

## Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?

Patty Fidelis de Almeida<sup>I</sup>, Adriano Maia dos Santos<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Planejamento em Saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil

<sup>II</sup> Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar o alcance da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde em três regiões de saúde.

**MÉTODOS:** Trata-se de estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram realizadas 31 entrevistas semiestruturadas com gestores municipais, regionais e estaduais e estudo transversal com aplicação de questionários para médicos (74), enfermeiros (127) e amostra representativa de usuários (1.590) da Estratégia Saúde da Família em três municípios-sede de regiões de saúde do estado da Bahia.

**RESULTADOS:** A função de porta de entrada preferencial pela Atenção Primária à Saúde deparava-se com forte concorrência de serviços ambulatoriais hospitalares e de pronto-atendimento, desarticulados da rede. Problemas de acesso e oferta de atenção especializada eram agravados pela dependência do setor privado nas regiões, ainda que tenham sido observados avanços na institucionalização de fluxos desde a Atenção Primária à Saúde. A contrarreferência era deficiente e a comunicação interprofissional escassa, principalmente quando o usuário era atendido na rede contratada ou conveniada.

**CONCLUSÕES:** A capacidade de coordenação mostra-se afetada tanto pela fragmentação da rede regional, quanto por problemas intrínsecos à Atenção Primária à Saúde, pouco fortalecida em seus atributos essenciais. Apesar de as regiões de saúde apresentarem problemas em comum, a Atenção Primária à Saúde continua sendo um tema circunscrito aos limites municipais.

**DESCRIPTORIOS:** Atenção Primária à Saúde, organização & administração. Serviços de Saúde, provisão & distribuição. Cobertura de Serviços de Saúde. Regionalização. Integração de Sistemas.

#### Correspondência:

Patty Fidelis de Almeida  
Rua Marquês de Paraná, 303 3º andar  
Prédio Anexo ao Hospital  
Antonio Pedro  
24030-210 Niterói, RJ, Brasil  
E-mail: pattyfidelis@id.uff.br

**Recebido:** 7 ago 2015

**Aprovado:** 14 jan 2016

**Como citar:** Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Rev Saude Publica. 2016;50:80.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A ausência de coordenação do cuidado é apontada como uma das principais causas da má qualidade da atenção, associada a custos mais elevados, duplicação e sobreutilização de procedimentos diagnósticos, uso de múltiplos medicamentos e planos terapêuticos conflitantes, sendo os efeitos negativos mais potentes sobre condições crônicas<sup>6,12,14,a</sup>.

A coordenação pressupõe organizar o cuidado ao paciente, que pode envolver dois ou mais prestadores e o próprio usuário, de forma a facilitar a oportuna oferta dos serviços, envolvendo ordenamento de pessoal e outros recursos e dispositivos para a troca de informações entre provedores<sup>13,17</sup>.

Elementos organizacionais para assegurar a coordenação incorporariam a definição de metas compartilhadas para o sistema de saúde; incentivos financeiros por meio de pagamento e alocação de recursos; mecanismos de comunicação entre profissionais de saúde; desenvolvimento de cultura comum e liderança orientada ao trabalho em equipe, à colaboração e ao melhor desempenho; e fortalecimento de um modelo de atenção com base na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>a</sup>.

Ressalta-se a necessidade de adaptação aos diferentes contextos, visto não haver uma definição amplamente desenvolvida<sup>13</sup>. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>b</sup>, a coordenação é definida como “coordenação da integralidade”, um dos fundamentos da APS, que deve ser viabilizado por estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar) e vertical entre diversos níveis das Redes de Atenção à Saúde.

No Brasil, estudos indicam que a integração das Redes de Atenção à Saúde, uma das dimensões da coordenação, foi potencializada pela expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF); criação de serviços de especialidades em distritos de saúde; implantação de sistema de regulação; informatização dos prontuários; elaboração de protocolos gerenciais e clínicos; e iniciativas de comunicação e apoio matricial<sup>1,8,9,15</sup>.

O conceito de coordenação do cuidado adotado neste artigo é compreendido como a articulação entre diversos serviços, ações e profissionais relacionados à atenção em saúde, de forma que, independentemente do local onde seja prestada, esteja sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum<sup>11,a</sup>. Sustenta-se na existência de ações integradas entre prestadores de diferentes níveis ou ao interior de um mesmo nível, de maneira que distintas intervenções sejam percebidas e vivenciadas pelo usuário de forma contínua, adequadas às suas necessidades em saúde<sup>5</sup>.

Buscou-se analisar o alcance da coordenação do cuidado pela APS em redes regionalizadas. Pretende-se trazer novos aportes ao debater o tema no contexto de regiões de saúde, considerando que ainda são inéditas as pesquisas que buscam investigar o atributo da coordenação em situação que exige integração horizontal entre profissionais e prestadores do mesmo nível com base em uma APS fortalecida em seus atributos essenciais e, vertical, entre serviços da rede sob gestão de entes federados distintos. Portanto, analisar dispositivos facilitadores e barreiras à coordenação em territórios regionais pode sinalizar caminhos para a consecução de acesso mais oportuno e de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

## MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso realizados em três municípios sede das regiões de saúde de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, no estado da Bahia. Combinaram-se abordagens qualitativas e quantitativas – “métodos mistos”<sup>10</sup>, com utilização de entrevistas semiestruturadas e inquéritos.

A análise qualitativa foi realizada a partir de 31 entrevistas semiestruturadas com gestores ou gerentes das esferas municipal, estadual e regional, em 2012.

<sup>a</sup> Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives: report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health; 2013 [citado 2015 jul 5]. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_Schang%2C%20L\\_Schang\\_Measuring%20care%20coordination\\_2014.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Schang%2C%20L_Schang_Measuring%20care%20coordination_2014.pdf)

<sup>b</sup> Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2011 [citado 2015 jul 5]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

As experiências dos profissionais foram examinadas com base em questionários autoaplicáveis ao universo de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (EqSF) existentes em outubro de 2012: 84 em Feira de Santana, 21 em Santo Antônio de Jesus e 38 em Vitória da Conquista, com cobertura populacional estimada de 51,5%, 78,7% e 41,2%, respectivamente<sup>c</sup>. Elegeram-se médicos e enfermeiros, por estarem mais diretamente envolvidos nas atividades de coordenação. O instrumento utilizado foi adaptado de estudo realizado por Giovanella et al.<sup>d</sup> (2008). Foram aplicados 106 questionários em Feira de Santana, 31 em Santo Antônio de Jesus e 64 em Vitória da Conquista, ou seja, 201 dos 286 questionários previstos. As perdas (30%) se distribuem de forma desigual entre médicos (48%) e enfermeiros (11%), justificadas, não por recusa, mas pela precariedade dos vínculos trabalhistas, fragilizados no período dos pleitos municipais.

Realizou-se inquérito de base domiciliar, com aplicação de questionário a uma amostra representativa de famílias cadastradas em EqSF de cada município. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, entrevistado no domicílio. O questionário para usuários também foi adaptado de Giovanella et al.<sup>c</sup> Para cálculo da amostra de usuários, considerou-se o percentual de cobertura populacional da EqSF ( $p$ ), segundo o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica<sup>e</sup>, assumindo um nível de confiança de 95% ( $z$ ) (representado pelo valor 1,96, da abscissa da distribuição normal [0;1]) e uma precisão de 4%  $(p - \pi)^2$ . O número de usuários, supondo uma amostra aleatória simples, foi de 596, 430 e 576 para Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, respectivamente, totalizando uma amostra de 1.602 usuários.

Os usuários foram selecionados por meio de amostragem por conglomerados em três etapas. Na primeira, selecionou-se o número de usuários a ser entrevistado em cada EqSF, dividindo-se a amostra de cada município pelo número de equipes existentes em outubro de 2012. Na segunda etapa, por amostragem aleatória simples, foi selecionado um agente comunitário de saúde para cada EqSF. Por fim, foi sorteado o número de famílias do agente comunitário de saúde selecionado. A aplicação de questionários para profissionais e usuários foi realizada entre novembro de 2012 a fevereiro de 2013. Para usuários foram efetivamente aplicados 1.590 questionários.

O conceito de coordenação utilizado foi operacionalizado por meio de dimensões e indicadores que incorporam componentes para o fortalecimento dos atributos essenciais da APS, como organização da porta de entrada preferencial e abrangência/resolubilidade; e de integração das Redes de Atenção à Saúde, como oferta e acesso à atenção especializada e comunicação entre profissionais (Tabela 1).

Os resultados qualitativos provenientes das entrevistas semiestruturadas são apresentados em síntese narrativa. As informações dos distintos métodos foram trianguladas, buscando articular a perspectiva de gestores, profissionais e famílias, além de traçar análise comparada entre os casos. Dados quantitativos foram codificados e computados no Epidata e, para análise descritiva, empregou-se o *Epidata Stat*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (Parecer 323/2011) e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde.

## RESULTADOS

Os resultados foram organizados conforme dimensões e indicadores apresentados na Tabela 1, que, no conjunto, representam estratégias para consecução de melhor coordenação do cuidado com base no fortalecimento da APS e integração das Redes de Atenção à Saúde, a partir dos resultados do estudo transversal e entrevistas com gestores ou gerentes nas regiões de saúde estudadas.

A organização da porta de entrada preferencial pela APS foi uma das dimensões para análise do fortalecimento da coordenação. O inquérito com as famílias mostrou alto percentual

<sup>c</sup> Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília (DF); 2015 [citado 2015 nov 5]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)

<sup>d</sup> Giovanella L, Moraes SME, Mendonça MHM. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

<sup>e</sup> Ministério da Saúde (BR), Diretoria de Atenção Básica. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica. Brasília (DF); 2012 [citado 2013 out 1]. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com\\_content&id=450&Itemid=145](http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&id=450&Itemid=145)

**Tabela 1.** Matriz para análise da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde em Região de Saúde.

Dimensão	Indicador
Organização da porta de entrada preferencial pela APS	<p>Conhecimento da ESF (U)</p> <p>Conhecimento e facilidade ao local de acesso da ESF (U)</p> <p>Conhecimento e visita domiciliar pelo ACS (U)</p> <p>Cobertura por planos privados de saúde (U)</p> <p>USF como serviço de busca regular e primeiro contato (U/P)</p> <p>Tempo médio de espera para consulta na USF (P)</p> <p>Agendamento de consulta médica (U)</p> <p>Atendimento à demanda espontânea (U/P)</p> <p>Estratégias regionais para fortalecimento da APS (G)</p>
Abrangência e resolubilidade da APS	<p>Estratégias para aumento da abrangência e resolubilidade da APS (apoio matricial, cobertura saúde bucal, infraestrutura física e acomodações, apoio logístico e comunicacional) (G)</p> <p>Disponibilidade de médicos (G)</p> <p>Profissional da EqSF responsável pelo atendimento (U)</p> <p>Satisfação com o atendimento (U)</p> <p>Resolução do problema de saúde em atendimento prestado pela EqSF (U/P)</p> <p>Ações realizadas quando não há resolução do problema de saúde (U)</p> <p>Coleta de material para exame na USF (P)</p> <p>Realização de exame de patologia clínica solicitado pela EqSF (U)</p> <p>Acesso a medicamentos prescritos pela EqSF (U/P)</p>
Oferta e acesso à atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde	<p>Suficiência da oferta de atenção especializada na RAS (G)</p> <p>Serviço de realização da consulta médica especializada (U)</p> <p>Formas de acesso à consulta especializada referenciada pela EqSF (U/P/G)</p> <p>Agendamento de consulta e exames especializados e internação pela EqSF (P)</p> <p>Realização de exame especializado solicitado pela EqSF (U)</p> <p>Formas de acesso ao exame especializado (U)</p> <p>Principal propriedade dos serviços especializados (G)</p> <p>Estratégias regionais para oferta de atenção especializada (G)</p>
Comunicação entre profissionais	<p>Utilização de instrumentos de referência e contrarreferência (P/G)</p> <p>Informatização dos serviços de saúde (G)</p> <p>Utilização de protocolos clínicos (G)</p> <p>Registros no prontuário após consulta na USF (P)</p> <p>Acompanhamento de usuários atendidos em outros serviços de saúde (U/P)</p>

U: usuários/famílias; P: profissionais (médicos e enfermeiros) das equipes de Saúde da Família; G: gestores e gerentes da saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; CIR: Comissão Intergestores Regional; ACS: Agente Comunitário de Saúde; EqSF: Equipe de Saúde da Família; RAS: Redes de Atenção à Saúde

de usuários cadastrados que conheciam a ESF, sendo menor em Vitória da Conquista. Possivelmente muitos não frequentavam a Unidade de Saúde da Família (USF), sobretudo entre as equipes com adscrição elevada de famílias. Nos três municípios, a maioria dos usuários afirmou conhecer o local de funcionamento da USF e consideravam-na de fácil acesso. O agente comunitário de saúde era conhecido pelos entrevistados e percentual importante relatou receber visita domiciliar mensal (Tabela 2).

Os resultados também indicaram busca expressiva por outras modalidades de serviço como primeiro contato, mesmo em horários e dias em que a USF estava funcionando e em contexto de baixa cobertura por seguros privados de saúde. Em Feira de Santana policlínicas, serviços de pronto-atendimento, com funcionamento 24 horas e especialistas – concorriam fortemente pela função de primeiro contato (Tabela 2). Para os gestores e gerentes, o funcionamento das policlínicas era bem variado: algumas atendiam e orientavam a busca pela USF, enquanto outras não realizavam referência.

Em Santo Antônio de Jesus, a existência de hospital regional, com oferta de atendimento ambulatorial por demanda espontânea, desarticulada da APS, colaborava para sua busca como porta de entrada rotineira, respondendo como serviço de primeiro contato em dias de semana, segundo 33,0% dos usuários (Tabela 2). Para os gestores e gerentes, a cultura hospitalocêntrica era muito forte, sendo a demanda espontânea no hospital regional constituída por usuários que passavam pela USF ou que, às vezes, nem a procuravam, alegando não haver médicos ou insumos, tanto na sede, quanto nos demais municípios da região de saúde.

Em Vitória da Conquista, número excessivo de pessoas sob cuidado de uma única EqSF constrangia a capacidade dos profissionais em abarcar demandas de maneira resolutiva

e oportuna. Essa perspectiva foi sintetizada pelo gestor: (...) *a gente vê que equipes estão superlotadas de famílias. (...). Nem para quem busca não temos conseguido garantir acesso e, por isso, temos muitos acessos pela porta da urgência daquilo que não é urgência.*” (Gestor Municipal/Vitória da Conquista)

Outra razão, nos três municípios, para busca de diversos pontos de entrada foi ausência ou falhas no acolhimento, embora profissionais tenham avaliado que a equipe incorporou o atendimento à demanda espontânea e que a população busca primeiramente a USF quando necessita de atendimento (Tabela 3). A avaliação dos usuários indica barreiras no agendamento de consultas médicas e, especialmente, no atendimento à demanda espontânea (Tabela 2), sugerindo problemas na organização da porta de entrada. De forma geral, avaliações dos profissionais foram mais favoráveis quanto às condições de acesso às USF, embora o tempo médio para consecução de consulta pudesse superar 15 dias, segundo 1/3 dos profissionais de Feira de Santana (Tabela 3).

**Tabela 2.** Porta de entrada preferencial pela APS segundo usuários e famílias cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, BA, 2013.

Indicador	Feira de Santana	Santo Antônio de Jesus	Vitória da Conquista
	%	%	%
Usuários que conhecem a ESF (espontânea + estimulada)	97 (n = 588)	96 (n = 430)	73 (n = 572)
Usuários que conhecem o local de funcionamento da ESF	99 (n = 572)	96 (n = 412)	95 (n = 420)
Facilidade de acesso ao local da USF	97 (n = 565)	95 (n = 396)	97 (n = 399)
Usuários que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF	95 (n = 565)	93 (n = 396)	87 (n = 399)
Usuários que conhecem o ACS	98 (n = 572)	96 (n = 412)	96 (n = 420)
Usuários que receberam alguma visita do ACS	98 (n = 560)	92 (n = 395)	95 (n = 404)
Usuários que recebem visita de ACS pelo menos uma vez ao mês	68 (n = 546)	63 (n = 363)	68 (n = 386)
Famílias que possuem seguro privado de saúde	22 (n = 588)	16 (n = 430)	19 (n = 572)
Membros da família cobertos por seguro privado de saúde	n = 129	n = 69	n = 106
Um membro da família	46	43	44
Dois membros da família	18	25	21
Três ou mais membros da família	17	32	35
Avaliação dos usuários quanto a conseguir marcar consulta médica*	n = 443	n = 308	n = 306
Muito bom/Bom	68	58	54
Muito ruim/Ruim	29	35	42
Avaliação dos usuários quanto a conseguir consulta médica sem marcação prévia – demanda espontânea*	n = 443	n = 308	n = 306
Muito bom/Bom	42	39	29
Muito ruim/Ruim	42	50	52
Serviço de saúde buscado em caso de doença durante a semana	n = 588	n = 430	n = 572
Unidade de Saúde da Família	43	49	39
Policlínica	36	0	0
Ambulatório/Emergência de hospital público	6	33	37
Clínica/Hospital ou emergência privados	5	6	8
Consultório particular	2	5	5
Outros	8	7	11
Serviço de saúde buscado em caso de doença em finais de semana/feriados/à noite	n = 588	n = 430	n = 572
Unidade de Saúde da Família	0,3	0	4
Policlínica	71	0	0
Ambulatório/Emergência de hospital público	13	83	68
Clínica/Hospital ou emergência privados	6	6	10
Consultório particular	1,7	4	4
Outros	8	7	14

ESF: Estratégia Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde  
n = Total de usuários que poderiam responder a questão.

\* Usuários que relataram ter recebido atendimento na Unidade de Saúde da Família nos últimos 12 meses.



**Tabela 3.** Organização da porta de entrada, abrangência e resolubilidade da APS, oferta e acesso à atenção especializada e comunicação entre profissionais segundo médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, BA, 2013.

Indicador	Feira de Santana <sup>a</sup>	Santo Antônio de Jesus <sup>b</sup>	Vitória da Conquista <sup>c</sup>
	%	%	%
<b>Organização da porta de entrada preferencial pela APS</b>			
Concordam totalmente/Concordam que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde	92	77	91
Concordam totalmente/Concordam que com a ESF a população procura menos os serviços hospitalares e especializados	81	74	84
Concordam totalmente/Concordam que a população procura primeiro a rede hospitalar ou de urgência quando necessita de atendimento em saúde	19	10	19
Concordam totalmente/Concordam que a USF atende apenas com agendamento prévio	10	6	6
Concordam totalmente/Concordam que a USF atende à demanda espontânea	88	97	98
Concordam totalmente/Concordam que o tempo médio de espera para consulta na USF é superior a 15 dias	33	16	19
<b>Abrangência e resolubilidade da APS</b>			
Avaliam como muito satisfatório/Satisfatório o desempenho da EqSF para resolver 80% ou mais dos casos atendidos na USF	89	77	78
Existência de coleta de material para exames na USF	9	77	66
Avaliam como muito satisfatório/Satisfatório o desempenho da equipe na distribuição regular de medicamentos	69	84	75
<b>Oferta e acesso à atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde</b>			
Percurso mais comum do paciente desde atendimento na UBS ao encaminhamento para consulta especializada			
A consulta é agendada pela UBS e a data posteriormente informada ao paciente	60	48	94
O paciente sai da UBS com a consulta agendada	25	6	0
Conseguem realizar sempre/Na maioria das vezes agendamento para outros serviços			
Consulta especializada	75	61	63
Exame especializado	76	55	75
Internação	58	48	64
<b>Comunicação entre profissionais</b>			
Referem fazer registros no prontuário após cada consulta	94	100	98
Fornecem informações por escrito sempre/Na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outros serviços	92	90	83
Recebem a contrarreferência sempre/Na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista	13	10	5
Concordam totalmente/Concordam que o profissional médico consegue acompanhar os usuários quando atendidos em outros serviços de saúde	33	42	56
Concordam totalmente/Concordam que o profissional enfermeiro consegue acompanhar os usuários quando atendidos em outros serviços de saúde	50	61	64

APS: Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; EqSF: Equipe de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde

<sup>a</sup> 36 médicos e 70 enfermeiros.

<sup>b</sup> 10 médicos e 21 enfermeiros.

<sup>c</sup> 28 médicos e 36 enfermeiros.

Embora tenha sido relatado pelos gestores e gerentes que a consolidação da APS enfrentava problemas semelhantes na região de saúde, estratégias para o enfrentamento das barreiras e busca de soluções ainda se circunscreviam ao âmbito municipal, não sendo pauta de discussão nos espaços de governança regional como a Comissão Intergestores Regional. Tal percepção foi ratificada nas entrevistas, nas quais gestores e gerentes esclareciam que só poderiam responder pela dinâmica da APS em seu próprio município.

A abrangência e resolubilidade da APS são dimensões importantes para coordenação do cuidado. Neste sentido, em Feira de Santana, segundo os gestores e gerentes, tais dimensões eram comprometidas por fatores como: número insuficiente de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ausência de equipes de saúde bucal em todas as USF, oferta reduzida ou simplificada de ações de saúde, poucas intervenções comunitárias, baixo envolvimento dos médicos nas

ações coletivas e administrativas e incipiência de apoio logístico e comunicacional para integração. Entrevistas apontaram insuficiência e descontinuidade na oferta de insumos e inadequação da estrutura física e acomodações em muitas USF.

Em Vitória da Conquista, os gestores destacaram a participação de profissionais ofertando suporte técnico-pedagógico às EqSF como alternativa ao discurso médico-centrado. Salientou-se que, na região de saúde, é uma experiência recente, com presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família em número insuficiente para as demandas das EqSF, semelhante à realidade de Feira de Santana.

Nas três regiões, segundo os gestores, a atração e fixação de médicos gerava distorções, repercutindo na qualidade e resolubilidade da atenção. Os gestores afirmavam que não podiam fazer seleção de profissionais com perfil para trabalho na ESF e que, muitas vezes, faziam “vistas grossas” para ausências e descumprimento das atividades, sendo comum o “leilão” de médicos entre os municípios da região, sem, contudo, serem relatadas busca de soluções regionais para o problema.

Ainda assim, resultados do presente estudo mostraram que médico foi responsável pelo atendimento da maior parte dos usuários com experiência de uso na USF. Quando perguntados sobre satisfação acerca da consulta realizada pelo médico, a maioria (> 69%) respondeu estar “muito satisfeita/satisfeita” (Tabela 4).

De maneira positiva, usuários, nos três municípios, informaram que ao buscarem algum cuidado na USF tinham seu problema resolvido (> 70%) (Tabela 4), avaliações sincrônicas àquelas dos profissionais (Tabela 3).

O inquérito com as famílias sinalizou que, mesmo quando não conseguiam acessar um serviço ou não tinham seus problemas resolvidos na ESF, a maior busca, nos três casos, recaiu em serviços públicos (50% a 62%). Porém, percentual importante da população buscou atendimento na rede privada (23% a 33%) (Tabela 4).

Em Feira de Santana, a coleta de material para análise clínica não era realizada nas USF, informação confirmada pelos profissionais (Tabela 3). Por sua vez, nas policlínicas havia coleta de material biológico, o que estimulava a busca. Em Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, segundo os gestores, havia coleta de material para exames nas USF, inclusive na zona rural.

Entre famílias que, nos últimos 12 meses, necessitaram de exames de análises clínicas solicitados por EqSF, 76%, 85% e 92%, respectivamente, em Santo Antônio de Jesus, Feira de Santana e Vitória da Conquista, relataram conseguir realizá-los; porém, desse total, entre 52% e 67% informaram que todos os exames foram feitos na rede pública, sendo o melhor desempenho encontrado em Vitória da Conquista. Entre 14% a 26% dos usuários afirmaram ter realizado exames na rede privada, destacando que, principalmente em Feira de Santana, cerca de 1/4 não conseguiu realizar o exame prescrito (Tabela 4).

Entre usuários atendidos pela EqSF, 85% a 91% necessitaram de medicamentos nos três casos estudados. A maioria (50% a 64%) relatou receber apenas alguns (Tabela 4), mas percentual importante, em torno de 40% em Santo Antônio de Jesus e Feira de Santana, receberam todos os medicamentos pelo SUS. Profissionais, principalmente aqueles atuantes em Santo Antônio de Jesus, realizaram avaliações positivas quanto à distribuição regular de medicamentos (Tabela 3).

Em relação à oferta e acesso à atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde, dimensão fundamental para coordenação, nos três municípios-sede das regiões de saúde, os gestores e gerentes destacaram que a oferta de procedimentos para retaguarda terapêutica e os recursos financeiros para sua ampliação eram insuficientes. Assim, pactuavam com base na escassez de oferta, comprometendo necessidades sanitárias e abrindo espaço para conflitos éticos entre as EqSF, pois tinham que, dentre as inúmeras necessidades, apontar quais eram os usuários “eleitos”.

**Tabela 4.** Abrangência e resolubilidade da APS segundo usuários e famílias cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, BA, 2013.

Indicador	Feira de Santana	Santo Antônio de Jesus	Vitória da Conquista
	%	%	%
Profissional da EqSF responsável pelo atendimento <sup>a</sup>	n = 541	n = 391	n = 397
Médico	90	83	88
Enfermeiro	8	13	8
Outro/Não sabe/Não respondeu	2	4	4
Satisfação com o atendimento prestado pelo médico	n = 486	n = 323	n = 350
Muito satisfatório/Satisfatório	81	69	83
Regular	15	21	13
Muito insatisfatório/Insatisfatório	4	10	3
Não sabe/Não respondeu	0	0	1
Resolução do problema de saúde em atendimento prestado pela EqSF <sup>a</sup>	n = 541	n = 391	n = 397
Sim	83	70	78
Não	17	30	22
Ações realizadas quando não há resolução do problema de saúde	n = 91	n = 117	n = 87
Referência para especialista da rede pública realizada pela EqSF	25	20	29
Busca direta de atendimento em hospital/emergência públicos	37	30	26
Busca direta de atendimento na rede privada	23	33	24
Não faz nada/Não procura serviços de saúde	6	14	8
Outro/Não sabe/Não respondeu	9	3	13
Realização de exame de patologia clínica solicitado pelo profissional da EqSF <sup>b</sup>	n = 280	n = 141	n = 207
Realizou todos os exames na rede pública	58	52	67
Realizou alguns exames na rede pública	16	26	19
Realizou todos os exames na rede privada	26	22	14
Acesso a medicamentos prescritos pela EqSF <sup>c</sup>	n = 461	n = 341	n = 360
Recebeu todos os medicamentos	40	43	31
Recebeu alguns medicamentos	53	50	64
Não recebeu medicamentos	7	7	5

EqSF: Equipe de Saúde da Família

n = Total de usuários que poderiam responder a questão.

<sup>a</sup> Usuários que relataram terem sido atendidos alguma vez na Unidade de Saúde da Família.<sup>b</sup> Famílias que afirmaram ter conseguido realizar os exames de patologia clínica solicitados pela Equipe de Saúde da Família nos últimos 12 meses.<sup>c</sup> Famílias que afirmaram ter necessitado de medicamentos solicitados pela Equipe de Saúde da Família nos últimos 12 meses.

O acesso aos serviços de maior densidade tecnológica, nos três casos, era realizado predominantemente por meio de referência da APS, segundo os gestores e gerentes. Quando o procedimento estava agendado, a guia de referência geralmente voltava à EqSF; com isso, o usuário deveria retornar à USF ou era contatado pelo agente comunitário de saúde (Tabelas 3 e 5). Em Santo Antônio de Jesus, parte expressiva (29%) buscava diretamente a central de marcação (Tabela 5).

Nos três casos estudados, a maioria dos especialistas eram profissionais liberais com atuação no mercado privado. Em Feira de Santana, não havia centro de especialidades que concentrasse a oferta e, portanto, especialistas contratados por meio de chamada pública podiam atuar em suas clínicas privadas, em UBS ou policlínicas. Em Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, serviços especializados eram contratados por meio de licitações, sendo comum o não comparecimento dos prestadores.

Além da oferta para atender ao município sede, eram comprados serviços para atender à Programação Pactuada e Integrada da região de saúde, o que nem sempre era possível com base nos valores da Tabela SUS. Muitas vezes, municípios recebiam cota menor do que a pactuada, em função do que foi possível “negociar” com prestadores privados. Para os gestores



e gerentes, a grande dependência do setor privado representava um entrave: “(...) *vivemos num mundo capitalista, temos que trabalhar o SUS que é um modelo absolutamente não capitalista, para colocar esse sistema para funcionar precisando do setor privado, isso ainda gera conflito*” (Gerente Estadual).

A compra de serviços especializados na lógica da aquisição de procedimentos também foi apontada por gestores como fator que mina as possibilidades de constituição de rede integrada e coordenação do cuidado pela APS: “*O começo já fragmenta tudo...*” (Gestor Municipal/Santo Antônio de Jesus).

As filas e os longos tempos de espera para atenção especializada foram situações comuns nos três casos. A solicitação de exames ou procedimentos sem protocolos ou critérios bem definidos intensificava a problemática nas regiões. Em Feira de Santana, médicos da rede privada podiam solicitar exames de “alta complexidade”, que eram autorizados pela central de marcação, competindo com usuários do SUS. O mutirão foi uma estratégia encontrada para minimizar os tempos de espera nos três municípios-sede.

**Tabela 5.** Oferta e acesso à atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde e comunicação entre profissionais segundo usuários e famílias cadastradas. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, BA, 2013.

Indicador	Feira de Santana	Santo Antônio de Jesus	Vitória da Conquista
	%	%	%
Referem ter ido ao especialista para consulta nos últimos 12 meses	51 (n = 572)	51,5 (n = 412)	55 (n = 420)
Serviço de realização da consulta médica especializada	n = 292	n = 212	n = 232
Policlínica	17	17	18
Ambulatório de hospital público	15	9	14
Hospital público	12	16	18
Serviço privado de saúde (consultório/hospital)	45	51	44
Outro	11	7	6
Consulta especializada referenciada pela EqSF	47 (n = 292)	31 (n = 212)	40 (n = 232)
Formas de acesso à consulta especializada referenciada por profissional da EqSF*	n = 136	n = 65	n = 92
Agendamento pela USF e a data e hora avisadas posteriormente	64	46	71
Agendamento pela USF e a data e hora avisadas na mesma hora	4	2	13
Recebimento da referência e agendamento diretamente na Central de Marcação	0	29	4
Recebimento da referência, mas buscou o serviço de saúde por conta própria	7	6	1
Recebimento da referência, mas buscou por conta própria e pagou pela consulta	11	9	3
Outros	14	8	8
Referem ter precisado fazer algum exame especializado solicitado pela EqSF nos últimos 12 meses	43 (n = 572)	31 (n = 412)	33 (n = 420)
Realização de exame especializado solicitado pela EqSF	83 (n = 248)	59 (n = 126)	81 (n = 137)
Formas de acesso ao exame especializado	n = 206	n = 74	n = 111
Agendamento pela USF e a data e a hora avisadas posteriormente	69	34	75
Agendamento pela USF e a data e a hora avisadas na mesma hora	3	5	10
Recebimento da referência e agendamento diretamente na Central de Marcação	0	24	1
Recebimento da referência, mas buscou por conta própria e pagou pelo exame	16	18	2
Outros/Não sabe informar	12	19	12
Famílias com internação nos últimos 12 meses que receberam informações pós-alta por escrito para entregar à EqSF	24 (n = 78)	43 (n = 67)	17,5 (n = 80)
Famílias com internação nos últimos 12 meses que relataram busca de informações ou visita por profissional da EqSF durante a internação	35 (n = 78)	40 (n = 67)	27,5 (n = 80)
Profissional responsável por busca de informação ou visita durante a internação – ACS	63 (n = 27)	67 (n = 27)	73 (n = 22)

ESF: Estratégia Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; CIR: Comissão Intergestores Regional; ACS: Agente Comunitário de Saúde; EqSF: Equipe de Saúde da Família; RAS: Redes de Atenção à Saúde  
n = total de usuários que poderiam responder a questão.

\* Usuários referenciados pela EqSF e que relataram terem sido atendidos pelo especialista.

Para os gestores, não bastava ampliar serviço, pois em municípios do interior do Bahia não se conseguia especialista. Destacaram que vazios assistenciais variavam muito no estado, embora fossem mencionados avanços com implantação de hospitais regionais.

As dificuldades para provisão de atenção especializada se refletiram na avaliação dos usuários. Nos três casos, cerca de metade daqueles que conheciam a ESF relataram ter necessitado de consulta com especialista nos últimos 12 meses. Desses, 44% a 51% buscaram atendimento em serviço privado, sendo comum a busca de serviços especializados sem referência da EqSF. Em Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, 11% e 9% dos usuários, respectivamente, buscaram atendimento privado, mesmo quando referenciados pela EqSF (Tabela 5). Cerca de 2/3 dos profissionais informaram que “sempre ou na maioria das vezes” conseguiam agendamento para consulta especializada. Nos três casos, maiores dificuldades, segundo profissionais, foram evidenciadas em relação ao agendamento de internações (Tabela 3). Somente Vitória da Conquista tinha central de regulação de leitos e internações própria.

Parcela dos usuários que conheciam a ESF (31% a 43%) informou necessidade de exames especializados nos últimos 12 meses. Para os que realizaram exame, a maioria em Feira de Santana (72%) e Vitória da Conquista (85%) declarou que o agendamento foi feito pela EqSF.

A construção das redes temáticas (linhas de cuidado) apresentava-se como avanço para constituição de redes regionalizadas e superação da fragmentação. As redes temáticas seriam um dispositivo para criação de plano estadual de atenção à saúde regional, segundo gestores estaduais.

Quanto à comunicação entre profissionais da rede, última dimensão da coordenação analisada, os gestores afirmaram que o sistema de contrarreferência era deficiente, agravando-se quando o usuário era atendido na rede contratada e conveniada. A contrarreferência só era realizada por solicitação ou cobrança do próprio usuário. A referência era instrumento para marcação de procedimentos e não de comunicação interprofissional. O inquérito com profissionais mostrou que apenas 5% a 13% referiram receber contrarreferência com frequência (Tabela 3).

A informatização das USF era parcial e, quando existente, limitava-se à marcação de consultas, não constituindo instrumento de fluxo comunicacional. Em Feira de Santana, foi relatada existência de prontuário eletrônico em algumas unidades, embora não compartilhado com demais serviços da rede. Segundo os gestores, era incipiente a implementação de protocolos clínicos.

Em Santo Antônio de Jesus, cerca de 43% das famílias relataram receber informações pós-alta hospitalar e 40% informou busca de informações ou visitas por profissional da EqSF durante a internação, destacando-se o agente comunitário de saúde (Tabela 5). Para profissionais, havia dificuldades para acompanhar usuários atendidos em serviços fora da APS (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

As quatro dimensões analisadas apontam limites que comprometem a coordenação do cuidado pela APS em territórios regionais. Nessa mesma perspectiva, Fausto et al.<sup>8</sup> reafirmam que a coordenação pela APS é dependente de porta de entrada com acesso oportuno e resolutivo, acolhimento e atendimento à demanda espontânea, oferta abrangente de ações e apoio matricial. Nos casos estudados, a função de porta de entrada preferencial depara-se com forte concorrência de serviços ambulatoriais, emergências hospitalares e pronto-atendimentos, desarticulados da rede, muitas vezes pensados para atender à demanda por atenção especializada, como os hospitais regionais. Tal situação é agravada por problemas na organização do trabalho na APS, com desequilíbrio entre ações programadas e demanda espontânea, barreiras também identificadas por outros estudos<sup>2,8,9</sup>, e excesso de usuários por EqSF.

Destaca-se a necessidade de ampliação das ações clínicas da enfermagem, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e saúde bucal como medidas que poderiam contribuir para que a população reconhecesse que a EqSF não se restringe ao médico. O estudo aponta, também,

a necessidade de fortalecer a APS por meio da provisão regular de medicamentos e demais insumos. Apesar dos constrangimentos, a APS, na percepção de usuários e profissionais, parece apresentar boa resolubilidade, o que reafirma a necessidade de investimentos para fortalecê-la. A busca indistinta de serviços públicos como primeiro contato, sejam USF, policlínicas ou hospitais, demonstra a necessidade de organização e articulação da oferta de serviços na rede, de modo que o acesso via APS seja o preferencial.

Nos três casos, o percurso dos usuários se ramifica à medida que os serviços são fragmentados e a coordenação fica dispersa. Cecílio et al.<sup>7</sup> mostram que, embora usuários valorizem as USF, tecem uma teia de possibilidades conjugando recursos que esperam encontrar na APS e em outros serviços na rede. Quando se extrapola a coordenação para as regiões de saúde, o papel das EqSF se dissipa, por diversas razões. A oferta de serviços especializados é fortemente dependente do setor privado, cuja insuficiência e subfinanciamento públicos, aliados à utilização, por vezes, inadequada, pode ser apontada como fatores que dificultam a constituição das redes regionais. Além disso, nas regiões de saúde eleitas, há histórico vazio assistencial, dificuldade de atração e disponibilidade de algumas especialidades, desinteresse de médicos em serem servidores públicos (mediante precarização do trabalho no SUS) e alto poder de barganha de algumas especialidades. Tais problemas excedem a capacidade gestora dos municípios isoladamente, requerendo a tomada de posição compartilhada<sup>15</sup>.

Embora a organização dos fluxos para especialidades via APS na região de saúde tenha sido formalmente constituída, a incorporação do especialista, por compra de procedimentos, acentua a fragmentação e fragiliza os mecanismos de coordenação e regulação assistenciais. Enquanto grandes municípios priorizam a constituição de serviços especializados territoriais<sup>1</sup>, no contexto de regiões de saúde parece ser premente a busca de outras formas de incorporação da retaguarda terapêutica, em uma perspectiva de redes intermunicipais. Nesse sentido, espaços como a Comissão Intergestores Regional precisam ser fortalecidos e reconhecidos como lócus de governança regional solidária, capaz de superar a lógica municipalista, ineficaz para a construção de redes regionalizadas para o cuidado integral. Para tanto, a Comissão Intergestores Regional deve aglutinar estratégias para que gestores possam firmar acordos conjuntos de compromissos sanitários para fortalecer a oferta pública de serviços, superando os frágeis mecanismos de contratualização com o setor privado, uma vez que não há adequado acompanhamento de metas pactuadas entre prestadores privados, restringindo-se à auditoria *post factum*. Em traços gerais, há relação de dependência recíproca entre setores público e privado; contudo, a dominância pendeu para os privados contratados e conveniados do SUS que definem, outrossim, os preços de mercado dos procedimentos e serviços à revelia do interesse público.

A necessidade de comunicação entre profissionais e prestadores é consensual para alcance de melhor coordenação do cuidado<sup>5,13,a</sup>. Ações de coordenação provavelmente irão falhar se estiverem sob responsabilidade apenas do médico<sup>4</sup>. Neste estudo, por exemplo, o agente comunitário de saúde foi responsável pela busca de informações e por visitas durante a internação, indicando potencialidades para maximizar as ações de coordenação horizontais.

Como achados não previstos no estudo, mas com repercussões sobre o tema analisado, destaca-se a ausência do profissional médico na USF durante a coleta de dados, realizada antes e durante os pleitos municipais. Quando se analisa as perdas, percebe-se incidência maior sobre médicos, principalmente por causa da ausência ou presença esporádica desses profissionais nas USF. Mesmo que o pleito eleitoral tenha gerado instabilidade e acirrado a precariedade dos vínculos de trabalho, sobretudo em Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, houve maior afastamento das funções entre os médicos, especialmente por terem maior empregabilidade e possibilidade de estabelecimento de novos vínculos em outros municípios. As perdas são reveladoras de uma situação concreta também vivenciada por usuários, com reflexos nas dificuldades de acesso, no cuidado oportuno, levando à busca por serviços de pronto-atendimento e, por fim, inviabilizando a coordenação do cuidado pela APS.

Os constrangimentos para coordenação pela APS são de diversas ordens, englobando um conjunto de serviços que não conformam rede integrada, na perspectiva de articulação de sujeitos, saberes e práticas<sup>3</sup> e uma APS que ainda carece de robustez em seus atributos essenciais, clamando por ações que ultrapassem as fronteiras municipais para a organização da rede de atenção em regiões de saúde.

Não obstante, constata-se que a consecução das regiões de saúde estudadas requer o cumprimento de responsabilidades entre gestores de entes distintos que, apesar das expectativas normativas da regionalização, não convergem para um planejamento que viabilize o território sanitário para além de uma visão burocrática e programática. As três regiões sinalizam que, para coordenação do cuidado, há premente necessidade de ampliação e qualificação dos serviços de primeiro contato via APS, pois permanecem problemas relativos à fragmentação e busca desordenada por serviços ofertados, sem adequada regulação assistencial.

As regiões de saúde indicam uma inflexão na descentralização e um caminho para viabilizar a integralidade assistencial<sup>16</sup>. Porém, este estudo mostra que a coordenação, quando ocorre, limita-se ao território municipal das sedes regionais, ou seja, como a grande maioria dos municípios necessita de oferta de serviços de outros entes, a coordenação do cuidado via APS é inviabilizada, perdendo-se no fluxo apenas burocrático das centrais de marcação de consultas. Assim, mesmo que seja alcançada oferta ampla de serviços em um determinado território, a coordenação é um atributo essencial para viabilizar o cuidado continuado e a integração assistencial, requerendo, mais do que nunca, uma forte base de APS.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):286-98. DOI:10.1590/S0102-311X2010000200008
2. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saude Debate*. 2012;36(94):375-91. DOI:10.1590/S0103-11042012000300010
3. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2009 [citado 2015 abr 9]. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde). Disponível em: <http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>
4. Bodenheimer T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008;358(10):1064-71. DOI:10.1056/NEJMhpr0706165
5. Boerma WGW. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2010. p.25-47.
6. Bynum JPW, Ross JS. A measure of care coordination? *J Gen Intern Med*. 2012;28(3):336-8. DOI:10.1007/s11606-012-2269-0
7. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(11):2893-902. DOI:10.1590/S1413-81232012001100006
8. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2014;38 N. Espec:13-33. DOI:10.5935/0103-1104.2014S003
9. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(3):783-94. DOI:10.1590/S1413-81232009000300014
10. Greene JC. Mixed methods in social inquiry. San Francisco: John Wiley; 2007.
11. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007. (OECD Health Working Papers, No. 30).
12. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65. DOI:10.1186/1472-6963-10-65

13. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care Coordination Atlas Version 4. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. (AHRQ Publication, N.14-0037-EF).
14. Nolte E, McKee M, editors. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Berkshire: Open University Press; 2008. Integration and chronic care: a review; p. 64-91.
15. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica*. 2014;48(4):622-31. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005045
16. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude Soc*. 2015;24(2):438-46. DOI:10.1590/S0104-12902015000200004
17. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vásquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.

---

**Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2011 (Processo 479451/2011-7).

**Contribuição dos Autores:** PFA e AMS participaram igualmente da concepção, redação, análise dos resultados e revisão crítica do manuscrito.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.