



Trabalho, Educação e Saúde

Influência de uma estratégia educacional na coordenação entre níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde

Influence of an educational strategy on coordination between levels of care in the Brazilian Unified Health System

Influencia de una estrategia educativa en la coordinación entre los niveles asistenciales del Sistema Único de Salud

Ana Coelho de Albuquerque¹ Diogenes Ferreira dos Passos²
Camila Soares de Vasconcelos³ Isabella Samico⁴
Eronildo Felisberto⁵ Sofia Guerra⁶ Pedro Marques⁷
Luciana Santos Dubeux⁸ Gabriella de Almeida Raschke Medeiros⁹
Marina Ferreira de Medeiros Mendes¹⁰

Resumo

A fragmentação do cuidado dificulta o alcance das diretrizes propostas para o Sistema Único de Saúde, sobretudo a integralidade, manifestando-se para os usuários na experiência de descontinuidade da atenção. Este estudo objetivou analisar a coordenação entre níveis assistenciais, com base na percepção de usuáries e de profissionais da atenção especializada, no contexto de duas redes de atenção à saúde no Brasil que implantaram a Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde, com foco na linha de cuidado materno-infantil. Realizou-se um estudo avaliativo e descritivo, envolvendo 16 participantes (seis usuáries e dez profissionais). Foram analisadas entrevistas semiestruturadas, nas quais se abordaram três dimensões de coordenação da atenção: informação, gestão clínica e administrativa. Observaram-se avanços na criação de planos de cuidado, ações de matriciamento e protagonismo da Atenção Primária a Saúde na ordenação do cuidado. Contudo, identificou-se dependência das usuáries para troca de informações, falta de integração com atenção hospitalar, carência de especialistas e alta rotatividade profissional. Apesar dos avanços proporcionados pela Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde na organização de fluxos assistenciais, a fragmentação no compartilhamento de informações e na articulação entre níveis compromete a continuidade do cuidado.

Palavras-chave avaliação em saúde; colaboração intersetorial; níveis de atenção à saúde; atenção primária à saúde; atenção secundária à saúde.

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3363>

¹Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. anacoelhoalbuquerque@gmail.com

²Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. diogenes.passos@hotmail.com

³Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. cvascon2000@gmail.com

⁴Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. isabella.samico@gmail.com

⁵Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. eronildo.felisberto@gmail.com

⁶Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. sofiaguerraavila@gmail.com

⁷Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. peu.marques7@gmail.com

⁸Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. lucianadubeux@gmail.com

⁹Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Fisioterapia, Florianópolis, Brasil. gabriellamedeiros.fisio@gmail.com

¹⁰Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil. marinamendes2004@gmail.com



Abstract

The fragmentation of care makes it difficult to achieve the guidelines proposed for the Brazilian Unified Health System, especially comprehensiveness, and users experience discontinuity of care. This study aimed to analyze coordination between levels of care, based on the perceptions of users and specialized care professionals, in the context of two healthcare networks in Brazil that have implemented the Health Care Planning Strategy, with a focus on maternal and child care. This was an evaluative and descriptive study involving 16 participants (six users and ten professionals). Semi-structured interviews were analyzed, addressing three dimensions of care coordination: information, clinical and administrative management. Progress was observed in the creation of care plans, matrix support actions and the role of Primary Health Care in ordering care. However, there was a dependency on users to exchange information, a lack of integration with hospital care, a shortage of specialists and high professional turnover. Despite the progress made by the Health Care Planning Strategy in organizing care flows, fragmentation in information sharing and coordination between levels compromises continuity of care.

Keywords health assessment; intersectoral collaboration; levels of health care; primary health care; secondary health care.

Resumen

La fragmentación de la atención dificulta la consecución de las directrices propuestas para el Sistema Único de Salud, especialmente la integralidad, y los usuarios experimentan discontinuidad en la atención. El objetivo de este estudio fue analizar la coordinación entre niveles de atención, con base en las percepciones de usuarios y profesionales de atención especializada, en el contexto de dos redes de salud de Brasil que han implementado la Estrategia de Planificación de la Atención a la Salud, con foco en la atención materno-infantil. Se realizó un estudio evaluativo y descriptivo con 16 participantes (seis usuarios y diez profesionales). Se analizaron entrevistas semiestructuradas en las que se abordaron tres dimensiones de la coordinación asistencial: información, gestión clínica y administrativa. Se observaron avances en la creación de planes de cuidados, en las acciones de apoyo a la matriz y en el papel de la atención primaria en la organización de los cuidados. Sin embargo, se observó dependencia de los usuarios para intercambiar información, falta de integración con la atención hospitalaria, escasez de especialistas y alta rotación de profesionales. A pesar de los avances de la Estrategia de Planificación Sanitaria en la organización de los flujos asistenciales, la fragmentación en el intercambio de información y la coordinación entre niveles compromete la continuidad de la asistencia.

Palabras clave evaluación sanitaria; colaboración intersectorial; niveles de atención sanitaria; atención primaria de salud; atención secundaria de salud.

Introdução

A fragmentação do cuidado dificulta o alcance das diretrizes propostas para o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo a integralidade, manifestando-se para os usuários na experiência de descontinuidade da atenção (Haggerty et al., 2003). Assim, faz-se necessário que os serviços de saúde operem de forma conectada, a começar em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) integrada e sem barreiras de acesso, centrada na necessidade dos usuários, das famílias e da comunidade (Hartz e Contandriopoulos, 2004; Malta e Merhy, 2010; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019). Compreende-se, portanto, que o acesso à rede de atenção extrapola a disponibilidade de profissionais e serviços, pois nem sempre a oferta é compatível com as demandas do usuário e, ainda, apresenta-se de forma desfavorável às populações mais vulneráveis (Gulliford, 2017).

Grande parte dos estudos sobre integralidade da atenção à saúde têm dado destaque à Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial no sistema, com a função de coordenação do cuidado (Starfield, 2002; Magalhães Junior e Pinto, 2014; Conselho Nacional de Secretário de Saúde, 2019). No entanto, um dos grandes desafios à integralidade diz respeito à articulação e à coordenação do cuidado entre diferentes serviços na RAS, notadamente entre APS e a Atenção Especializada (AE)

(Magalhães Junior e Pinto, 2014; Fausto et al., 2014). Experiências internacionais apontam a baixa comunicação entre serviços como uma barreira que dificulta a continuidade e a coordenação do cuidado (Terraza-Núñez, Vargas-Lorenzo e Vázquez-Navarrete, 2006; Suter et al., 2009; Vargas et al., 2018; Miranda-Mendizábal et al., 2020; Espinel-Flores et al., 2022). Simultaneamente, o acesso à AE também se configura como um dos gargalos do SUS, devido tanto à insuficiência na oferta de serviços diagnósticos e terapêuticos quanto ao modelo de financiamento, organização e funcionamento (Solla e Chioro, 2008; Rocha, 2014; Tesser e Poli Neto, 2017).

A portaria nº 1.604 instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), contemplando as diretrizes para orientação do modo de organização e funcionamento de práticas assistenciais, ações e serviços marcados por uma maior densidade tecnológica. A Pnaes ressalta a importância e o papel estratégico da AE na consolidação do SUS como política pública de saúde, um desafio que está posto em um contexto de atenção à saúde fragmentada, prevendo três diferentes dimensões que irão embasar os seus eixos estruturantes: sistêmica, organizacional e profissional. Neste estudo, enfatiza-se a dimensão sistêmica, que trata da articulação da AE com os demais pontos de atenção, e seu papel de apoio à APS na promoção da integralidade e continuidade do cuidado (Brasil, 2023).

É nesse cenário que se insere a Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que tem como objetivo estimular o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais, ancorando-se nos referenciais teóricos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e da Construção Social da APS, por meio de um planejamento estratégico e participativo que busca a efetividade das RAS (Mendes, 2012; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2018; Evangelista et al., 2019).

Assim, pretende-se analisar a coordenação entre níveis assistenciais, com base na percepção de usuáries e de profissionais da AE, no contexto de duas redes de atenção à saúde no Brasil que implantaram a PAS entre os anos de 2015 e 2018, com foco na linha de cuidado materno-infantil.

Método

Este estudo é um recorte da pesquisa “Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde no Brasil” (Efetiva PAS) (Samico et al., 2024). A seleção das áreas de estudo se deu de forma intencional, definida pelos representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), tendo como critério primário a continuidade no desenvolvimento da PAS no momento da realização da pesquisa. Selecionaram-se quatro regiões de saúde no Brasil e, em cada uma, incluiu-se um município onde se localizam as unidades Laboratório da APS e da AE, que são aquelas nas quais a PAS encontra-se implantada. Nessas regiões, a PAS estava voltada para duas linhas de cuidado: atenção materno-infantil ou doenças crônicas.

Realizou-se uma pesquisa avaliativa e descritiva, em duas redes de atenção, uma na região Norte e outra na região Nordeste, na busca de elucidar aspectos relacionados à coordenação entre níveis assistenciais, baseando-se no referencial teórico de Vázquez e colaboradores (2015) e atentando-se aos três tipos de coordenação da atenção (Reid, Haggerty e McKendry, 2002; Aller et al., 2015), a saber: coordenação da informação; coordenação da gestão clínica; e coordenação administrativa. Levou-se em consideração as duas redes de atenção à saúde onde a PAS implementada se relacionava com a atenção materno-infantil, uma na região Norte e outra na região Nordeste.

Utilizaram-se as transcrições dos áudios originais dos bancos de dados da Pesquisa Efetiva PAS, obtidos de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro contemplou as categorias da coordenação da atenção. A pesquisa selecionou usuáries (n=6) e profissionais da saúde das unidades da AE (n=10) das duas redes de atenção à saúde. Como critérios de inclusão estabeleceu-se que as usuáries fossem puérperas que realizaram pré-natal de alto risco, com ocorrência do parto nos seis meses anteriores à entrevista; quanto aos profissionais, foram incluídos aqueles que tinham um ano ou mais de experiência na unidade de AE da linha de cuidado materno-infantil. As entrevistas aconteceram entre maio e agosto de 2022.

Utilizou-se a análise temática de conteúdo (Minayo, 2014), nas seguintes etapas: pré-análise, abrangendo a escolha do material, a formulação de hipóteses e os objetivos para a interpretação dos resultados; a análise do material, que consistiu na codificação e categorização da informação; e o tratamento dos resultados. A análise recaiu sobre cada uma das entrevistas e, comparativamente, entre as categorias de atores (usuárias e profissionais), para o estabelecimento de dissensos, contradições e consensos. Finalmente efetuaram-se a descrição e interpretação dos resultados e o estabelecimento de relações, permitindo a identificação dos elementos facilitadores e dificultadores relacionados à coordenação da atenção entre os níveis assistenciais.

Os informantes receberam identificação numérica, da seguinte forma: usuárias – usuária 1, usuária 2 etc.; e profissionais – profissional AE 1, profissional AE 2 etc.

Resultados

Ao todo, foram analisadas 16 entrevistas, nas quais os grupos de informantes (puérperas que vivenciaram gestações de alto risco e, portanto, necessitaram de acompanhamento na AE; e profissionais dos ambulatorios de especialidade materno-infantil) revelaram elementos facilitadores e dificultadores relacionados à coordenação entre níveis assistenciais. Esses elementos encontram-se sumarizados nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Síntese dos principais elementos facilitadores relacionados à coordenação da atenção entre níveis assistenciais, de acordo com a percepção dos atores entrevistados em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022.

Categorias	Percepção das usuárias	Percepção dos profissionais AE
Transferência da informação clínica e biopsicossocial	Cuidado compartilhado entre os profissionais da APS e AE	Criação de um plano de cuidado compartilhado entre os profissionais da APS e AE
		Realização de ações de matriciamento, com foco na capacitação profissional e no manejo clínico
		Realização de reuniões de equipe entre os profissionais da AE
Uso da informação	Usuárias conscientes dos seus quadros clínicos	Criação de um instrumento que permite que os profissionais da AE desenvolvam ações educativas ancoradas nas necessidades das UBS
		Utilização de planilhas que viabilizam o monitoramento dos usuários encaminhados à AE
Seguimento adequado do paciente	Realização de testes e exames	Comunicação dialógica e aberta entre os profissionais da APS e AE
	Usuárias conscientes de todo o processo relacionado ao seu encaminhamento	Realização de interconsulta
Provisão da atenção sem interrupções	Manutenção de uma comunicação contínua entre os profissionais da APS, AE e usuárias	Garantia de transporte para as usuárias ao centro de especialidade, quando necessário
	Realização de consultas focadas na prevenção e promoção em saúde	
	Consultas na AE realizadas mediante agendamento prévio e de forma multiprofissional	
Coerência da atenção	Atendimento integrado entre os profissionais da APS e AE	Atendimento na AE realizado de maneira integrada e multiprofissional

Continua>>

Quadro 1 – Síntese dos principais elementos facilitadores relacionados à coordenação da atenção entre níveis assistenciais, de acordo com a percepção dos atores entrevistados em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022. Conclusão.

Circuitos administrativos estabelecidos	Usuárias encaminhadas à AE por meio da APS	Consultas na AE realizadas mediante agendamento prévio e após estratificação de risco pela APS
Ordenação do acesso	APS como ordenadora do cuidado, acionando e coordenando o acesso à AE	Encaminhamento à AE realizado exclusivamente por meio da APS, por meio de um fluxo de referência e contrarreferência estabelecido Desenvolvimento de ações relacionadas à pesquisa e supervisão pelos profissionais da AE
Ordenação da RAS e/ou região de saúde	Disponibilização de exames e testes específicos em outras unidades e regiões pertencentes à RAS	Priorização nos atendimentos de alto risco das usuárias inseridas na RAS Ausência de filas nos centros especializados com a criação do fluxo e do agendamento das usuárias encaminhadas à AE Maior integração e articulação entre os profissionais da RAS
Gestão de saúde compartilhada e integrada entre níveis assistenciais – APS e AE	Usuárias acompanhadas simultaneamente pelos profissionais da APS e da AE	APS e AE desempenhando suas funções de maneira compartilhada e integrada Profissionais da AE atuando na função educacional Reconhecimento dos processos necessários ao correto direcionamento das usuárias na RAS

Fonte: adaptado da pesquisa Equity-LA II (Vázquez et al., 2015).

Nota: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada; RAS – Redes de Atenção à Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Quadro 2 – Síntese dos principais elementos dificultadores relacionados à coordenação da atenção entre níveis assistenciais, de acordo com a percepção dos atores entrevistados em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022.

Categorias	Percepção das Usuárias	Percepção dos Profissionais AE
Transferência da informação clínica e biopsicossocial	Ausência de integração da atenção hospitalar na promoção do cuidado em rede	Transferência da informação clínica entre os profissionais da APS e AE feita por meio de instrumento manuseado pelo usuário Desconhecimento por parte de algumas usuárias da natureza/necessidade do seu encaminhamento Baixa adesão da atenção hospitalar no compartilhamento do cuidado
Uso da informação	Desconhecimento acerca de mecanismos para o compartilhamento das informações assistenciais entre os níveis	Ausência de <i>feedback</i> dos profissionais das UBS quanto à aplicabilidade dos planos de cuidado

Continua>>

Quadro 2 – Síntese dos principais elementos dificultadores relacionados à coordenação da atenção entre níveis assistenciais, de acordo com a percepção dos atores entrevistados em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022. Conclusão.

Seguimento adequado do paciente	Atuação da atenção hospitalar incipiente, prejudicando a promoção de um seguimento adequado da paciente na rede	Alta rotatividade profissional
		Fragilidades relacionadas à oportunidade na realização de exames cruciais
		Baixa adesão por parte dos profissionais da APS quanto às ações de matriciamento promovidas pela AE
		Demanda incompatível com os recursos humanos disponíveis
		Dificuldades relacionadas à correta triagem e encaminhamento de usuárias
Provisão da atenção sem interrupções	Carência de profissionais especializados, comprometendo a integralidade do cuidado	Ausência de algumas especialidades na RAS
		Carência de alguns exames, medicações e serviços cruciais ao adequado manejo clínico
		Demora no processo de regulação
Coerência da atenção	Demora para a realização de alguns exames na rede, prejudicando a condução de condutas em tempo oportuno	Resistência de alguns profissionais ao trabalho em equipe
Circuitos administrativos estabelecidos	Ausência de um sistema disponível a todos os níveis assistenciais que permita a visualização de todas as consultas e procedimentos realizados, bem como recomendações feitas pelos profissionais da APS e AE.	Inexistência de um sistema integrado e formalizado entre a APS e AE que permita a visualização de todas as informações da usuária
Ordenação do acesso	Encaminhamentos à AE feito por meio de cartas e entregues pelas usuárias	Impacto na sustentabilidade dos processos e fluxos em virtude da pandemia de covid-19
Ordenação da RAS e/ou região de saúde	Ausência de algumas especialidades médicas na RAS	Participação incipiente dos laboratórios de suporte diagnóstico
		Baixa adesão da atenção hospitalar no cuidado em rede
		Necessidade de maior difusão da existência e importância dos centros especializados na RAS
Gestão de saúde compartilhada e integrada entre níveis assistenciais – APS e AE	Registros clínicos compartilhados por intermédio das usuárias	Ausência de uma plena atuação dos profissionais da APS no compartilhamento do cuidado
		Plano de cuidado compartilhado pela própria usuária
Redução da fragmentação da atenção de risco e muito alto risco	Carência de alguns exames	Necessidade de maior integração com a atenção hospitalar
		Baixa adesão de alguns profissionais ao atendimento em equipe, principalmente médicos
		Ausência de algumas especialidades na RAS
		Necessidade de uma maior priorização no atendimento de usuárias consideradas de risco

Fonte: adaptado da pesquisa Equity-LA II (Vázquez et al., 2015).

Nota: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada; RAS – Redes de Atenção à Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Coordenação da informação

O discurso da maioria das usuárias entrevistadas apontou para a existência do cuidado compartilhado entre os profissionais da APS e da AE, porém a integração com a atenção hospitalar apareceu como uma fragilidade nas duas redes. As narrativas revelaram o desconhecimento das usuárias acerca de mecanismos formais para a troca de suas informações assistenciais, e a própria usuária, por ser o principal instrumento de coordenação, acaba ficando responsável pelo compartilhamento das informações sobre recomendações, medicamentos, exames, entre outros. Nesse sentido, a correta utilização das informações sobre as usuárias atendidas no outro nível assistencial torna-se dependente do entendimento e do comprometimento delas, o que influencia diretamente a tomada de decisão dos profissionais envolvidos no cuidado.

Os profissionais da AE destacaram a criação do plano de cuidado compartilhado entre a APS e a AE, as ações de matriciamento com foco na capacitação profissional e no manejo clínico adequado entre os profissionais da rede e as reuniões de equipe na AE como mecanismos de transferência da informação clínica e biopsicossocial. No entanto, esses mesmos profissionais relataram que fica sob a responsabilidade da usuária o manuseio, entre os níveis de atenção, de todos os instrumentos/formulários, inclusive do próprio plano de cuidados, exames, recomendações etc. A falta de integração com a atenção hospitalar também foi mencionada por todos os profissionais entrevistados.

A crítica à ausência de *feedback* dos profissionais da APS à AE quanto à aplicabilidade dos planos de cuidado elaborados surgiu na fala de um profissional, destacando que, apesar desses planos serem elaborados conjuntamente entre os profissionais no ambulatório, estes não têm o conhecimento sobre sua real utilização.

Coordenação da gestão clínica

As narrativas das usuárias entrevistadas demonstraram que há coerência na atenção prestada nas duas redes, principalmente no que diz respeito a tratamentos compartilhados entre os níveis assistenciais e adequação clínica, inclusive com referência (uma usuária) à realização de acompanhamento concomitante nos dois níveis de atenção.

Os profissionais mencionaram que há coerência na atenção prestada, porém afirmaram que ela está relacionada ao próprio nível secundário, na medida em que são discutidos, entre a equipe, os objetivos clínicos, os exames e os tratamentos que serão utilizados para a construção do plano de cuidado. No entanto, esse compartilhamento não emerge como uma prática entre níveis. Apenas um profissional citou a realização da prática de interconsulta entre a equipe da APS e o especialista (pediatra), em casos em que a equipe da APS tem alguma dificuldade em realizar o manejo clínico.

Apesar de a maioria das usuárias ter relatado a realização de testes e exames cruciais ao adequado manejo clínico da gravidez, tanto na APS quanto na AE, problemas relacionados à insuficiência de especialistas ficaram evidentes, o que pode comprometer a integralidade do cuidado. A relação desfavorável entre a oferta e a demanda por consulta especializada emergiu da fala de duas usuárias, somada à demora para a realização de alguns exames (por exemplo, ultrassonografia obstétrica), prejudicando o manejo em tempo oportuno após a transferência para a AE. Uma usuária relatou a necessidade de recorrer aos serviços da rede privada para a realização de determinados exames durante o período gestacional, em virtude da morosidade na marcação desses procedimentos pela rede SUS.

Corroborando os relatos das usuárias, a desproporcionalidade entre a demanda da população e a oferta de consultas especializadas também emergiu entre os profissionais entrevistados. Ainda reportaram a indisponibilidade de alguns exames em tempo oportuno, medicações e serviços cruciais ao adequado manejo clínico, contribuindo para a diminuição no tempo das consultas e comprometendo, consequentemente, a qualidade da contrarreferência.

A alta rotatividade profissional se configurou como um dos gargalos para o seguimento adequado das usuárias nas duas redes, prejudicando a sustentabilidade dos processos de trabalho. Os entrevistados apontaram, ainda, a baixa adesão dos profissionais da APS, sobretudo médicos, em relação às ações de matriciamento promovidas pela AE como um desafio a ser superado. A falta de celeridade no processo de regulação assistencial também foi mencionada por parte dos profissionais entrevistados como um gargalo à atenção continuada, dificultando a acessibilidade entre níveis. Parte dos profissionais reconheceu a existência de comunicação dialógica e aberta entre a APS e a AE, o que favorece o correto encaminhamento, porém dois profissionais apontaram equívocos relacionados à triagem e encaminhamento de pacientes para a AE.

Também emergiu das narrativas a realização de alguns macroprocessos de trabalho preconizados pela PAS, como a estratificação de risco e a utilização de protocolos clínicos. Essas ações favorecem uma maior precisão e uma menor variabilidade dos atendimentos, por meio da incorporação de procedimentos ancorados por notas técnicas.

Coordenação administrativa

O protagonismo da APS foi reconhecido nas narrativas das usuárias, que também identificaram a APS como ordenadora do cuidado, acionando e coordenando o acesso à AE. No entanto, entraves no processo de trabalho da AE foram relatados, sobretudo quando se faz necessário o encaminhamento para o nível hospitalar.

Os profissionais entrevistados destacaram que o encaminhamento à AE se dá exclusivamente por meio da APS, de acordo com um fluxo de referência e contrarreferência estabelecido na rede após a implantação da PAS. O médico ou enfermeiro da APS faz a estratificação de risco da gestante e da criança e, caso detecte a necessidade de encaminhamento ao especialista, a marcação é realizada pelo próprio profissional, por telefone. Na AE, os profissionais do ambulatório ficam responsáveis pelas consultas subsequentes, pela elaboração do plano de cuidado e pela marcação de exames, caso necessário. Um profissional do ambulatório de uma das redes relatou que uma cópia do plano de cuidados é entregue à usuária e que esse plano de cuidado “vai para a UBS”.

Profissionais da AE destacaram a elaboração de fluxos de atendimento entre níveis, de forma integrada e compartilhada, a começar da implantação da PAS. Eles afirmaram que esses fluxos não existiam nas redes antes da incorporação dessa estratégia. No entanto, um profissional ressaltou que, apesar da existência desses fluxos, a alta rotatividade de profissionais dificulta a ordenação do acesso. Segundo a fala de um dos profissionais, depois da PAS, os profissionais da AE passaram a desempenhar outras funções na rede, relacionadas à pesquisa, supervisão e promoção de ações educativas, tendo em vista a organização e gestão dos fluxos assistenciais.

O desenvolvimento de estratégias, como o matriciamento e o monitoramento dos planos de cuidado, estimulado pela PAS, foi apontado como fundamental para efetividade do sistema de saúde em relação às necessidades dos usuários, criando um vínculo robusto entre a APS e os serviços especializados e assegurando que os profissionais conheçam e colaborem mutuamente em benefício da atenção integral. No entanto, alguns relatos evidenciaram desafios e limitações na coordenação e na integração entre a APS e a AE, contrapondo-se às percepções positivas mencionadas anteriormente. Usuárias e profissionais relataram dificuldades práticas, como a necessidade de documentação extra e burocracia para encaminhamentos, o que pode comprometer a fluidez na prestação do cuidado. Houve críticas à postura de alguns profissionais que ofereceram resistência a seguir diretrizes dos planos de cuidado e a participar de forma ativa de iniciativas como o matriciamento.

Com relação à atenção às usuárias de risco e muito alto risco as narrativas apresentaram tanto aspectos positivos quanto negativos. Em comum, ganha destaque a importância da PAS na integração entre os diferentes níveis de cuidado, reconhecendo que a coordenação e a comunicação efetiva entre os gestores, profissionais e instituições são essenciais para colocar a usuária no centro do cuidado.

Contudo, os discursos evidenciaram limitações significativas, como a falta de uma integração efetiva com maternidades e hospitais, além da dificuldade em obter a adesão de médicos e o acesso a especialidades, como neuropediatria, que frequentemente apresentam longos tempos de espera e acesso apenas fora da região de saúde.

Quadro 3 – Principais citações identificadas como elementos facilitadores relacionados às mudanças na coordenação da atenção entre níveis assistenciais em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022.

Categorias	Citações
Transferência da informação clínica e biopsicossocial	<i>“Quando eu cheguei lá (na UBS), a doutora me examinou e eu estava com problema (...) ela me encaminhou para lá [Centro Especializado]. (...) eu [perguntei] se era para eu voltar lá (...) e ela disse: ‘Não, sobre isso não se preocupe, que daqui eu já vou entrar em contato com o pessoal de lá’, por isso eu acho que eles tinham contato”</i> (Usuária 2). <i>“A equipe se reunia (...) para discutir como foi o atendimento do dia, como foi que se deu o ciclo de atenção contínua; o que a gente precisava aperfeiçoar do plano de cuidados (...)”</i> (Profissional AE 5). <i>“uma das nossas funções é matriciar a equipe (...). Nós estamos ali para ajudar a tirar as dúvidas. (...) Os médicos, enfermeiros também estavam lá dando palestra. A gente faz de forma didática (...) a gente estava também para aprender com eles (...) nós não sabemos tudo”</i> (Profissional AE 8).
Utilização da informação	<i>“A gente sabe que existe lá no território usuários de alto risco que precisam ser identificados, classificados, estratificados e vinculados. Então a gente consegue, a partir (sic) desse monitoramento em tempo real, dizer qual a necessidade de educação (...). A gente consegue gerar, além de formação, estratégias para ser [sic] desenvolvidas de educação para aqueles profissionais: qual a dificuldade que eles estão sentindo para estratificar? Por que esse usuário não está chegando aqui? É o acesso do usuário, a atenção primária ou é o profissional que não está estratificando, não está identificando precocemente?”</i> (Profissional AE 5).
Seguimento adequado do paciente	<i>“Estava com 16 semanas, quando eu descobri que peguei a malária. Aí foi quando eu fui para o [Centro Especializado], a nutricionista passou a questão de cuidado da alimentação (...) a questão de cuidar bem da pressão para não voltar mais, porque eu estava grávida”</i> (Usuária 6). <i>“A gente percebe que a equipe não consegue mais fechar um plano de cuidados sem discutir esse caso (...) antes de enviar o plano (...) para a APS. Isso mostra que o objetivo principal, essa integração foi atingida, a equipe já se sensibilizou da importância de ter esse usuário bem assistido, com a segurança do paciente, com a comunicação eficaz, com a construção de um instrumento, um preenchimento de um plano de cuidados, elaborado de forma que vá contemplar e vá ser útil para a atenção primária, principalmente para o usuário, para o segmento”</i> (Profissional AE 5). <i>“tem também as interconsultas (...) principalmente com criança, o pessoal da UBS não tem aquele manejo que o pediatra tem (...), está com dificuldade ou até mesmo não consegue detectar alguma coisa, aí pede uma interconsulta (...)”</i> (Profissional AE 3).
Provisão da atenção sem interrupções	<i>“Ela fez exame de sangue, fez teste do olhinho, fez do coração, fez mais uns outros dois que eu não me recordo”</i> (Usuária 5). <i>“A gente consegue TFD (...) existe uma integração muito boa mesmo, o município com o estado. O estado (...) em nenhum momento nos fechou as portas, ao contrário, quando eles veem que não tem condições de resolver aqui, falam (...) e a Secretaria aqui está à disposição, até agora nesses meses que eu estou aqui, não houve nenhuma restrição, nenhuma negativa da Secretaria Municipal de alta e média complexidade (...)”</i> (Profissional AE 6).
Coerência da atenção	<i>“eu cheguei no postinho, aí tinha dado a malária, comuniquei com a doutora aqui e ela citou, ‘vou te encaminhar para o [Centro Especializado], porque lá tem nutricionista, tem toda a equipe total para poder te acompanhar lá’. E aí eu comecei a fazer o acompanhamento lá. Quando vi que a minha pressão era instável, mas podia ser acompanhado daqui [UBS] (...) aí eu fiz eu acho que umas três consultas com a doutora lá, obstetra lá e ela me voltou de novo para cá”</i> (Usuária 6). <i>“A gente dá uma pausa nos atendimentos e a equipe se reúne (...) a gente discute o melhor... a forma mais viável para essa paciente (...)”</i> (Profissional AE 6).

Continua>>

Quadro 3 – Principais citações identificadas como elementos facilitadores relacionados às mudanças na coordenação da atenção entre níveis assistenciais em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022. Conclusão.

Circuitos administrativos estabelecidos	<i>“A primeira consulta no [Centro Especializado] foi o posto de saúde que agendou (...) quando eu saía da consulta, a médica já deixava remarcada a próxima também” (Usuária 5).</i> <i>“Gestante de alto risco, que começa lá na APS, que o enfermeiro estratifica, e lá mesmo marca (...) e depois que está aqui o [Centro Especializado] é responsável pelas consultas subsequentes, elas vêm para atendimento, são atendidas e sai com a marcação em mão, o dia, a hora de vir (...) e daqui elas saem com a xerox do plano de cuidado, que esse plano vai para a UBS, porque como é compartilhado, o que é feito aqui, a equipe lá (...) sabe tudo que aconteceu com a gestante, o que foi solicitado, e acontece essa troca; tanto a gestante como a criança também. Exames também, já sai com os exames, tudo bonitinho, marcado, para poder, na consulta subsequente, quando retornar, já vem com o exame pronto (...)” (Profissional AE 3).</i>
Ordenação do acesso	<i>“E aí a doutora aqui, que é a doutora da família aqui no postinho junto com a enfermeira, que eu também faço acompanhamento, me encaminhou (...)” (Usuária 6).</i> <i>“A partir (sic) disso, começamos também a sentar com a APS para instruir os fluxos: fluxo de atendimento, como se daria, APS agenda primeiro o atendimento, o [Centro Especializado] subsequente (...) esses fluxos não existiam (antes da PAS), começamos a sentar mesmo na sala de reunião (...) convidando, principalmente a Atenção Primária, sempre integrada, todos os cronogramas nós começamos a construir, em parceria com os técnicos da APS o que antes não existia” (Profissional AE 5).</i> <i>“Ele é compartilhado [o cuidado], um fluxo, nós temos uma ficha de referência e contrarreferência (...)” (Profissional AE 10).</i>
Ordenação da RAS e/ou região de saúde	<i>“acho que o vínculo, a construção da rede foi a fortaleza da planificação (PAS) que trouxe aqui para a região” (Profissional AE 7).</i> <i>“a interação em rede, a rede deixou de ser fragmentada. Ela está tendo uma continuidade, principalmente assim, por exemplo, dos municípios vizinhos. Eles agora sabem para onde mandar um paciente, uma gestante de alto risco; ele sabe o contato, eles entram em contato com a equipe do [Centro Especializado]. Então a rede deixou de ser fragmentada” (Profissional AE 10).</i>
Gestão de saúde compartilhada e integrada entre níveis assistenciais – APS e AE	<i>“Eu fui encaminhada para lá [Centro Especializado] e fazia lá e aqui [UBS]” (Usuária 1).</i> <i>“O posto de saúde, que a minha enfermeira atendia (...), ela me falava que, qualquer coisa que eu precisasse, eu avisava ela e ela ligava lá pra eles [Centro Especializado] (...) pra mim não precisar agendar consulta (...)” (Usuária 5).</i> <i>“Avançando e trabalhando sempre em parceria com a APS e o [Centro Especializado], precisava também assumir a sua função dentro da rede (...) também baseado nessas evidências conseguiu se organizar, assumiu um planejamento para que também a gente assumisse a nossa função, o nosso papel dentro da rede, para poder, de fato, a gente fechar esse ciclo de atenção” (Profissional AE 2).</i> <i>“então a planificação [PAS] veio e teve essa mudança. A unidade de saúde encaminha para nós, de alto risco gestante e criança, e a gente faz o complemento com eles. E esse vínculo com a especializada e a APS mudou muito. Que a gente não sabia quem eram os profissionais que estavam lá na ponta. Hoje a gente conhece cada um (...), antes a gente não tinha essa rede voltada para a gestante, nem para a criança. Hoje, se a gestante precisa de um especialista, a gente sabe onde vai encaminhá-la. A enfermeira e o médico da equipe sabem onde ela vai estar, para quem foi encaminhado” (Profissional AE 7).</i>
Redução da fragmentação da atenção de risco e muito alto risco	<i>“a planificação [PAS] aproximou todos os gestores; e aqueles que já estavam na rede e que não se conheciam, passaram a se conhecer e entender por que o usuário precisa ser o centro do cuidado (...)” (Profissional AE 5).</i>

Fonte: elaboração própria.

Nota: TFD – Tratamento Fora de Domicílio; APS – Atenção Primária à Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Quadro 4 – Principais citações identificadas como elementos dificultadores relacionados às mudanças na coordenação da atenção entre níveis assistenciais em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022.

Categorias	Citações
Transferência da informação clínica e biopsicossocial	“agora o hospital ele pega mais tudo mastigado dos dois [Centro Especializado e UBS]. Tipo assim, eu tenho que levar as consultas tudo pronto para ele avaliar (...)” (Usuária 6). “hoje a nossa comunicação com hospital é bem complicada, mas a gente entende que o hospital não tem a mesma visão que a gente tem, que é da planificação [PAS]. Eles não são planificados, digamos assim (...)” (Profissional AE 9). “Quando o usuário chega sem o instrumento, o formulário de compartilhamento, a gente fica perdido sem saber o motivo do ocorrido, por que ele está aqui, de onde ele veio. Então essa instrumentalização da APS, que integra a especializada é fundamental” (Profissional AE 5).
Utilização da informação	“eu precisei levar todos (os exames) de novo lá [para o Centro Especializado] para eles olharem” (Usuária 5). “A gente mandou a gestante ou a criança com um plano de cuidado para a UBS, certo? E aí a gente deveria ter esse retorno, falar assim, ‘olha, eu recebi o plano de cuidado de vocês (...)’. Sei lá, ‘eu estou com dúvida nisso e nisso’. Nem para ligar que está com dúvida não liga, muito menos para dizer assim, ‘olha, aquela gestante (...) que vocês deram alta ou que está em acompanhamento aqui, está indo bem, vem aqui, faz o controle e tal’. Isso não tem. Nem positivo e nem negativo, não tem esse feedback com as UBSs, ainda não tem; do plano de cuidado não” (Profissional AE 9).
Seguimento adequado do paciente	“A nossa dificuldade é mesmo com relação aos nossos apoios. A gente encaminhando para exames (...) deixa muito a desejar, isso cria dificuldades muito grandes” (Profissional AE 1). “Então, os profissionais, eles mudam muito – enfermeiro, médico – então você vai lá e faz um matriciamento com a equipe. E aí você fez sobre diabetes. Daí daqui a 2 meses, mudou o médico e enfermeiro dessa UBS e (...) manda tudo errado. Então a dificuldade que a gente tem é isso, é essa rotatividade de profissional, e sempre tem aqueles que realmente não tem o comprometimento com o trabalho que desempenham. Mas eu acredito que isso é minoria. Tem sim, não dá para negar, aquelas pessoas que foram matriciadas uma, duas vezes e continuam mandando errado” (Profissional AE 9).
Provisão da atenção sem interrupções	“não tem infectologista infantil, só atende acima de 14 anos (...). A doutora tentou de tudo para tentar encaminhamento para mim, aí não encaixava a bebê de jeito nenhum” (Usuária 6). “se tivesse um cardiopediatra aqui na nossa mão, uma semana sim ou não, que não desse para ir toda semana (...) vai examinar a criança, claro, ver se tem um foco de infecção, às vezes é um caso cirúrgico e a gente vai colocar para a fila. A gente tenta até ter esse cuidado de não deixar esses meninos esquecidos (...) essa fila vai para sempre crescendo e crescendo e poucos são contemplados” (Profissional AE 4).
Coerência da atenção	“Eu fiz uma só [ultrassonografia obstétrica], mas aí eu já tinha feito umas duas particulares, porque lá demora muito. Aí eu já tinha feito duas particulares e eles me chamaram para fazer, tanto é que eu pensava que era até consulta. Eu falei, ‘nossa, mas de última hora?’, aí eu cheguei lá e era ultrassom (...)” (Usuária 5). “Tem muitos pontos a ser [sic] amarrados ainda, tem muitos profissionais que ainda a gente não consegue fazer com que pensem de uma forma (...) de equipe, de coletivo (...) a gente não consegue uniformizar o atendimento” (Profissional AE 1).
Circuitos administrativos estabelecidos	“Aí quando eu precisei aqui, que a doutora falou assim: ‘olha, para efetuar a sua cesárea, eu preciso de uma carta prescrita do postinho, que eles estão te acompanhando mais de perto do que eu’. (...) A obstetra falou (...): ‘Você tem que mandar uma carta prescrita e carimbada por ela, que ela tá [sic] te encaminhando pra cá’” (Usuária 6).

Continua>>

Quadro 4 – Principais citações identificadas como elementos dificultadores relacionados às mudanças na coordenação da atenção entre níveis assistenciais em duas redes de atenção à saúde, na linha de cuidado materno-infantil. Pesquisa Efetiva PAS, 2022. Conclusão.

Ordenação do acesso	<i>“a gente leva um papel daqui do posto para lá [Centro Especializado]. Aí chega lá, entrega (...)”</i> (Usuária 1). <i>“O doutor deu uma cartinha por questão da pressão, quando a pressão ficou alta. Ele mandou uma cartinha para a doutora daqui (da UBS)”</i> (Usuária 6). <i>“Muita troca de profissional, então a gente não consegue manter (...), muito profissional rotativo. Então a gente tem muita dificuldade (...), muito enfermeiro rotativo, que não permanece na unidade. (...) aqui tem muito portariado, celetista, porque não teve concurso ainda. Então assim sai, entra novo. Então tá [sic] muito rotativo (...), a gente não está conseguindo manter”</i> (Profissional AE 8).
Ordenação da RAS e/ou região de saúde	<i>“o exame do pezinho não faz aqui, vai para fora (...)”</i> (Usuária 6). <i>“o ponto que eu acredito que seja falho (...) são os nossos laboratórios de suporte de diagnóstico, de suporte de manejo. Esses, sim, eu acho que a gestão deixa muito a desejar nisso (...)”</i> (Profissional AE 1). <i>“tem municípios que não conhecem o alto risco (...) falta de conhecimento e não conhece nem a rede e não sabe qual que é o [Centro Especializado] (...)”</i> (Profissional AE 8).
Gestão de saúde compartilhada e integrada entre níveis assistenciais – APS e AE	<i>“Atenção básica, ela é um pouco birrenta com a gente, eles são um pouco birrentos, eu não sei a causa, depende muito de qual UBS. (...) Quando a gente faz os matriciamentos, (...) vem um ou outro (...) aí depois ficam por telefone e tal, e não seguem, às vezes, os planos (...), algumas vezes eles não seguem esses planos que a gente manda, muitas vezes nem leem esses planos. Mas eles assim, dentro do geral, a grande maioria faz, mas tem outros que (...) não sei o que acontece”</i> (Profissional AE 6). <i>“Como a rotatividade desses profissionais são grandes [sic] no município, principalmente (...) especialista (...), a gente encontra uma dificuldade de colocar na cabeça desses profissionais que eles precisam estar interligados com uma atenção básica, que eles precisam se comunicar”</i> (Profissional AE 10).
Redução da fragmentação da atenção de risco e muito alto risco	<i>“Talvez a gente ainda tenha que avançar com a integração com a maternidade, então acho que seria o momento mesmo, porque a gente não tem essa integração efetiva (...)”</i> (Profissionais AE 5). <i>“tem muita especialidade que a gente não consegue (...), tem várias especialidades que necessitam de um atendimento fora [da região] e às vezes a gente não consegue”</i> (Profissional AE 3).

Fonte: elaboração própria.

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; APS – Atenção Primária à Saúde.

Discussão

Os resultados deste estudo revelaram aspectos importantes sobre a coordenação assistencial entre a APS e a AE, com base na percepção de usuárias e profissionais da AE de duas redes de atenção. O estudo evidenciou que, apesar dos avanços promovidos pela PAS e pelos mecanismos de ordenação da atenção implementados, que fortalecem a rede de cuidado e o *continuum* assistencial, persistem limitações estruturais e culturais que afetam a efetividade da integração entre os níveis de atenção. As dificuldades com a adesão de profissionais, a fragmentação dos serviços em relação às maternidades e a alta rotatividade de profissionais comprometem o fluxo de assistência, mostrando que a busca de uma rede de saúde mais coesa e funcional continua a ser um desafio substancial.

A opção de considerar a percepção de profissionais da AE na análise da coordenação entre níveis justifica-se, primeiramente, pela visão complementar e, muitas vezes, distinta da dos profissionais da APS sobre os desafios enfrentados na coordenação dos cuidados. Enquanto os profissionais da APS frequentemente abordam a continuidade do cuidado na perspectiva de porta de entrada do sistema (Bousquat et al., 2017; Gurgel Júnior e Jorge, 2022), os da AE podem destacar barreiras e facilitadores relacionados à referência e contrarreferência, à adequação dos planos de cuidado e ao papel que desempenham no manejo de casos de maior complexidade.

A percepção dos profissionais da AE é fundamental para compreender a efetividade dos processos de articulação, uma vez que eles podem apontar desafios que não são visíveis para os profissionais da APS, tais como a sobrecarga de consultas especializadas, a comunicação fragmentada e as dificuldades de adesão a protocolos, que impactam na continuidade assistencial. A PAS propõe para o serviço de saúde a gestão compartilhada e integração entre níveis, reduzindo a fragmentação da atenção (Guerra et al., 2022). Evangelista et al. (2019) apontam a intervenção como importante ferramenta de gestão, que auxilia o compartilhamento do cuidado. Ao incluir a visão de profissionais da AE, estudos podem alcançar uma análise abrangente da RAS e, assim, contribuir para intervenções que promovam uma integração efetiva e um cuidado coeso, centrado no usuário.

Surgiram aspectos positivos e fragilidades na coordenação da informação entre os diferentes níveis de atenção à saúde após implantação da PAS. Positivamente, os informantes relataram a criação de planos de cuidado compartilhados e a realização de ações de matriciamento destinadas a capacitar os profissionais e aprimorar o manejo clínico. Esses mecanismos são fundamentais para facilitar a transferência de informações clínicas e biopsicossociais entre a APS e a AE, promovendo uma continuidade do cuidado mais efetiva (Campos et al., 2014; Tesser e Poli Neto, 2017; Evangelista et al., 2019). As reuniões de equipe na AE também foram apontadas como uma prática que contribui para a transferência de informações relevantes sobre o usuário.

Persistem desafios significativos que comprometem o fortalecimento dessa coordenação. As narrativas das usuárias revelaram que, na ausência de um sistema formal robusto, a responsabilidade pelo compartilhamento das informações de saúde recai sobre elas mesmas (Luján et al., 2017). Essa dependência pode ser problemática, pois a continuidade do cuidado se torna dependente do entendimento e do comprometimento de usuárias que, por vezes, situam-se em contextos de vulnerabilidade social. Frequentemente, essas pessoas podem apresentar baixa escolaridade e dificuldades decorrentes de um baixo nível socioeconômico, o que pode limitar sua capacidade de compreender e comunicar de forma correta informações médicas complexas. Essa situação não apenas aumenta o risco de equívocos na transmissão de informações cruciais para o cuidado, mas também expõe uma fragilidade estrutural do sistema de saúde, que, ao delegar essa responsabilidade às usuárias, pode comprometer a continuidade e a qualidade do cuidado prestado (Mendes et al., 2021).

Um conceito importante, descrito por Mendes (2012), é o de autogestão, que se refere à autonomia do usuário na participação ativa de seu cuidado. Contudo, essa participação deve ocorrer em um sistema de saúde que ofereça suporte e infraestrutura adequados. A situação identificada nos resultados, em que a transferência de informações essenciais à equipe depende das próprias capacidades da usuária, mostra uma falha na implementação desse aspecto do MACC, sugerindo que ainda não há um suporte suficientemente robusto para a autogestão efetiva, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Os profissionais da AE destacaram a ausência de *feedback* da APS sobre a aplicação dos planos de cuidado, indicando falha na comunicação bidirecional. Essa lacuna dificulta a troca de informações entre os profissionais, prejudicando o monitoramento do impacto das intervenções propostas e limitando a capacidade de ajustes (mecanismos de coordenação de adaptação mútua) e melhorias no cuidado prestado (Mendes et al., 2021).

A falta de integração com a atenção hospitalar foi outra fragilidade identificada. Essa desconexão indica que, embora existam práticas e instrumentos que busquem integrar a APS e a AE, o elo com a atenção hospitalar permanece como um ponto crítico, resultando em uma quebra na rede de atenção à saúde que pode impactar negativamente a continuidade do cuidado, principalmente em situações de maior complexidade, como as que envolvem o manejo de gestantes de alto risco (World Health Organization, 2018). Para fortalecer a coordenação da informação, é essencial que sejam desenvolvidos sistemas formais e estratégias estruturadas entre os níveis de atenção. Isso inclui não apenas a criação de mecanismos de comunicação bidirecional, mas também o fortalecimento de soluções tecnológicas e de treinamento contínuo que auxiliem no empoderamento de profissionais e usuários, assegurando que as informações cruciais sejam compartilhadas de forma segura e integrada (Miranda-Mendizábal et al., 2020).

As narrativas das usuárias sugeriram uma certa consistência nos tratamentos recebidos em ambos os níveis de atenção, com destaque para a continuidade do acompanhamento clínico e a adequação na transferência entre os níveis. Esse ponto positivo demonstra que, em situações em que os processos de encaminhamento e atendimento são bem conduzidos, a gestão clínica se alinha às necessidades dos usuários, promovendo um cuidado integrado e coordenado de forma efetiva (Almeida et al., 2010; World Health Organization, 2018; Waibel et al., 2018; Ollé-Espluga et al., 2021; Shimocomaqui et al., 2023).

Os profissionais também destacaram a coerência na gestão clínica, especialmente em relação às práticas internas da AE, como as discussões de casos em equipe. Isso indica um certo nível de organização na AE, que favorece a construção de planos de cuidados bem delineados. No entanto, a dificuldade de ampliar essa prática para uma colaboração com a APS demonstra uma articulação entre níveis ainda insuficiente (Guerra et al., 2022). Além disso, a prática de interconsulta, embora mencionada, parece ser restrita a situações específicas, o que enfraquece o potencial da gestão clínica integrada.

A coordenação da gestão clínica, que se revelou efetiva dentro da AE, mas fragmentada ao integrar-se com a APS, reflete a necessidade de que todos os níveis trabalhem de forma integrada e em rede, com um foco em planos de cuidado colaborativos e contínuos. A falta de *feedback* e a ausência de práticas consistentes de colaboração entre APS e AE encontradas no estudo apontam para a carência de alinhamento da estratégia com o modelo proposto por Mendes (2012), que destaca a gestão compartilhada e a importância da comunicação entre equipes para garantir o cuidado integral.

Um desafio significativo que emergiu dos discursos foi a carência de especialistas e os problemas de acesso a exames, o que compromete a integralidade do cuidado e pode dificultar a oportunidade no manejo de casos de alto risco (Mendes, 2019; Almeida et al., 2021). A demora na realização de exames, como ultrassonografias obstétricas, citada por usuárias, reflete a tensão entre oferta e demanda, muitas vezes forçando-as a buscar serviços privados. Esse cenário impacta negativamente a continuidade do cuidado e destaca uma falha na gestão clínica ao não conseguir atender de forma efetiva às necessidades de alta complexidade dentro da rede pública (Amarilla et al., 2020).

Outro ponto de destaque é a alta rotatividade de profissionais, que compromete a sustentabilidade dos processos de trabalho implementados no âmbito da PAS. A mudança frequente dos membros das equipes prejudica o estabelecimento de vínculos, a continuidade dos cuidados e a aplicação consistente dos protocolos e planos (Belga, Jorge e Silva, 2022). A baixa adesão de profissionais da APS às ações de matriciamento promovidas pela AE aponta uma falha na disseminação de práticas colaborativas que são fundamentais para uma gestão clínica bem-sucedida, podendo ainda ser resultante da elevada demanda de atendimentos, da métrica utilizada para avaliação da produção de trabalho, da formação, experiência e facilidade ou dificuldade de compartilhamento de cada profissional, das exigências da população e gestão local e da insuficiência da rede de serviços do território em relação à demanda, gerando uma sobrecarga constante de trabalho em todos os níveis assistenciais (Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima, 2017).

Os resultados da coordenação administrativa refletiram a forma como a APS é reconhecida como ordenadora do cuidado, assumindo a responsabilidade de gerenciar os fluxos de encaminhamento e a referência para a AE. As narrativas das usuárias e dos profissionais apontaram que a APS desempenha um papel central na organização do acesso, estratificando riscos e coordenando as ações iniciais necessárias para garantir a continuidade do cuidado. Esse protagonismo permite que a APS facilite a entrada na AE, assegurando que o acompanhamento especializado seja agendado ainda na consulta da APS (Bousquat et al., 2017).

Contudo, os resultados evidenciam obstáculos na coordenação administrativa. Um exemplo é a dependência da usuária para gerenciar o plano de cuidado e documentos importantes, como exames e formulários de encaminhamento, que, em um sistema ideal, deveriam ser integrados eletronicamente entre os níveis de atenção. O retorno de uma usuária à APS para obter encaminhamentos específicos sugere que a integração administrativa ainda carece de processos simplificados e acessíveis, que reduzam os custos, acelerem o acesso ao especialista e melhorem a coordenação do atendimento (Bodenheimer, 2008).

Os avanços promovidos pela PAS na construção de vínculos e ampliação da comunicação entre os níveis de atenção permitiram que os profissionais da AE passassem a assumir atribuições adicionais, como a supervisão e a promoção de ações educativas, o que contribui para a organização dos fluxos assistenciais. No entanto, a integração administrativa plena ainda enfrenta desafios estruturais, como a necessidade de protocolos mais robustos e sistemas de informação interoperáveis que permitam um compartilhamento rápido e seguro de dados entre a APS e a AE de uma mesma área geográfica, por meio de acesso eletrônico (Bodenheimer, 2008). Portanto, para melhorar a coordenação administrativa, é fundamental investir em mecanismos que integrem a APS e a AE, reduzindo a dependência dos pacientes e melhorando a comunicação entre as equipes. Estratégias para estabilizar a equipe profissional e a adesão aos protocolos estabelecidos são cruciais para uma ordenação mais efetiva e uma assistência integral e contínua (Almeida et al., 2021).

Concluiu-se que, apesar dos avanços consideráveis percebidos pelos entrevistados nas duas redes de atenção que desenvolveram a intervenção da PAS, ainda persistem desafios na integração entre a APS e a AE. A PAS emergiu como uma estratégia potente para aproximar os profissionais, estruturar fluxos de cuidado e estabelecer processos de trabalhos, como o matriciamento, elaboração de planos de cuidados, reuniões de equipe, interconsulta, entre outros. No entanto, na coordenação da informação, a dependência das usuárias para a transmissão de informações entre os níveis de atenção demonstra a necessidade de aprimorar os mecanismos formais de comunicação. Na coordenação da gestão clínica, embora a coerência interna da AE tenha sido reconhecida, a dificuldade em expandir essa prática para uma colaboração efetiva com a APS comprometeu a continuidade do cuidado. Por sua vez, na coordenação administrativa, houve indícios de que a APS assumiu seu papel de ordenadora do acesso e beneficiou-se da PAS para construir vínculos e fortalecer a rede, mas ainda encontra barreiras relacionadas à burocracia e à falta de sistemas integrados.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: ACA, DFP, CSV

Curadoria dos dados: ACA, DFP, CSV

Coleta de dados: ACA, SF, PM

Análise dos dados: ACA, DFP, CSV

Redação - manuscrito original: ACA, DFP, CSV

Redação - revisão e edição: ACA, DFP, CSV, ICS, EF, SG, PM, LSD, GARM, MFMM

Financiamento

Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Conflito de interesses

Declaramos que não há conflito de interesses.

Aspectos éticos

A Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde no Brasil – Pesquisa Efetiva PAS foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 34198320.5.0000.5201.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante da pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde no Brasil – Pesquisa Efetiva PAS.

Material e/ou dados de pesquisa em repositório

Não se aplica.

Preprint e versão final

Não se aplica.

Editora científica

Bárbara Bulhões

Referências

ALLER, Marta B. *et al.* Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*, v. 15, n. 323, p. 1-16, 2015. <https://10.1186/s12913-015-0968-z>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26268694/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ALMEIDA, Hylany B. *et al.* As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, e00022020, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3FMVcDP9bCs3G94fqQQfDSQ/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ALMEIDA, Patty F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R4dRdxY9P48vhrpVgCBjYZK/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

AMARILLA, Delia I. *et al.* Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. *Revista de Salud Pública*, Córdoba, v. 24, n. 1, p. 19-32, 2020. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24n1>. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/23601>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BELGA, Stephanie M. M. F.; JORGE, Alzira O.; SILVA, Kênia L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zDrYHM4dtZdPqx3kGBWBWrr/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BODENHEIMER, Thomas. Coordinating Care – A Perilous Journey through the Health Care System. *New England Journal of Medicine*, v. 358, n. 10, p. 1.064-1.071, 2008. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0706165>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18322289/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BOUSQUAT, Aylene. *et al.* Atenção Primária à Saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1.141-1.154, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytkwtS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.604 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 28 mar. 2025.

CAMPOS, Gastão W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, suppl. 1, p. 983-995, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Planificação da Atenção Primária à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: Conass, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília: Conass, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ESPINEL-FLORES, Verónica *et al.* Assessing the impact of clinical coordination interventions on the continuity of care for patients with chronic conditions: participatory action research in five Latin American countries. *Health Policy and Planning*, v. 37, n. 1, p. 1-11, 2022. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab130>. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/37/1/1/6413725>. Acesso em: 28 mar. 2025.

EVANGELISTA, Maria J. O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2.115-2.124, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KrXMY6P7LTtkwckjxMMGXm/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

FAUSTO, Márcia C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GUERRA, Sofia. *et al.* Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, e00115021, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P7JW9nhbpZCsg8qYVY3Hnkz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GUERRA, Sofia. *et al.* Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, e00262921, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT262921>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pr37WczH9kBVLPG88cCBJsp>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GULLIFORD, Martin. Access to primary care and public health. *Lancet Public Health*, v. 2, n. 12, p. 532-533, 2017. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30218-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30218-9). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266717302189?via%3Dihub>. Acesso em: 28 mar. 2025.

GURGEL JÚNIOR, Francisco F.; JORGE, Maria S. B. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: desafios teóricos e práticos na perspectiva de gestores e enfermeiros. *International Journal of Development Research*, v. 12, n. 2, p. 54.134-54.141, 2022. <https://doi.org/10.37118/ijdr.24069.02.2022>. Disponível em: <https://journalijdr.com/coordena%C3%A7%C3%A3o-do-cuidado-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde-desafios-te%C3%B3ricos-e-pr%C3%A1ticos-na-perspectiva-de>. Acesso em: 28 mar. 2025.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. <https://10.1136/bmj.327.7425.1219>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC274066/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

HARTZ, Zulmira M. A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um 'sistema sem muros'. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. suppl. 2, p. S331-S336, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dpxwqHjhPkG/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

LUJÁN, Angélica I. C. *et al.* Percepción sobre continuidad asistencial de usuarios con enfermedades crónicas en dos redes de servicios de salud. *Revista del Instituto de Salud Publica de la Universidad Veracruzana*, v. 13, n. 25, p. 7-24, mar. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332233447_PERCEPCION_SOBRE_CONTINUIDAD_ASISTENCIAL_DE_USUARIOS_CON_ENFERMEDADES_CRONICAS_EN_DOS_REDES_DE_SERVICIOS_DE_SALUD. Acesso em: 28 mar. 2025.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M.; PINTO, Hêider A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771495>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MALTA, Deborah C.; Merhy, Emerson E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MENDES, Eugênio V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Opas, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49107>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MENDES, Eugênio V. Desafios do SUS. Brasília, DF: Conass, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MENDES, Livia S. *et al.* Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 37, v. 5, e00149520, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/trzFhLccv7qMB8kHJn557Ly/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

MINAYO, Maria C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA-MENDIZÁBAL, Andrea *et al.* Knowledge and use of clinical coordination mechanisms in healthcare networks in Latin America. *Gaceta Sanitaria*, v. 34, n. 4, p. 340-349, 2020. <https://10.1016/j.gaceta.2018.09.009>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30578041/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

OLLÉ-ESPLUGA, Laia *et al.* Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gaceta Sanitaria*, v. 35, n. 5, p. 411-419, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ga/2021.v35n5/411-419/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

REID, Robert; HAGGERTY, Jeannie; MCKENDRY, Rachael. *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*. Ottawa, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/245856177>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ROCHA, Daniel C. Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/936717>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SAMICO, Isabella *et al.* Avaliação da efetividade da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde – EfetivaPAS: protocolo de pesquisa. *Anais do IHMT*, v. 23, n. 2, p. 36-49, 2024. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.497>. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/497/415>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SANTOS, Rosimeire A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia R.; LIMA, Laura C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sPDtCGMZ3Q86f4Gy9YT9C3g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SHIMOCOMAQUI, Guilherme B. *et al.* Atenção ambulatorial especializada à saúde materno-infantil em regiões do PlanificaSUS. *Revista de Saúde Pública*, n. 57, v. supl. 3, p. 1-11, 2023. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005336>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/219408>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Ligia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura V.C.; NORONHA, José C., CARVALHO Antonio I., (orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 627-673. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>. Acesso em: 28 mar. 2025.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 28 mar. 2025.

SUTER, Esther *et al.* Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly*, v. 13, n. sp, p. 16-23, 2009. <https://10.12927/hcq.2009.21092>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3004930/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

TERRAZA-NÚÑEZ, Rebeca; VARGAS-LORENZO, Ingrid; VÁZQUEZ-NAVARRETE, María L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012. Acesso em: 28 mar. 2025.

TESSER, Charles D.; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgzmkvGCFPVXQwxPdgg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2025.

VARGAS, Ingrid *et al.* Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy and Planning*, v. 33, n. 4, p. 494-504, 2018. <https://10.1093/heapol/czy016>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452401/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

VÁZQUEZ, María L. *et al.* Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*, v. 5, n. 7, e007037, 2015. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007037>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007037>. Acesso em: 28 mar. 2025.

WAIBEL, Sina *et al.* Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 257, p. 1-11, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3042-9>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5891958/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating health services. *Technical Series on Primary Health Care*. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2025.