

12 - 1 | 2024

Coordenação do cuidado na visão de enfermeiros da atenção primária à saúde: estudo de método misto

Care Coordination from the perspective of Primary Health Care Nurses: mixed method study

Michele Hubner Magni | Darielli Gindri Resta Fontana

Versão eletrónica

URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/> ISSN: 2182-9608

Data de publicação: 05-08-2024 Páginas: 18

Editor

Revista UI_IPSantarém

Referência eletrónica

Magni, Michele H.; Fontana, Darielli G. R.. (2024). Coordenação do cuidado na visão de enfermeiros da atenção primária à saúde: estudo de método misto. *Revista da UI_IPSantarém*. 12(1), e33858. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v12.i1.33858>

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

Care Coordination from the perspective of Primary Health Care Nurses: mixed method study

Michele Hubner Magni

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

michelihubner@gmail.com

Darielli Gindri Resta Fontana

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

ORCID: 0000-0002-3796-6947

RESUMO

A coordenação do cuidado à saúde é uma atribuição da atenção primária pressupondo uma ideia de continuidade e integralidade dos atendimentos e seguimento ao longo do tempo. Neste íterim este estudo teve como objetivo analisar a coordenação do cuidado, na atenção primária em saúde, na visão de enfermeiros da 20ª região de saúde do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se como um estudo de métodos mistos, sequencial explanatório, com aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool - Brasil para os profissionais de saúde, na segunda etapa foi realizado a técnica de grupo focal. Após os dados quantitativos e qualitativos foram analisados de forma geral para interpretação e significação dos resultados do estudo. Os resultados da etapa quantitativa identificaram um escore de 7,66 do atributo “coordenação – integração de cuidados” para os municípios. Já os dados qualitativos resultaram em significativos desafios, como o diálogo ineficiente para a articulação entre as equipes na atenção primária e a falta de informações dos usuários e seus impactos na referência e contrarreferência. Com os resultados encontrados é possível avaliar a coordenação do cuidado com uma maior atenção nas ações estratégicas para que haja a superação dos desafios, por meio de metodologias eficazes e a potencialização dos facilitadores identificados. Assim, concluiu-se que, a coordenação do cuidado vai além do atendimento genérico e célere, necessita que priorize as suas características essenciais e, assim, promova efetividade no processo de cuidado do usuário dentro da rede, que necessita estar articulado, com fluxos estabelecidos, equipes multiprofissionais e trabalho colaborativo.

Palavras-chave: Coordenação do Cuidado, Atenção Primária à Saúde, Enfermeiro, Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The coordination of health care is an attribute of primary care, which presupposes an idea of continuity and integrality of care and follow-up over time. In the meantime, this study aimed to analyze the coordination of care in primary health care from the point of view of nurses from the 20th health region of Rio Grande do Sul. It is characterized as a mixed-methods, explanatory sequential study, with the application of the Primary Care Assessment Tool - Brazil instrument for health professionals and in the second stage the focus group technique was carried out. Afterwards, the quantitative and qualitative data were analyzed in a general way in order to interpret and give meaning to the results of the study. The results of the quantitative stage identified a score of 7.66 for the "coordination - integration of care" attribute for the municipalities. The qualitative data resulted in significant challenges, such as inefficient dialog between primary care teams and a lack of user information and its impact on referrals and counter-referrals. With the results found, it is possible to evaluate the coordination of care with greater attention to strategic actions to overcome the challenges, through effective methodologies and the enhancement of the facilitators identified. Thus, it was concluded that the coordination of care goes beyond generic and speedy care, it needs to prioritize its essential characteristics and thus promote effectiveness in the user's care process within the network, which needs to be articulated, with established flows, multi-professional teams and collaborative work.

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

1 INTRODUÇÃO

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

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

Na APS pensa-se que o cuidado deve ser orientado por práticas de coordenação, que visam realizar a integração dos níveis assistenciais, articulando assim as referências e contrarreferências, contemplando desta forma as necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. Todavia, a própria literatura, salienta a existência de diversas fragilidades relacionadas a questões basilares da coordenação do cuidado como a ausência de protocolos assistenciais, de sistemas informatizados e de outras tecnologias de informação e comunicação, situações estas, sensíveis no ordenamento e na definição de determinados fluxos assistenciais (Aleluia et al., 2017).

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

Para Starfield (2002), a coordenação do cuidado refere-se ao esforço conjunto de uma ação comum, visando o acompanhamento e responsabilização pelo cuidado. Pressupõe o reconhecimento, por

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

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

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

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

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

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

Neste contexto, considerando que coordenação do cuidado é primordial para a efetivação e integração dos serviços da APS, o presente artigo tem como objetivo analisar a coordenação do cuidado, na atenção primária em saúde, na visão de enfermeiros da 20ª região de saúde do Rio Grande do Sul, mensurando o escore do atributo “coordenação - integração de cuidado”.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo de métodos mistos, sequencial explanatório, que consiste em uma coleta de dados em duas etapas, a primeira quantitativa (QUAN), produzindo informações para a coleta de dados da segunda etapa qualitativa (QUAL) (Creswell & Creswell, 2021), conforme demonstra a figura 1, o caminho metodológico percorrido.

A pesquisa foi realizada com 26 municípios que compõem a 20ª Região de Saúde, localizada na região norte do estado do Rio Grande do Sul, no período de junho de 2021 a junho de 2023.

Para a primeira etapa QUAN, a representação foi calculada, a partir do quantitativo de 1.840 profissionais de saúde de nível superior e técnico cadastrados, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os quais integram a atenção primária dos 26 municípios, totalizando uma representação de 350 profissionais de saúde. Como critério de inclusão, participaram deste estudo os profissionais vinculados a estes serviços, os quais compõem as equipes da APS com mais de seis meses de trabalho e que estiveram disponíveis no período da coleta. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença, férias e ou qualquer tipo de afastamento durante o período de geração de dados.

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento PCATool - Brasil (Ministério da Saúde, 2010) para profissionais de saúde da APS, o qual mede a presença e a extensão do atributo “coordenação - integração de cuidados” através de seis itens que o compõe: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?; C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?; C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?; C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?; C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?; e C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?.

As respostas dadas aos itens são em escala Tipo Likert, sendo “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9).

Após a coleta, os dados foram compilados e organizados em banco de dados com auxílio do programa Excel 2021. Para chegar ao cálculo pela média aritmética, seguiu-se as orientações do manual do instrumento (Ministério da Saúde, 2010): primeiramente verificou-se as respostas de cada entrevistado, desconsiderando o escore do componente quando a soma de respostas em branco e dos itens com respostas “não sei/não lembro” atingiu 50% ou mais do total de itens do componente C; Transformou-se o valor “9” para valor “2”, quando a soma de respostas em branco e dos itens com respostas “9” se inferior a 50% do total de itens do componente. Esta transformação pontuou negativamente alguns itens, os quais eram desconhecidos pelo entrevistado. Após, os valores foram calculados através da soma dos valores dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$.

Ainda, para análise, todos os municípios tiveram o calculado do escore do atributo, os valores que originalmente variaram de 1 a 4, foram transformados em escala de 0 a 10. Sendo calculado o escore para o atributo essencial “coordenação - integração de cuidados”, obtido pela média aritmética dos itens que os compõem. Calculados conforme a fórmula (Ministério da Saúde, 2010:

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

A segunda etapa QUAL, foi guiada a partir dos resultados QUAN, tanto para a escolha dos participantes até a elaboração das questões norteadoras. Foram sorteados sete municípios, entre aqueles que apresentaram maior e menor escore diante do atributo “coordenação - integração de cuidados”. Participaram desta etapa sete enfermeiros, um de cada município sorteado. A quantidade de participantes em cada grupo foi determinada com base em orientações de pesquisas sobre grupos focais, conforme os autores Debus (1997) e Dall’Agnol e Trench (1999), os quais sugerem um tamanho ideal de seis a quinze indivíduos. Trazem ainda que o tamanho do grupo é influenciado pelos objetivos do estudo em questão, onde grupos maiores são preferíveis quando o objetivo é gerar uma ampla gama de ideias, por outro lado, no caso deste estudo, grupos menores são mais adequados para uma discussão mais aprofundada sobre o tema. A escolha dos enfermeiros se justifica por exercerem a coordenação do trabalho nas unidades de saúde, sendo as referências para gestores, profissionais e comunidade. Nos critérios de exclusão além dos citados na etapa QUAN, houve a exclusão de 1 (um) município, por não ter atingido o número mínimo de participantes na primeira etapa.

A produção dos dados ocorreu através de grupo focal, realizado na modalidade remota, via plataforma Google Meet, de acordo com a disponibilidade dos participantes com duração de uma hora e trinta minutos, em média. O encontro foi gravado e utilizou-se das seguintes questões norteadoras: Como vocês compreendem a coordenação do cuidado?; Como é realizada no seu cotidiano - fluxo do usuário na rede/ referência e contrarreferência?.

Para a análise, os dados gerados através do grupo focal foram transcritos e posteriormente submetidos à técnica de análise de temática conforme Minayo (2014), seguindo as seguintes fases: Pré-análise: com aprofundamento das falas do grupo, realizando uma leitura exaustiva, a fim de sistematizar as ideias iniciais; Exploração do material: nesta etapa ocorreu a categorização dos dados, originando as categorias temáticas, e a preparação final do material, se deu por meio da codificação das falas; Tratamento e interpretação dos resultados: momento onde foi realizada a intersecção das interpretações e os resultados discutidos com base nos referenciais do estudo, seguida da conexão com os objetivos propostos, culminando na apresentação das categorias.

Após a análise dos dados QUAN e QUAL, foi realizada a combinação dos dados de forma geral, para interpretação dos resultados, analisando suas convergências, divergências e relação, para produção de entendimento completo sobre as questões de pesquisa (Creswell & Creswell, 2021).

Estão assegurados os princípios éticos, estabelecidos pela Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466, 2012). A pesquisa foi aprovada por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 43093320.0.0000.5346. Para manter o sigilo dos municípios envolvidos na etapa QUAN, estes foram identificados pela letra M de município e numerados sequencialmente (M1 a M26). Os participantes da etapa QUAL foram identificados pela abreviação ENF e numerados sequencialmente, a fim de preservar suas identidades.

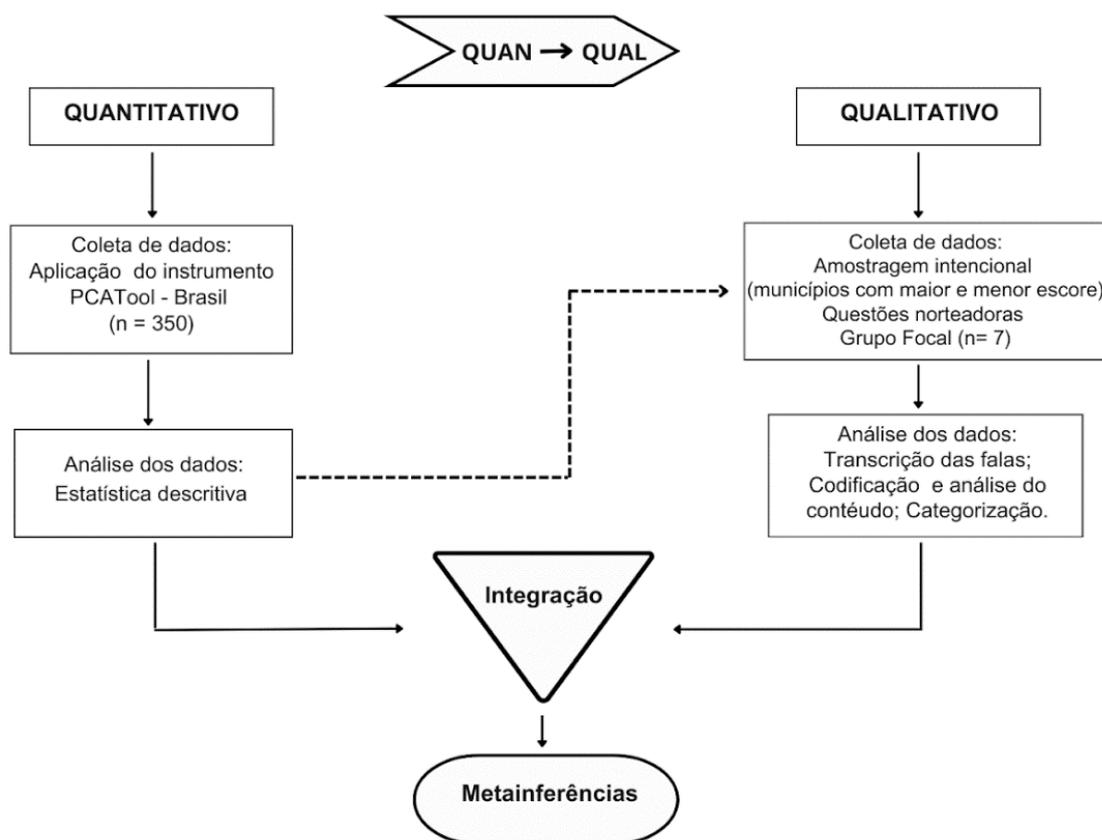


Figura 1 - Visual da integração da abordagem sequencial explanatória

3 RESULTADOS

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

3.1 Etapa quantitativa

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

Os escores obtidos na mensuração do atributo “coordenação – integração de cuidados” para os municípios que compõem a 20ª Região de Saúde, estão descritos na tabela 1. Os resultados foram obtidos mediante a realização de cálculos estatísticos, conforme orientações do manual do instrumento (Ministério da Saúde, 2010) para posterior atribuição de valores em escala de 0 a 10.

Tabela 1 - Escore do atributo “coordenação – integração de cuidados” por municípios

Município	Escore do Atributo Coordenação – Integração de Cuidados	Escala de 0 -10
M1	3,7	8,9
M2	3,5	8,4
M3	3,5	8,4
M4	3,5	8,3
M5	3,4	8,2
M6	3,4	7,9
M7	3,4	7,9
M8	3,3	7,9
M9	3,3	7,8
M10	3,3	7,8
M11	3,3	7,8
M12	3,3	7,8
M13	3,3	7,7
M14	3,3	7,7
M15	3,3	7,6
M16	3,0	7,5
M17	3,2	7,3
M18	3,2	7,3
M19	3,2	7,2
M20	3,2	7,2
M21	3,1	7,0
M22	3,1	7,0
M23	3,1	7,0
M24	3,0	6,9
M25	3,0	6,8
Média	3,3	7,7

Dos 25 municípios, observa-se que o município M1 obteve o escore de 8,9, obtendo uma média aritmética de 3,7 na variação original de 1 a 4. Também apresentaram um escore elevado, os municípios M2 e M3, com escores de 8,4 e 8,4, respectivamente, sendo o primeiro mencionado

tendo um acréscimo na escala de valores de 0,0073. Todavia, os municípios de M24 e M25 foram os que apresentaram os menores escores do conjunto de municípios: 6,9 e 6,8.

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

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

Sendo assim, nota-se que a representatividade dos municípios que obtiveram um escore variável na escala 7 foi significativa para toda a amostra, o que apresenta um resultado positivo na identificação do atributo “coordenação – integração de cuidados”, em especial com a soma dos municípios que apresentaram escore variável na escala 8, apesar das diferenças e semelhanças entre as realidades de cada um dos municípios apresentados nesse estudo.

3.2 Etapa qualitativa

O material empírico produzido nesta etapa, a partir das discussões nos encontros do grupo focal, foram organizados e agrupados em duas categorias, quais sejam: compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados e; referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?.

3.2.1 Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados

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

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

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

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

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

proporcionando práticas estratégicas de ação. Há um consenso de que, mesmo compartilhando com outros serviços, a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário ao longo do tempo é da APS. As falas indicam essa situação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A coordenação do cuidado passa por um conjunto de ações, que vislumbram novos modelos de saúde, com capacidade de acompanhamento, resolução e vinculação. Se envolvem neste processo os profissionais de diferentes áreas e setores, os usuários dos serviços e a organização dos processos e fluxos, pactuados com responsabilidade e firmados diante dos pressupostos teóricos do SUS. Na prática, surgem desafios que podem ser superados, especialmente, com base no diálogo ativo e na conexão dos sujeitos com um propósito, representado, na maioria das falas, na centralidade do usuário e de suas necessidades.

3.2.2 Referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em relação à falta de retorno dos outros setores ou dos outros serviços, isso acaba interferindo negativamente quando da resolutividade da atenção primária, porque se você, por exemplo, esse paciente, ele necessita de um acompanhamento do cardiólogo, a gente precisa saber quais foram as orientações, quais são os medicamentos, quais são as medidas para que a gente consiga supervisionar, entre outras, esse tratamento que ele está fazendo em casa, a gente precisa também de um retorno da assistência social do CAPS, do SAE, para saber se esse paciente ele aderiu ou não ao tratamento e como que a atenção primária vai poder é melhorar esse itinerário terapêutico. (ENF3)

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

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

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

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

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

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

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

[...] como que a gente vai ser resolutivo em 85% dos nossos acompanhamentos, se a gente nem sabe o que o colega fez para dar continuidade nesse trabalho?! Então

acho que existe uma dificuldade também das pessoas, talvez que tenham uma formação um pouco anterior ao Sistema Único de Saúde e essa ideia de linha de cuidado é de que às vezes divide aquela informação que é especializada entre aspas, é uma forma de dividir o trabalho [...] acho que isso potencializaria muito assim a resolutividade da rede. (ENF3)

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

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

3.3 Resultados integrados

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

Como se pode observar no Quadro 1, o lado esquerdo descreve o escore positivo encontrando, demonstrando a presença do atributo “coordenação – integração de cuidados”, ao lado direito, quando comparado aos dados qualitativos as percepções dos participantes ilustram pontos positivos e negativos frente ao atributo coordenação. Desta forma, apresentam-se as metainferências obtidas a partir da análise dos resultados integrada dos métodos mistos.

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

Resultados quantitativos	Resultados qualitativos	Metainferências
<p>Ao avaliar a média geral dos municípios no Atributo C - Integração dos Cuidados, observa-se uma média aritmética de escore 3,3 na variação original de 1 a 4. Ressalta-se que, dentre o escore obtido por município, os valores apresentaram variação entre 3,0 a 3,7.</p>	<p>Compreensões sobre coordenação do cuidado – equipe, usuário e fluxos alinhados</p>	<p>Os profissionais compreendem a coordenação do cuidado em saúde como a equipe de profissionais, voltada para promover uma articulação dos serviços em prol do atendimento do usuário, por meio da articulação entre os profissionais, com a visualização de que o usuário é o ponto central do atendimento. A coordenação do cuidado é traduzida pelo diálogo constante e o entrosamento da equipe multiprofissional, em busca da centralização no usuário e no trabalho em equipe. Ademais, para que haja efetividade no cuidado ofertado na atenção especializada, é preciso que haja um serviço efetivo despendido para a resolução das demandas dos usuários.</p>
	<p>A coordenação do cuidado é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, com um cuidado articulado entre os profissionais da equipe e os demais setores do município, buscando trabalhar na mesma direção. Envolve muitos aspectos que não somente o atendimento em si, mas um envolvimento crescente e cada vez mais complexo de vários segmentos e a comunicação torna-se fundamental neste processo, assim como as questões de referência e contrarreferência. (Texto coletivo GF)</p>	

Referência e contrarreferência – uma prática ou uma meta a conquistar para a coordenação do cuidado?	Os profissionais trazem que a falta de informações causa impactos significativos para o cuidado em saúde, o que reflete diretamente na coordenação do cuidado. Sem a contrarreferência necessária há um maior desgaste da equipe da atenção primária com o usuário que retorna da média ou alta, pois em muitos casos o usuário não sabe fornecer as informações médicas necessárias para que a prestação em saúde da atenção primária alcance sua finalidade. A falta desse retorno evidencia a importância da rede, do trabalho comunicativo necessário para a efetiva coordenação do cuidado.
A contrarreferência é inexistente, são raras as situações em que se recebe retornos dos atendimentos dos usuários, esta lacuna dificulta o processo de coordenação de cuidado, além dos sistemas de informação com pouca conexão entre eles. (Texto coletivo GF)	

4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

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

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

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

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

Em relação aos dados coletados na pesquisa, o escore do atributo “coordenação – integração de cuidados” demonstrou que a performance dos municípios, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, foi significativamente expressiva no viés positivo da análise, pois o escore atribuído ao conjunto da avaliação foi de 7,7. Este escore se mostrou superior quando comparado aos estudos realizados com profissionais em municípios: do estado de Minas Gerais com escore de 7,28 (Machado et al., 2021) e do estado de São Paulo escore de 7,21 (Ferreira et al., 2022), por outro lado se mostrou inferior ao estudo realizado no município de São José de Ribamar/MA, que obteve um escore geral de 8,15 na perspectiva dos profissionais de saúde (Costa et al., 2020).

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

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

Todavia, foram identificados desafios que impactam de forma direta na efetivação da coordenação do cuidado, desafios estes como a comunicação falha entre as equipes atuantes do trabalho em rede; a falta de informação e o seu impacto nas referências e contrarreferências.

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

Mendes e Almeida (2020), em uma pesquisa realizada com profissionais da atenção primária, também tiveram como resultados a alta frequência no envio da referência ao especialista, que, por sua vez, a baixa frequência no recebimento da contrarreferência pela atenção especializada. Para os autores, a ausência ou a demora do retorno da contrarreferência pode atrasar ações de busca ativa em casos que precisam de intervenções mais urgentes e ainda, a frequência de poucas informações sobre exames no formulário também aumenta as chances de duplicação desnecessária, aspectos que a gestão deve levar em conta em processos de formação continuada.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Costa et al. (2022), na avaliação da perspectiva de médicos na aplicação de atributos da APS, em UBS do município de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais. Quando avaliado sobre o atributo coordenação do cuidado, os autores verificaram a dificuldade de comunicação entre os profissionais com outros pontos da rede de atenção. Essa comunicação quase inexistente impacta na continuidade dos serviços e a eficácia da coordenação do cuidado.

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

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

A portaria nº 2.073/2011, regulamenta e define o padrão de interoperabilidade, como compromisso com a troca e compartilhamento de informações de prontuários eletrônicos em diferentes sistemas, tanto no âmbito do SUS como no setor de saúde suplementar. A ideia é que exista um prontuário único para que as informações de saúde possam ser consultadas por todos os níveis de atenção (Ministério da Saúde, 2011b).

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

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

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

Lanzoni et al. (2022), em pesquisa nos municípios de Santa Catarina, evidenciou que os enfermeiros consideram que os sistemas de informação são mecanismos fundamentais para planejamento e avaliação em conjunto de ações da equipe de saúde e, assim, são uma estratégia de coordenação do cuidado.

Nesta direção, é preciso que haja uma transformação na execução da coordenação do cuidado, pois as informações são mecanismos essenciais para que o usuário possa ter um atendimento integralizado e não fragmentado, como visto. É necessário que a coordenação do cuidado também seja realizada pela atribuição e execução das responsabilidades para as equipes e não apenas para um profissional, como no caso dos enfermeiros.

5 CONCLUSÃO

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

Dentre os desafios encontrados, a fragilidade no fluxo de informações - comunicação, escuta atenta, corresponsabilização interprofissional; a fragilidade no cuidado integral - prontuários com pouca informação; demanda exaustiva; fragilidade no trabalho em redes de forma articulada e compartilhada e falta de contrarreferência, gerando interferência no cuidado.

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

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

A coordenação do cuidado vai além do atendimento genérico e célere. Esse formato não prioriza as características essenciais da coordenação e, assim, fragiliza o potencial deste atributo para a saúde dos usuários.

Por fim, compreende-se que a coordenação do cuidado é a representação das ações estrategicamente aplicadas na efetividade da oferta dos serviços de saúde aos usuários dentro da

rede. Para que haja essa efetividade, são necessárias equipes multiprofissionais que atuem com interdisciplinaridade, modelos de gestão e comportamentos que culminam em um resultado positivo e promissor para o sistema de saúde.

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

6 REFERÊNCIAS

- Aleluia, I. R. S., Medina, M. G., Almeida, P. F., & Vilasbôas, A. L. Q. (2017). Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 22(6), 1845-1856. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
- Almeida, P. F., Medina, M. G., Fausto, M. C. R., & Giovanella, L. (2018). Coordenação do cuidado e atenção primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 42(spe1), 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
- Araújo, Á. C., Vieira, L. J. E. S., Ferreira Júnior, A. R., Pinto, A. G. A., Freitas, K. M., & Ribeiro, C. L. (2023). Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 27, e20220330. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>.
- Cabral, D. S., Nascimento, M. C., Miranda, T. P. S., Júnior, S. I. S., Bittencourt, F., & Silva, S. A. (2020). Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03589. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018048703589>
- Chang, L., Wanner, K. J., Kovalsky, D., Smith, K. L., & Rhodes, K. V. (2018). "It's really overwhelming": patient perspectives on care coordination. *J Am Board Fam Med*, 31(5), 682- 690. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.05.180034>.
- Chueiri, P. S., Harzheim, E., & Takeda, S. M. P. (2017). Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela atenção primária à saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-18. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363).
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. CONASS. <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>.
- Costa, M. A., Alves, M. T. S. S. B., Branco, R. M. P. C., Castro, W. E. C., & Ramos, C. A. M. (2020). Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190628. <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>.
- Costa, A. P. B., Guerra, M. R., & Leite, I. C. G. (2022). Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 3085. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3085](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085).
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto*. (5a ed.). Penso.
- Dall'agnol, C. M., & Trench, M. H. (1999). Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(1), 5-25. <http://hdl.handle.net/10183/23448>.
- Debus, M. (1997). *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Washington (USA): Academy for Educational Development.

- Ferreira, R. A. A., Silva, S. A., Nascimento, M. C., Barbieri, A. F., & Fioroni, L. N. (2022). Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. *Interações (Campo Grande)*, 23(2), 489–503. <https://doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>
- Freitas, C. G. M. F., Silva, T. C. L., & Gomes, N. P. C. P. (2021). Avaliação da rede de atenção primária do município de Recife – PE sob a ótica de um grupo de usuários. *Revista de Atenção à Saúde*, 19(67), 314-328. <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7566>.
- Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475–1482. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
- Guetterman, T. C., Feters, M. D., & Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Annals of Family Medicine [Internet]*, 13(6), 554-561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>.
- Hartz, Z. M. A., & Contandriopoulos, A.-P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, 20, S331–S336. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.
- Lacerda, R. S. T., & Almeida, P. F. (2023). Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220665. <https://doi.org/10.1590/interface.220665>.
- Lanzoni, G. M. M., Celuppi, I. C., Metelski, F. K., Vendruscolo, C., Costa, V. T., & Meirelles, B. H. S. (2022). Coordinación del cuidado: un análisis desde la perspectiva del enfermero de atención primaria. *Index de Enfermería*, 31(2), 82-86. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000200007&lng=es&tlng=pt.
- Leandro, S. S., & Monteiro, P. S. (2017). Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. *Enfermagem em Foco*, 8(3), 65-69. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1097>.
- Machado, G. A. B., Dias, B. M., Silva, J. J., Bernardes, A., & Gabriel, C. S. (2021). Avaliação das características da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00973. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>.
- McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., Smith-Spangler, C., Brustrom, J., Malcolm, E., Rohn, L., & Davies, S. (2014). *Care coordination measures atlas*. AHRQ Pub: Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf.
- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
- Mendes, E. V. (2002). *A atenção primária à saúde no SUS*. Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan- Americana da Saúde. <https://goo.gl/UpC8af>.
- Mendes, E. V. (2019). *Desafios do SUS*. CONASS.
- Mendes, E. V., Matos, M. A. B., Evangelista, M. J. O., & Barra, R. P. (2019). *A construção social da atenção primária à saúde*. (2a ed.). CONASS.
- Mendes, L. S., & Almeida, P. F. (2020). Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms?. *Revista de Saúde Pública*, 54(121). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002475>.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14a ed.). Hucitec.

- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
- Ministério da Saúde. (2010). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.
- Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Ministério da Saúde. (2011b). *Portaria n. 2.073, de 31 de agosto de 2011*. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html.
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Nogueira, T. C. P., Oliveira, L. F. A., Nogueira, D. A., Sanches, R. S., Silva, S. A., & Nascimento, M. C. (2021). Family health and care coordination: evaluation of unified health system workers. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 12093-12107. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-029>.
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Ribeiro, S. P., & Cavalcanti, M. L. T. (2020). Primary health care and coordination of care: device to increase access and improve quality. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(5), 1799-1808. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
- Silva, C. T. S., Assis, M. M. A., Espíndola, M. M. M., Nascimento, M. A. A., & Santos, A. M. (2021). Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11, e30. <https://doi.org/10.5902/2179769246850>.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
- Teixeira, L. M. D., & Almeida, M. B. (2020). Composicionalidade e sobreposição em terminologias biomédicas: alternativas para interoperabilidade em saúde. *Em Questão*, 26(3), 196-223. <http://doi.org/10.19132/1808-5245263>.