeconômicas

de seus moradores, impõem barreiras adicionais à constituição de integração de seus serviços de atenção primária na RAS.

Cabe ressaltar que a grande dificuldade para a garantia de acesso aos serviços especializados pelos municípios de pequeno porte não reside somente na pouca integração da APS na RAS. Essa dificuldade é determinada também pela insuficiente oferta de serviços especializados nas regiões de saúde (Almeida et al., 2016), situação que denota os vazios assistenciais e evidencia quão distante de uma regionalização eficiente está o SUS. Em vazios assistenciais, gestores municipais encontram dificuldades até mesmo para garantir o acesso a procedimentos negociados por meio da Programação Pactuada e Integrada e que seguem os fluxos formais de referência e regulação, o que, por vezes, gera tensões entre municípios de uma mesma região (Almeida et al., 2016).

Nessa situação de pouca integração da APS na RAS, a capacidade de ofertar uma atenção contínua, integral, interdisciplinar, e em lugar e tempo apropriado, mostrou-se frágil, e os serviços funcionam com ineficiência, falta de efetividade e com baixa qualidade, conforme demonstrado em outros trabalhos (Mendes, 2011; Paho, 2011). Ainda, essa fragmentação reflete debilidades na RAS como um todo, indicando que o foco da atenção está na doença ou na prevenção individual, com baixa responsabilização pela saúde dos usuários e divisão do curso das doenças em partes que não se comunicam (Mendes, 2011). Nesse sentido, a descontinuidade do projeto terapêutico passa a ser uma realidade, sobretudo, perante as dificuldades no estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência eficazes (Bonan et al., 2010).

Por se tratar de um estudo realizado em um único município, apresenta como limitação sua validade externa, uma vez que o grau de integração pode estar condicionado por características contextuais específicas. No entanto, os resultados e, principalmente, a matriz de avaliação elaborada, poderão contribuir para a melhoria da integração em muitos outros municípios com características semelhantes. Ao elencar diversos indicadores, que sinalizam ações para uma melhor integração, num único instrumento, a matriz possibilita realizar avaliações sintéticas do desempenho das RAS em sistemas municipais de saúde.

Os indicadores, por si só, não serão capazes de garantir a integração dos serviços de APS de pequenos municípios na RAS, mas poderão contribuir para o entendimento da situação, dando suporte à gestão. A inclusão de cada indicador e parâmetro na matriz deve ser vista em termos de possibilidades, e não como recomendações baseadas em evidências. Além disso, alguns indicadores são concorrentes, ou seja, com a melhora de um deles, outros poderão, por consequência, se tornar mais satisfatórios. Ademais, os autores estão certos de que será importante replicar a metodologia adotada para municípios de diferentes portes e realidades, analisando se o comportamento dos indicadores se diferencia entre municípios. Indicando aberturas para novas investigações, entende-se que, futuramente, será necessário indagar sobre o nível de importância relativa de cada um dos indicadores, uma vez que foram analisados sob o mesmo nível, sem hierarquia. Ainda, cabe destacar que o estudo não incorporou a percepção dos usuários, sendo outra limitação, visto serem estes os principais implicados (ou afetados) pelos constrangimentos à provisão de cuidados integrados.

## Considerações finais

Fragilidades para a coordenação do cuidado e problemas em organizar o fluxo de pacientes para uma adequada atenção à saúde, com frágeis instrumentos de integração e importantes barreiras ao acesso à atenção especializada, limitam o grau de integração da atenção primária na RAS, fragmentando o cuidado.

O insuficiente grau de integração da atenção primária na RAS, muito provavelmente, empregará maiores prejuízos à saúde de moradores de pequenos municípios do que causaria em moradores de grandes cidades. Isso devido a um processo de regionalização da atenção ainda não concretizado, com vazios assistenciais determinando importantes barreiras à integração da atenção primária na rede de atenção.

A matriz de avaliação elaborada, com ações direcionadas a melhor integrar a atenção primária na RAS, associada a uma medida objetiva do grau de integração, poderá ser útil ao monitoramento e aprimoramento da integração em outros municípios de pequeno porte.

## Referências

- AHGREN, B.; AXELSSON, R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 5, n. e01, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/DRJQag>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- AHGREN, B.; AXELSSON, R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 11, n. e007, 2011. Special 10<sup>th</sup> Anniversary Edition. Disponível em: <<https://goo.gl/sQAKTD>>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- ALMEIDA, P. F. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/sxCSTF>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/MgqnaK>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/LZvFps>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-35, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/71g3fw>>. Acesso em: 16 dez. 2016.
- BERNABÉ, J. J. M. Coordinación Atención Primaria y Especializada: visión desde la pediatría de Atención Primaria. Foro Pediátrico, Badajoz, v. 1, n. 12, 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/GZRiAQ>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- BONAN, C. et al. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, p. 107-118, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<https://goo.gl/B4E5Li>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/LN7Ma7>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- BROWNE, G. et al. Conceptualizing and validating the human services integration measure. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 4, n. e03, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/AfriY4>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. p. 417-442. Disponível em: <<https://goo.gl/5fAC4T>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual*: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Madrid: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III; São Paulo: Fundação Oswaldo Cruz, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/U3TuzV>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1405-1414, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/hZ7rF7>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- DAVIES, G. P. et al. Integrated primary health care in Australia. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 9, n. e95, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/dBYSTh>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

- DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-66, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/1o1xOL>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<https://goo.gl/1HTjLZ>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- HÉBERT, R. R.; VEIL, A. A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 4, n. e05, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/1bP1VQ>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/9poD3Y>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos municípios brasileiros*: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/DodLYA>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. The integration of the Emergency Care Units (UPA) with health care services in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-92, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/j1uMcw>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- LYNGSØ, A. M. et al. Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 14, n. e027, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/ep38NY>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/DICfU5>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/WxsZMq>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/Yl7oHH>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Innovando el papel de la Atención Primaria en las redes de Atención de Salud: resultados del laboratorio de innovación en cuatro capitales brasileñas*. Brasília, DF: Organización Panamericana de la Salud, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/ZYNLwF>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington, DC, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/zkPsru>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- ROSEN, R.; HAM, C. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, Barcelona, v. 1, n. 2, p. 2, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/LKBcux>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- SANTANA, C. L. A. A integração da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 5, p. 797-798, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/bowbkt>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- TANG, W. et al. How to build and evaluate an integrated health care system for chronic patients: study design of a clustered randomized controlled trial in rural China. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 15, n. e007, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/s92sTT>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- TSUTSUI, T. Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, v. 14, n. e002, 2014.

Disponível em: <<https://goo.gl/GHvQhV>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 72-78, 2015.

Disponível em: <<https://goo.gl/AxNpMv>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? *WHO - Technical Brief*, Geneva, n. 1, May 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/rZblaa>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

---

### **Contribuição dos autores**

Vieira foi responsável pelo desenvolvimento de todas as etapas do estudo. Gazzinelli idealizou e orientou a pesquisa.

Recebido: 09/02/2017

Reapresentado: 07/05/2017

Aprovado: 27/05/2017