

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO E DA
ORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

ANDRÉ LUÍS CORRÊA MEIRA

Orientador: Professor Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, Novembro de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO E DA
ORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE

ANDRÉ LUÍS CORRÊA MEIRA

Orientador: Professor Dr. Erno Harzheim

A apresentação desta dissertação é uma exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias com ênfase na Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Meira, Andre Luis Correa

Avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária à saúde em Porto Alegre / Andre Luis Correa Meira. -- 2013.

65 f.

Orientador: Erno Harzheim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Rede de Atenção à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Instrumentos de Avaliação em Saúde. I. Harzheim, Erno, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Daniela Riva Knauth, Professora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Dr. Airton Tetelbon Stein, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves – Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

A minha filha, Manuela Meira.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade, todos os dias, de fazer melhor.

Carolina Santos da Silva, minha esposa e incansável companheira, profissional da saúde, mestre por esse programa, que soube estar presente ouvindo, discutindo e contribuindo com a minha formação. Além disso, pelo cuidado sempre dispensado ao nosso maior bem, nossa filha Manuela Meira, sobretudo enquanto fazia minhas imersões finais.

A toda minha família por terem papel importante na minha vida. Aos meus pais Adriano e Rosa Maria, meus irmãos Ana Paula e Marcelo, que sempre compartilharam desse meu sonho. Ao Arthur, meu afilhado, meus cunhados, Victor, Guilherme, Camila e Guilherme, sogros Jorge e Elisabete, minhas avós Mathilde e Philomena, pelo carinho de sempre.

Ao amigo-irmão Guilherme de Carvalho Sperotto, pela constante parceria.

Aos Senhores: Dr. Alberi Nascimento Grando e Rudimar Pedro, amigos, que a frente da SMS – Passo Fundo acreditaram e apoiaram o meu trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, profissionais de diversas formações, com quem aprendi muito e trouxeram afeto para esta jornada. Em especial a colega Patrícia Sampaio Chueiri, cujo instrumento de trabalho produzido em sua pesquisa contribuiu bastante para o desenho metodológico desse trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, por possibilitar minha formação.

A Lisiane Hauser e Caren Serra Bavaresco, pessoas acessíveis e que compartilharam sua sabedoria para contribuir nesta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, professores Dra. Daniela Riva Knauth, também coordenadora desse programa, pelas aulas e pela condução de toda a caminhada, ao Dr. Airton Tetelbon Stein, e ao Dr. Marcelo Guimarães Gonçalves, cujas estudos contribuíram para esse trabalho.

Ao meu orientador Dr. Erno Harzheim, pessoa com quem aprendi muito e que acolheu meu desejo de realização de um estudo quantitativo. Também pela disponibilidade e pela orientação.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO	11
2. INTRODUÇÃO	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Atenção Primária à Saúde, seus Atributos e Funções frente ao conceito das Redes de Atenção à Saúde	14
3.2 Coordenação do Cuidado Individual pela Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	21
3.3 Ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde	27
3.4 Efetividade do Papel de Coordenação do Cuidado e Ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: Estudos Nacionais e Internacionais	28
3.5 Avaliação do papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	29
3.6 Adaptação de Instrumentos e a Existência de Instrumentos que Medem Ordenação e Coordenação	31
4. OBJETIVOS	34
4.1 Objetivo Geral	34
4.2 Objetivos Específicos	34
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
6. ARTIGO	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

ANEXO A: Aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP	60
ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	64

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS – Atenção Primária à Saúde
ATS – Avaliação de Tencologias em Saúde
CSEM - Centro de Saúde Escola Murialdo
DAB – Departamento de Atenção Básica
DP –Desvio-Padrão
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESP – Escola de Saúde Pública
FHS – Family Health Strategy
GHC –Grupo Hospitalar Conceição
GM – Gabinete Ministerial
IBGE –Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
IOM –Institute of Medicine
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS –Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool - Primary Care Assessment Tool
PHC – Primary Health Care
PNAB –Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
RS – Rio Grande do Sul
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STATA –Data Analysis and Statistical Software for Profissionais
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS –Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O sistema público de saúde brasileiro tem sido convocado a dar resposta a um cenário ao qual se observa transição epidemiológica composta por um emergente aumento de condições crônicas de saúde. Em oposição ao sistema fragmentado, com foco nas condições agudas, voltado para o atendimento individual e isolado, que age de forma reativa e episódica em relação à demanda das pessoas usuárias, surge a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. Para tanto a RAS baseia-se na Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estrutural, esta sendo o centro de comunicação das RAS e a porta de entrada do sistema. Assim, cabe a APS a função de coordenação do cuidado e da ordenação da RAS de acordo com as necessidades de saúde das pessoas. Objetivo: Verificar a presença e extensão dos elementos de coordenação do cuidado e de ordenação da rede de atenção pela APS em diferentes tipos de serviços públicos de APS em Porto Alegre. Método: É um estudo transversal de base populacional em adultos adscritos à rede pública de APS de Porto Alegre (Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Saúde Escola Murialdo e Serviço de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição). A análise consiste em questões do PCATool-Brasil, as quais, segundo os autores relacionam-se com as funções de coordenação e ordenação. Resultados: Observa-se que o escore médio de Coordenação e Ordenação pela APS geral é de 5,7 (5,5: 5,9). Quanto aos tipos de serviço, o GHC com escore médio de 6,78 (0,12) foi o único que ficou com valor ligeiramente superior ao valor do ponto de corte (6,6) da escala arbitrária para Coordenação e Ordenação. Os escores médios de coordenação e ordenação da UBS foi 4,85 (0,17); do CSEM 5,48 (0,17) e do ESF foi 5,95 (0,09). Conclusões: Observa-se que, na experiência dos usuários entrevistados, os serviços públicos de APS de Porto Alegre ainda são incipientes quanto ao desempenho das funções de Coordenação do Cuidado e Ordenação das RAS.

Palavras-Chave: Rede de Atenção à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Instrumentos de Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian public health system has been called to respond to a scenario where the observed epidemiological transition consists of an emergent increase in chronic health conditions. In contrast to the fragmented system, focusing on acute conditions facing individual care and isolated, which acts in a reactive and episodic in relation to people's demand users, there is the Health Care Network (HCN) with the objective of providing the right attention at the right place, at the right cost and at the right time. For both the RAS is based on Primary Health Care (PHC) as a structural axis, this being the communication center of the HCN and the gateway system. Thus, it is the function of the PHC care coordination and ordering of HCN according to the health needs of the people. Objective: To determine the presence and extent of the elements of care coordination and ordering of the care network by PHC in different types of public PHC in Porto Alegre. Method: It is a population-based cross-sectional study in adults ascribed to public PHC of Porto Alegre (Basic Health Unit, Family Health Strategy, Health Centre Murialdo and Health Service of the Conceição Hospital). The analysis consists of questions *PCATool-Brazil*, which, according to the authors relate to the functions of coordination and ordering. Results: It was observed that the mean score for the Coordination and Ordination by PHC overall is 5.7 (5.5: 5.9). As for the types of service, the GHC with a mean score of 6.78 (0.12) was the only one who got slightly higher than the cutoff value (6.6) of arbitrary scale for Coordination and Sorting. Mean scores of coordination and ordination of UBS was 4.85 (0.17), the CSEM 5.48 (0.17) and FHS was 5.95 (0,09). Conclusions: We observed that, in the opinion of the users interviewed, utilities PHC Porto Alegre are still incipient as the performance of functions of the Care Coordination and Ordination of HCN.

Keywords: Health Care Networks, Evaluation of Health Care Services, Primary Health Care, Health Evaluation Tools.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulado “AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO E DA ORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Novembro de 2013.

O trabalho é apresentado em quatro partes na seguinte ordem que segue:

- 1- Introdução, Revisão de Literatura e Objetivos.
- 2- Artigo
- 3- Considerações finais
- 4- Documentos de apoio.

2. INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde analisa a incorporação de novas tecnologias, a cada dia, que se propõem resolver problemas específicos da população (Brasil, 2009). O Brasil se destaca pela universalidade e integralidade do cuidado (Brasil, 1990), legalmente formatado a partir de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), que por sua vez é complexa e demanda uma intervenção ampla e articulada para responder às necessidades em saúde da população, de forma eficiente, eficaz e resolutiva.

A APS é amplamente difundida, no entanto, precisa avançar em diversos aspectos como: reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas (Stotz,1991), financiamento, trabalho em equipe, adscrição da clientela, pertencimento e articulação na composição de rede de atenção à saúde, identificação e manejo das condições de saúde e estratificação da população, entre outros.

O presente estudo justifica-se a partir da necessidade de mensurar o quanto a APS tem conseguido exercer duas funções que lhes são competentes; à função de coordenação do cuidado e a de ordenação da rede de atenção frente às necessidades da população. Estudos na Europa apontam que coerência e coordenação insuficientes em atenção à saúde ainda são consideradas as principais causas de falta de respostas às necessidades da população (Saltman, et al., 2010).

O propósito não é de incorporar novas tecnologias em saúde, mas avaliar essas importantes funções de uma tecnologia já existente e amplamente difundida em todos os municípios brasileiros, ou seja, os serviços de atenção primária à saúde (quais deles possuem melhor escore para APS, se existem diferenças entre eles), que são de base territorial e que possuem atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Esses serviços são pontos integrantes e fundamentais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e exercem a função de resolubilidade, comunicação e responsabilização. O que se pretende nesse estudo é saber se essa tecnologia está dando conta da função de coordenação do cuidado e da ordenação das redes de saúde mediante as necessidades dos usuários. Por sua vez,

integrando outras tecnologias para que possam ser utilizadas em momentos certos, nos locais certos, por profissionais certos e que legitimem o sistema pela promoção da equidade.

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) (Brasil, 2009) é necessária para conexão da rede de cuidado, diante disso necessitam-se ferramentas para identificação dos nós críticos do sistema. Porém, não há instrumentos específicos validados que meçam especificamente os atributos de coordenação e de ordenação da Atenção Primária. Sendo assim, esse trabalho se desenha na intersecção de questões contidas em 2 instrumentos. O primeiro, um instrumento proposto por Chueiri (Chueiri, 2013) para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção pela APS no Brasil. O segundo, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil, versão Adulto) (Brasil, 2010a). Dessa forma o estudo avalia o grau de coordenação e ordenação da APS frente à RAS, por meio da análise dessas questões comuns com os atributos da APS e suas funções nos diferentes instrumentos nos diferentes tipos de serviços de saúde de APS disponíveis à população de Porto Alegre que foram estruturados nesses moldes, buscando identificar um padrão de escore estabelecido pelo instrumento PCATool-Brasil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde, seus Atributos e Funções frente ao conceito das Redes de Atenção à Saúde

O Sistema de Saúde baseado na APS inicialmente foi utilizado pelo modelo de saúde inglês, por meio do Relatório Dawson, 1920 (Dawson, 1964), o qual apontou os serviços domiciliares no sistema inglês; contrapõe o reducionismo biológico e a atenção individual, e aponta a necessidade de reduzir os custos, organizar a complexidade da atenção médica e aumentar a resolutividade da atenção. O relatório ainda traz um mapeamento dos pontos de atenção em saúde e os estrutura pela sua natureza.

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (Opas/OMS, 1978), em 1978, define APS de forma bastante abrangente:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.”(Opas/OMS, 1978).

Desde o início do século XX, quando a Saúde Pública no Brasil se caracterizou como política nacional de saúde, vem-se sistematizando práticas sanitárias na tentativa de estabelecer uma assistência efetiva voltada para a coletividade (Nunes, 2000), tendo sido a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) os marcos mais importantes desse processo.

A construção do SUS se dá através das lutas de classes trabalhadoras e interpõe-se ao modelo excludente e sem equidade (Fleury, 1997) e fortemente dicotômico entre assistência médica e saúde pública. Seus princípios doutrinários delineiam a reformulação das práticas assistenciais em direção a um novo modelo assistencial, com um conceito de saúde ampliado e fortemente relacionado com a definição de APS proposta em Alma-Ata, já com experiências exitosas de países como Inglaterra, Canadá, Espanha, Portugal e Cuba.

Esse conceito embasa o processo de Reforma Sanitária Brasileira, tendo na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) o marco conceitual que desencadeia os princípios assegurados na Constituição Federal de 1988.

Para a implantação de um sistema de saúde condizente ao conceito ampliado de saúde, a proposta de criação do SUS estabelece que as ações e serviços públicos de saúde passem a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada de um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Inicia nessa época a saúde comunitária, como clínica da família e pesquisas comunitárias com treinamento de pessoal em políticas públicas, tendo no Ceará em 1987, a primeira experiência de agentes comunitários de saúde, ACS, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada (Tomaz, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Nesse sentido, como reitera Mendes (Mendes, 2011), são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

Em 1992, Starfield (Starfield, 2002) em seus estudos sobre a APS, define atributos que vão caracterizar um serviço quanto à orientação para APS, estruturando esses num instrumento para medir o grau de orientação para atenção primária nos serviços. A atenção primária é definida através de seus atributos: o acesso de primeiro contato ao Sistema de Saúde, a longitudinalidade e integralidade da atenção, a coordenação da assistência e a atenção centrada na família e na comunidade, sendo definidos como:

- acesso de primeiro contato - “implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou para cada novo episódio de problema já existente”;

- longitudinalidade - “pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção, e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”;

- integralidade - “Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas específicos”;
- coordenação - “exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, da história clínica ou por ambos), assim como a identificação de problemas que são abordados em outros serviços e a integração deste cuidado com o cuidado geral do paciente. O serviço provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, nos diferentes níveis do sistema de saúde”;
- atenção centrada na família (orientação familiar) –“conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades”;
- orientação comunitária - “refere-se ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços”;
- competência cultural - “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”.

Com isso torna-se possível mensurar o grau de orientação à APS, e conseqüentemente comparar sistemas ou tipos de serviços e a associação entre a presença dos atributos individuais e/ou agrupados.

O Brasil inicia em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) e se constitui como principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reorientação da APS no país. Hoje, a Estratégia Saúde da Família cobre 53,1% da população com mais de 30 mil equipes implantadas (Brasil, 2013).

O Programa Saúde da Família (PSF), implementado a partir de 1994 sinalizava uma potente ferramenta para garantir a Atenção Primária à Saúde (APS), com base territorial, constituindo o acesso prioritário aos serviços de saúde. Em março de 2006, com a reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o programa adquire a qualificação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006).

Seguindo a lógica da descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS), definida como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde[(Brasil, 2011a).

A construção dessas Redes tem como base estruturante a APS e essa ocupa um lugar de reordenadora do modelo, superando outras definições de APS, nas quais ela não exerça as funções de coordenação e ordenação da RAS.

No documento de posição sobre a renovação da APS nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS, 2011) afirma:

“Um sistema de saúde baseado na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde” Opas/OMS, 2011

Assim a nova Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011b), estabelecida pela Portaria N° 2488, de 21 de Outubro de 2011, traz uma revisão sobre as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Aponta os princípios e diretrizes gerais da atenção básica reafirmando a Atenção Básica como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Diante disso, a Atenção Básica passa a ter, entre outras, duas funções na Rede de Atenção à Saúde: a coordenação do cuidado e a ordenação das redes. A primeira entendida como: “Coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. A segunda: Ordenar as redes reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos

outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.”(Brasil, 2011b).

Ao mesmo tempo define que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde serão ordenados pela APS e devem ser fundados na avaliação da gravidade de risco individual e coletivo e no critério cronológico, assegurando ao indivíduo a continuidade do cuidado em todas as suas modalidades, cabendo aos entes federados orientar e ordenar os fluxos das ações e serviços de saúde.

Diante dos princípios do SUS evidencia-se a necessidade de produzir conhecimento acerca dos conceitos contidos nos atributos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) [20], a coordenação do cuidado e a ordenação destas *Redes* pela Atenção Primária à Saúde. A construção destes conceitos inicia-se a partir dos atributos essenciais da APS. Analisando os atributos é perceptível que a APS exerce função na estruturação e organização do sistema de saúde.

Assim, a coordenação exige que o profissional ou serviço de APS integre e oriente o cuidado do paciente através do Sistema de Saúde, com disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento por hora prestado.

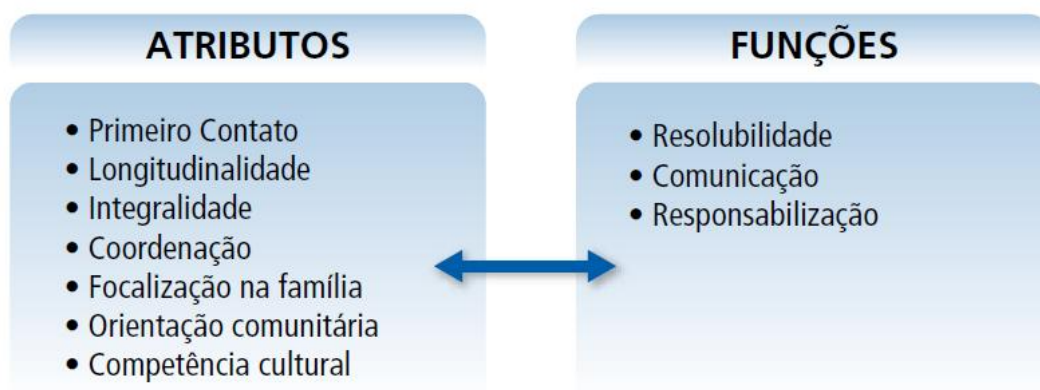
Segundo Starfield, 2002, (Starfield, 2002) o conhecimento sobre a extensão dos desafios da coordenação e sobre os impactos relativos de diferentes formas de alcançá-la é extremamente esparso. O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la.

Com uma gama de conceitos nos quais diversos países interpretaram a APS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) utiliza-se da interpretação mais abrangente e propõe uma renovação da APS, com o objetivo de revitalizar a capacidade os países de desenvolverem estratégias coordenadas, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. Tal renovação é motivada pelas seguintes razões: há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática

cotidiana da APS conhecimentos e instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades. (Opas, 2011).

Mendes (2012), aponta para APS como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e a coloca no exercício de obedecer a seus atributos e desempenhar algumas funções.

Figura 1. Os atributos e as funções da APS nas redes de atenção à saúde



Fontes: Mendes(2011), Starfield (1992)

A PNAB, 2011 (Brasil, 2011b) por sua vez define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica, como sinônimo de APS, estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. Neste sentido, a APS deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, capaz de fortalecer a longitudinalidade, construir intervenções clínica e sanitariamente efetivas (*Comparative Effectiveness Research*), na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Dessa forma,APS no desempenho de suas funções frente à RAS fortalece o Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, na estruturação de Redes

que garantam atendimento universal, integral, e de forma a identificar e responder as necessidades de saúde da população.

3.2 Coordenação do Cuidado Individual pela Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

As condições de saúde da população são determinadas por um conjunto complexo de fatores que vão além da categorização de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. São relacionadas como uma resposta social aos problemas de saúde, o modo pelos quais as pessoas vivem e trabalham, apresentando mudanças históricas na organização da sociedade, produzindo determinados padrões de adoecimento e de manutenção da saúde que sofrem variações ao longo do tempo (Barata, 2008).

O Sistema de Saúde brasileiro apresenta como desafio responder a uma situação epidemiológica em que predominam, cada vez mais, condições crônicas oriundas de um fenômeno de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que contribuem para um estado que corresponde a uma tripla carga de doenças (Frenk, 2006, in Mendes 2010) envolvendo ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas.

As doenças crônicas correspondem na grande maioria dos países do mundo como a principal causa de mortalidade e carga de doenças.

Os resultados de um estudo de carga global de doenças, no Brasil, medida por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, apontaram que as doenças crônico-degenerativas respondem por 66,3% da carga de doença no Brasil, as doenças infecciosas respondem por 23,5% e as causas externas por 10,2%, o que caracteriza uma tripla carga de doenças (Schramm et al., 2004).

Em outro estudo recente, ao analisar a situação das doenças crônicas no Brasil em 2010, foi obtido o dado de 68,1% do total de óbitos decorrentes de doenças

crônicas não transmissíveis, sendo esse percentual aumentado para 73,9% quando feitas as correções para sub-registro e causas mal definidas. As principais causas dessas foram – doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, juntas atingindo um percentual 80,2% dos óbitos (Brasil, 2011c).

Para dar respostas sanitárias a esse novo cenário, com predomínio das condições crônicas, os processos de trabalho das equipes devem responder às novas necessidades da população, com enfoque no cuidado compartilhado, com autonomia e protagonismo dos sujeitos, os quais receberão mais informações sobre seus problemas de saúde, melhor manejo e seguimento de suas condições crônicas e maior qualidade nos cuidados preventivos, inclusive na prevenção de uso desnecessário de tecnologias.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) se apresenta como proposta de fortalecer o papel da equipe multidisciplinar, qualificar o cuidado, trabalhar principalmente os determinantes proximais de saúde, aproximando o campo da saúde com o estilo de vida das pessoas da comunidade.

Nos países europeus, formuladores de políticas de saúde, é reconhecido que a gestão da doença crônica (*chronic disease management*), com acompanhamento contínuo de indivíduos que apresentam alguma doença crônica por anos ou até décadas, é um dos mais importantes desafios que os sistemas de saúde europeus enfrentam atualmente (Scheller-Kreinsen et al., 2009). Para os autores, pesquisas sugerem que um dos principais obstáculos para melhorar o cuidado de pacientes com doença crônica é a falta de coordenação da atenção à saúde no sistema de saúde.

Problemas vinculados à coordenação dos cuidados à saúde são apontados como um dos principais desafios à organização dos sistemas de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, face à fragmentação da rede assistencial e à insuficiente comunicação entre prestadores (Navarrete et al., 2005; Haggerty et al., 2003).

Para Mendes (2010) os sistemas fragmentados de atenção à saúde, ainda fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à

saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.

Para Giovanella, (2011) a organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados e a melhor coordenação objetivam proporcionar atenção menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos, de prevalência crescente.

Conforme relato do observatório europeu dos sistemas de saúde, (Saltman et al.,2010) ordenação e coordenação insuficientes em atenção a saúde ainda são consideradas as principais causas de falta de respostas as necessidades da população.

Powell et al., (2008), em uma revisão de literatura, relatam dificuldades na Atenção Primária à Saúde em desenvolver sistemas consistentes para a coordenação do cuidado, incluindo registros integrados de pacientes, sistemas de informação compatíveis, avaliações consistentes e centrais de regulação compartilhadas.

Ramírez-Duque et al., (2010), na Espanha, relatam que o crescimento exponencial das especialidades médicas pode trazer consequências econômicas e sócio-sanitárias negativas como o aumento dos custos, a repetição desnecessária de exames complementares (com os riscos subsequentes), a duplicidade nos tratamentos e a ausência de um médico de referência que coordene os diversos processos que envolvem um paciente.

Harzheim, 2006 afirma que a falta de coordenação do cuidado gera um custo adicional para o sistema, uma vez que se apresenta duplicidade de exames, consumindo recursos que poderiam ser utilizados de uma forma mais efetiva.

Na lógica da administração de serviços de qualquer natureza, a coordenação das ações desempenhadas pelos colaboradores no trabalho é um fator essencial em estrutura organizacional. Mintzberg, (1995) considera que essa atividade humana organizada origina duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e a coordenação dessas tarefas para obter resultados. Nesse contexto, o autor identifica cinco mecanismos de coordenação que

abrangem as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas. São eles: o ajustamento mútuo, a supervisão direta, a padronização dos processos de trabalho, a padronização dos resultados, e a padronização das habilidades dos trabalhadores.

O ajustamento mútuo é um mecanismo de coordenação do trabalho em que a comunicação informal entre dois ou mais profissionais ocorre. É considerado um mecanismo simples e nessa etapa há uma adaptação das habilidades de cada envolvido na tarefa realizada. Em saúde esse ajustamento mútuo é um pouco complexo tanto intra, como inter unidades, uma vez que a variabilidade de informações e a própria conduta de quem as produz pode ou não contribuir para uma tomada de decisão coordenada.

A supervisão direta, segundo mecanismo de coordenação, é a etapa em que uma pessoa assume a responsabilidade pelo trabalho dos outros, dando instruções a eles e monitorando suas ações, à medida que uma organização torna-se mais complexa (Mintzberg, 1995).

Os três demais mecanismos de coordenação relacionam-se com a padronização dos processos quando o trabalho extrapola as anteriores. A padronização dos processos de trabalho tem como característica execuções do trabalho especificadas ou programadas. Os resultados de tais processos também podem ser padronizados, assim como as habilidades de quem os executam (Mintzberg, 1995).

O Brasil tem utilizado algumas linhas de cuidado para definidas condições de saúde, correspondendo a uma parte de um cuidado de um estrato populacional específico. Essa linha é uma forma de coordenação oriunda do setor industrial, onde eram utilizados para identificar e gerenciar etapas nos processos de produção (Kaluzny & Shortell, 2006) .

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (Núñez et al 2006 adaptado por Almeida et al, 2010).

A essência da coordenação para Starfield, 2002 é a disponibilidade de informações clínicas a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (Starfield, 2002: 49).

A coordenação está relacionada e é elemento central da gestão do cuidado, fundamental para a continuidade e qualidade da atenção à saúde. Cecilio (2009) considera que a gestão do cuidado apresenta, pelo menos, três dimensões que poderiam ser representadas por três círculos concêntricos: uma “dimensão profissional”, uma “dimensão organizacional” e uma “dimensão sistêmica”.

A primeira dimensão ou o círculo mais interno representa a gestão do cuidado na esfera de responsabilidade profissional, onde se estabelece o singular encontro profissional-usuário. Para o autor, três componentes caracterizam uma boa ou má gestão do cuidado nesta dimensão: a postura ética do profissional, em particular como ele concebe o paciente que necessita de cuidados; a competência com que o profissional opera o seu “núcleo” de saber; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente.

Esse aspecto é percebido no *PCATool-Brasil*, em uma questão que aborda a percepção do usuário em relação a forma em que sua necessidade é concebida pelo profissional que o atende. “D10 - Você mudaria do *“nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”* para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?”(Brasil, 2010a).

Assim, a segunda dimensão da gestão do cuidado, o “círculo do meio”, é a dimensão organizacional. A gestão do cuidado, em sua dimensão profissional, desenvolve-se em contextos organizacionais. Para Cecilio (2009)[36], essa dimensão implica complexos processos de coordenação de múltiplas práticas profissionais com a divisão técnica do trabalho – que resulta na fragmentação de práticas e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais. A divisão social do trabalho em saúde resulta em tensões decorrentes da diferente valorização, incluindo a remuneração e o status de poder e autonomia dos diferentes trabalhadores. Assim, essa dimensão deve tratar de *“questões relativas ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca, ao estabelecimento de fluxos de pacientes, à normalização de*

processos de trabalho, ao compartilhamento de responsabilidades que vão configurar uma nova lógica em que a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vão ocupar lugar central” (Cecilio, 2009).

Por fim, o círculo mais externo, diz respeito à dimensão sistêmica da gestão do cuidado. A gestão do cuidado, nessa perspectiva sistêmica, é caracterizada, por Cecilio (2009), como o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Assim, para o autor, para a definição dos fluxos de referência e contra-referência, são definidos protocolos e centrais de marcação de consultas com o objetivo de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam.

Com a proposta da APS assumir um papel de coordenadora do cuidado individual na RAS fica evidente a necessidade de que ela possa na sua essência estar estruturada de modo a atender tanto a demanda das condições agudas, mas sobretudo organizar-se para atender as condições crônicas de saúde, com a ampliação da sua oferta de ações e serviços, de uma maneira próxima da sua população. Que possa ter uma equipe qualificada e, por vezes ampliada para corresponsabilizar-se com a população, mas acima de tudo investir no protagonismo e autonomia dos sujeitos. Empoderar o outro com vistas ao manejo e a produção de saúde. Há de se considerar mecanismos de como é mensurada a função coordenadora da APS frente as RAS. No Brasil não existem instrumentos específicos para essa medição. Recentemente, Chueiri, 2013 apresentou uma proposta de instrumento que visa medir Coordenação e Ordenação da RAS.

Coordenação, (Starfield) o quarto componente, é essencial para o sucesso dos demais. Um conceito amplo de saúde permite que as várias necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, e uma equipe multidisciplinar entre em ação para responder a essas necessidades. Contudo, é fundamental que haja coordenação das ações/respostas. Sem coordenação, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa.

A essência da coordenação é a informação: a disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis, propiciada pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da

informação e comunicação); e a utilização da informação, possibilitada pela fácil obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias, por mecanismos de referência e contra-referência e recomendações escritas aos pacientes.

Muitas vantagens estão associadas à coordenação do cuidado (Starfield et al., 1977; Simborg et al., 1976 ; Vierhout et al., 1995): melhor identificação dos problemas de saúde; melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento; menos hospitalizações; e menor solicitação de exames complementares.

Starfield, 1992 ao escalonar elementos para o desempenho de coordenação traz como ponto crítico o processo de reconhecimento do problema ou reconhecimento das informações a respeito da atenção dos problemas. “Apenas quando os problemas são reconhecidos é que os profissionais podem agir sobre eles”.

Dessa forma, como Mendes (2010) propõe a estruturação da rede, não basta apenas o território e o sistema operacional, mas é de fundamental importância para a função coordenadora que a APS vai exercer na RAS, o modelo de atenção.

3.3 Ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica tem destacado a Atenção Primária como porta de entrada e centro de comunicação das RAS. A APS representa a estratégia principal de fundamentação do modelo de atenção em saúde voltada para aproximar o serviço do local onde as pessoas vivem, sendo base territorial, sendo resolutiva na atenção ao qual se propõe.

Cabe a APS, na qualidade de centro de comunicação das RAS assumir a função de ordenação, sendo fundado pela avaliação da gravidade de risco individual e coletivo e no critério cronológico, assegurando ao indivíduo a continuidade do cuidado em todas as suas modalidades, cabendo aos entes federados orientar e ordenar os fluxos das ações e serviços de saúde.

Ordenar as redes implica em reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população

em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (Brasil, 2011a).

Essa função mantém um caráter íntimo com os atributos da APS definidos por Starfield, 1992, pois o serviço só consegue identificar as necessidades, avaliar risco individual e coletivo de 2 formas, a primeira é quando as pessoas acessam o serviço, reconhecendo assim as necessidades individuais. A segunda é pelo diagnóstico de demanda e comunidade, pois o serviço é responsável pela sua população adscrita, mesmo sem atendê-la diretamente. Esse diagnóstico tem relação no atributo orientação familiar e comunitária, ainda a competência cultural. Para a ordenação das necessidades nos demais pontos de atenção é necessário a identificação da integralidade, sendo explicitado o que a APS oferece e o que precisa buscar fora.

3.4 Efetividade do Papel de Coordenação do Cuidado e Ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: Estudos Nacionais e Internacionais

Nas últimas décadas, a efetividade vem sendo progressivamente relacionada com estudos de avaliação de tecnologias, mensurando resultados em saúde alcançados por uma determinada intervenção.

Facchini et al.,2008 referem que, embora seja frequente a imprecisão em torno dos conceitos de eficácia, de eficiência e, até mesmo, de qualidade, prevalece uma forte tendência a relacionar a efetividade com o "efeito das ações e práticas de saúde implementadas".

Para Vuori (1991) a efetividade diz respeito à relação entre os impactos real e potencial do serviço em uma situação ideal determinada. Em perspectiva análoga, Donabedian pontua que um conceito subjacente a esta dimensão é o de eficácia, que é o grau com que uma determinada intervenção produz um determinado impacto em uma situação ideal.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 1993) define efetividade como o grau com que uma determinada intervenção ou

tecnologia médica traz benefícios para indivíduos de uma população definida, sob condições regulares de uso. A efetividade e o impacto estariam, portanto, relacionados às modificações introduzidas por uma intervenção num contexto da vida real.

Para o *Committee on Quality of Health Care in America*,(2001), a efetividade constitui um atributo do cuidado que é baseado no uso de evidências sistematicamente adquiridas para determinar se uma intervenção específica produz melhores resultados do que outras possibilidades de ação, incluindo a alternativa de não fazer nada.

No que diz respeito a qualidade e a utilização de estratégias de manejo às pessoas portadoras de diabetes, uma revisão sistemática (Grimshaw, 2013) de boa qualidade identificou que a educação do paciente e de apoio, mudanças de papel de provedor, e telemedicina estão associadas a melhorias no controle glicêmico e faror de risco vascular nos pacientes. Há menos evidências sobre o impacto das intervenções de melhoria da qualidade de outras medidas, tais como triagem de pacientes para complicações diabéticas. O que fortalece a lógica de tomada de decisão baseadas em evidências.

3.5 Avaliação do papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

A avaliação em serviços de saúde é uma atividade que recorre por meio de métodos e técnicas de investigação para determinar a mais sistemática, objetivando a possível relevância, efetividade e impacto das atividades exercidas no âmbito dos serviços de saúde, tendo em vista seus objetivos.

A coleta sistemática e análise de resultados devem nortear as ações em saúde. Felisberto (2006), ressalta que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, mas salienta que no Brasil não temos ainda incorporada a prática de avaliação sistemática:

Entretanto, os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão. (FELISBERTO, 2006, p. 554)

Takeda e Talbot (2006) colocam que a avaliação possibilita “monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas e retroalimentar equipes de saúde, gestores e comunidades”. Na visão dos autores, avaliar é “uma forma de participação da construção e aperfeiçoamento do SUS, uma oportunidade para os diferentes atores (profissionais, gestores, usuários, universidades) participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social”. Os autores ainda referem que a avaliação da APS significa avaliar os elementos que a constituem, as características únicas desse nível de atenção. A importância de se avaliar os serviços de saúde pode ser compreendida também mediante sua finalidade, assim como nos coloca o Grupo de Trabalho sobre Avaliação da APS de Barcelona (Villalbí et al., 2003) ao afirmar que a avaliação é “um instrumento-chave para a melhora contínua da qualidade da atenção e para possibilitar que a tomada de decisões sobre os serviços seja embasada em evidência.

Além disso, avaliar a estrutura, processo e resultado do trabalho ajudam na construção de instrumentos que permitam resolução de problemas, apenas possíveis de serem identificados se a avaliação está presente.

Na busca de instrumentos na literatura nacional utilizados para a avaliação e monitoramento de serviços de saúde é possível observar que os mais citados são:

- Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) (Brasil, 2009b). Espera-se que o conjunto das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais das equipes devam abranger todas as fases do ciclo de vida humana, os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e ações programáticas (saúde mental, saúde do trabalhador, programas de reabilitação comunitária). Considerou-se, assim, na elaboração da proposta e dos instrumentos de Avaliação para Melhoria da Qualidade, esta visão ampliada da organização, funcionamento e práticas de saúde no âmbito da estratégia.

- O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária no Brasil é (PCATool – Brasil) que foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O PCATool mede a presença e a extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS.

O processo de avaliação considera várias perspectivas, no que diz respeito à preocupação pela utilidade dos resultados, as diferentes definições enfatiza-se que a avaliação não deve ser considerada como uma atividade separada do processo de tomada de decisões. Nesse sentido, Stufflebeam (1996) afirma que o mais importante propósito da avaliação “não é provar, mas melhorar”. Trata-se, de uma ferramenta para aprimorar os programas com vista a responder às necessidades dos beneficiários. Ela nasce num contexto específico – o contexto decisional ou gerencial – que justifica e explica a necessidade de um processo cognitivo (a avaliação) voltado à redução da “complexidade” (Bezzi, 2003). Como afirmam Aguilar e Aguilar (1995), não se avalia por interesses acadêmicos ou por curiosidade intelectual, mas com um claro sentido utilitário e prático. A pesquisa avaliativa deve ser efetuada para que seus resultados e recomendações sejam realmente aplicados.

Diante dos estudos apresentados na revisão de literatura, evidencia-se uma ausência de instrumentos para avaliação específica dessas funções da APS frente a RAS. Essa necessidade se constrói na medida que está estabelecida na APS a estratégia de remodelagem da atenção à saúde a partir dos novos arranjos que caracterizam o SUS.

3.6 Adaptação de Instrumentos e a Existência de Instrumentos que Medem Ordenação e Coordenação

No Brasil, é notável a escassez de instrumentos padronizados e atualizados na área da saúde que tenham sido devidamente traduzidos, adaptados culturalmente e validados para a nossa realidade. Essa situação pode ser atribuída a muitos fatores. No entanto, iniciativas nesse sentido têm sido observadas e o fato dessas iniciativas terem procurado seguir os passos aqui referidos certamente resultará, em um futuro

próximo, na disponibilidade de um maior número de instrumentos de qualidade em nosso meio.

Donabedian (1966) sistematizou um conjunto de variáveis importantes que podem avaliar a qualidade de um sistema ou serviço de saúde e classificou de acordo com suas características em estrutura, processo e resultado. A avaliação do processo inclui a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde individualmente ou em grupo e referem-se à qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes. A avaliação da estrutura abrange as condições do ambiente e equipamentos em que os serviços são prestados e os resultados são avaliados a partir da verificação de mudanças no estado de saúde de uma população que possam ser atribuídos ao processo de cuidado.

Um exemplo de questionário é o *PCATool*, que mede a extensão dos atributos da APS, já validado nos Estados Unidos e com aplicação em diversos países, como a Espanha e Canadá (Pasarin, et al., 2007; Haggerty, et al., 2008.), que foi validado no Brasil (Harzheim, 2006), por meio de um amplo estudo que passou pelas etapas de tradução e tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de construto, consistência interna e análise de confiabilidade. Esse instrumento tem sido amplamente utilizado em estudos que buscam produção de estratégias baseadas em APS, no Brasil.

A questão da credibilidade da APS tem se constituído num entrave na implementação dessa política pela relativa fragilidade deste nível de atenção frente à intenção de fazê-lo assumir uma função estratégica. Os atributos considerados essenciais da atenção primária: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, estão conceitualmente inter-relacionados. Por essa razão um sistema adequadamente coordenado e integrado, com um bom desempenho na continuidade do cuidado, terá reflexos positivos na procura dos serviços como porta de entrada, no vínculo, na integralidade, e na credibilidade da APS. A procura por um marco abrangente para a avaliação de sua implementação, que considere as distintas modalidades desta implementação em cada país, levando em conta níveis inter-relacionados de análise, poderá contribuir para o avanço dessa política em nosso continente.

Na ausência de um instrumento que meça as funções de coordenação e ordenação das RAS pela APS esse estudo busca, por meio da adaptação de

instrumentos relacionados ao tema, verificar a presença dessas funções em diferentes tipos de serviços públicos de saúde de APS, uma vez que o referencial teórico dessas funções pressupõem a presença das demais funções e atributos da APS.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar a presença e extensão dos elementos de coordenação do cuidado e ordenação da rede de atenção pela APS em diferentes tipos de serviço públicos de APS em Porto Alegre.

4.2 Objetivos Específicos

- Verificar a participação da APS frente à proposta das RAS;
- Adaptar questões que conceitualmente medem coordenação e ordenação da APS nas RAS;
- Comparar os escores potenciais de coordenação e ordenação dos diferentes serviços de APS.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

Fry, J. (1972). Considerations of the present state and future trends of primary, personal, family, and general medical care, *International Journal of Health Services* 2(2): 159–324.

Stotz, E.N “Necessidades de saúde: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

Chueiri, P.S. Proposta de Instrumento de Avaliação da Coordenação do Cuidado e da Ordenação das RAS pela APS no Brasil”. [Dissertação] UFRGS, Porto Alegre, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Dawson B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964.

Ministry of Health. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 30 jun. 2013.

OPAS/OMS. Organização Panamericana de Saúdes/Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 30 jun. 2013.

Nunes, E.D. Sobre a história da Saúde Pública: idéias e autores. *Ciênc. Saúde Colet.*, n.5, p.251-64, 2000.

Fleury, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

Tomaz, J B C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói” Interface Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

WHO– World Health Organization 2000. *The World Health Report: Health System: Improving Performance*. Genebra.

Mendes E V. As redes de atenção à Saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

Brasil, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Números consolidados [2013 jun 19]. Disponível em URL: <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#consolidado>
Brasil, Presidência da República. Decreto Federal no 7.508, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

OPAS/OMS.Organização Pan–Americana da Saúde Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2011b.

Brasil.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde: 2010b.

Mendes, E. V.O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.

Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy* 1994; 27:19- 34 in Mendes, Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas relações com o Sistema de Saúde Brasileiro.Rev. Saúde. Com. 2005; 1(1): 79-89.

Shramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. . *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 9 (4): 897-908.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Busse R: Chronic disease management in Europe. *Eurohealth*. 2009; 15 (1): 1-5.

Navarrete MLV, Lorenzo IV, Calpe JF, Núñez RT. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2005; 79 (6): 633-643.

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327:1219-21.

Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16 (suppl.1): 1081-1096.

Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust*. 2008

Ramírez-Duque N, Ollero Baturone M, Ortíz Camúñez MA, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspá A, Cuello Contreras JA. Evaluation of the satisfaction with a care coordination program between Primary Care and general internists. *Rev Calid Asist*. 2010 Mar-Apr; 25(2):70-6.

Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. A avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre. *Manual Operacional*; 2006.

Mintzberg H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. 1ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Kaluzny AD, Shortell SM. Health Care Management. Organization design and behavior. New York: Thompson Delmar Learning, 5ed., 2006.

Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20: 485-95.

Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 (suppl.1): 545-555.

Starfield et al. Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. *Med Care*, n. 15, p. 929 . 38, 1977.

Simborg, D.; Starfield, B.; Horn, S. Physicians and nonphysician health practitioners: The characteristics of their practice and their relationships. *Am J Public Health*; n. 68, p. 44-8, 1978.

Vierhout, W. P. M. et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*, v. 346, n. 8981, p. 990 . 4, 1995.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):S159-S172.

Vuori H. A qualidade da Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 1991; 3:17-25.

JCAHO. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *The Measurement Mandate: on the Road Performance Improvement in Health Care*. Chicago: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); 1993.

Institute of Medicine of the National Academies (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academies Press; 2001

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3): 553-563.

Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):564-76.

Villalbí J, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2003; 31(6):382-5.

Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. *Caderno de Auto-Avaliação no 1. Gestão Municipal da Saúde*. 3ª edição. Brasília – DF; 2009.

Stufflebeam, Daniel (1996), “The CIPP Model for Program Evaluation”, in George Madaus *et al.* (orgs.), *Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing.

Bezzi, Claudio (2003), *Il disegno della ricerca valutativa*. Milano: Angeli. Aguilar, Maria José; Ander-Egg, Ezequiel (1995), *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank quarterly*, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005

Harzheim E; Starfield B; Rajmil L; Álvarez-Dardet C; Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária(PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-1659

Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):274-84. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)

Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, et al. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*. 2007 Ago; 39 (8): 395-401.

Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Practice features associated with patient –reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*. 2008; 6(2): 116-23.

Grimshaw, J. *Syst Rev* , Improving quality of care for persons with diabetes: an overview of systematic reviews - what does the evidence tell us? *Cochrane*, 2013

6. ARTIGO

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO E DA ORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE

EVALUATION OF COORDINATION OF CARE AND ORDINATION OF HEALTH CARE NETWORKS FOR PRIMARY HEALTH CARE IN PORTO ALEGRE

EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN Y LA CLASE DE REDES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD IN PORTO ALEGRE

André Luís Corrêa Meira 1

Erno Harzheim 2

Lisiane Hauser 3

Caren Serra Bavareco 4

Patrícia Sampaio Chueiri 5

1- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2- Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

3- Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4- Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5- Ministério da Saúde /Coordenadora Geral de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas.

Correspondência

André Luís Corrêa Meira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Jacinto Vila Nova, 139/H702 Passo Fundo – Rio Grande do Sul.

Cep 99010-290

alcmeira@yahoo.com.br

Artigo no modelo da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

RESUMO

Objetivo: Verificar a presença e extensão dos elementos de coordenação do cuidado e de ordenação da rede em diferentes tipos de serviços públicos de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre. **Método:** É um estudo transversal de base populacional em adultos adscritos à rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre (Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Centro de Saúde Escola Murialdo e Serviço de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição). A análise consiste em questões do *PCATool-Brasil*, as quais, segundo os autores relacionam-se com as funções de coordenação e ordenação. **Resultados:** Observa-se que o escore médio de Coordenação e Ordenação pela APS geral é de 5,7 (5,5: 5,9). Quanto aos tipos de serviço, o GHC com escore médio de 6,78 (0,12) foi o único que ficou com valor ligeiramente superior ao valor do ponto de corte (6,6) da escala arbitrária para Coordenação e Ordenação. Os escores médios de coordenação e ordenação da Unidade Básica de Saúde foi 4,85 (0,17) e da Saúde da Família foi 5,95 (0,09). O estudo identificou que possuir condição crônica de saúde; ter utilizado o serviço duas ou mais vezes no último ano; e ter avaliado o serviço como satisfatório constituem variáveis que apresentam maior escore para Coordenação e Ordenação das RAS pela APS que as que não possuem essas características. **Conclusões:** Observa-se que, na experiência dos usuários entrevistados, os serviços públicos de APS de Porto Alegre ainda são insuficientes quanto ao desempenho das funções de Coordenação do Cuidado e Ordenação das RAS.

Palavras-Chave: Rede de Atenção à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Instrumentos de Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To determine the presence and extent of the elements of care coordination and ordering of the care network by APS in different types of public PHC in Porto Alegre. **Method:** It is a population-based cross-sectional study in adults ascribed to public PHC of Porto Alegre (Basic Health Unit, Family Health Strategy, Health Centre Murialdo and Health Service of the Conceição Hospital). The analysis consists of questions PCATool-Brazil, which, according to the authors relate to the functions of coordination and ordering. **Results:** It was observed that the mean score for the Coordination and Ordination by APS overall is 5.7 (5.5: 5.9). As for the types of service, the GHC with a mean score of 6.78 (0.12) was the only one who got slightly higher than the cutoff value (6.6) of arbitrary scale for Coordination and Sorting. Mean scores of coordination and ordenation of Basic Healht Unit was 4.85 (0.17), and FHS was 5.95 (0,09). **Conclusions:** We observed that, in the opinion of the users interviewed, utilities PHC Porto Alegre are still insufficient as the performance of functions of the Care Coordination and Ordination of HCN.

Keywords: Health Care Networks, Evaluation of Health Care Services, Primary Heath Care, Health Evaluation Tools.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la presencia y el alcance de los elementos de la coordinación de la atención y el ordenamiento de la red de atención de APS en los diferentes tipos de servicios de APS públicas en Porto Alegre. Método: Un estudio poblacional transversal en siervos al público PHC Porto Alegre adultos (Unidad Básica de Salud , Estrategia Salud de la Familia , Centro de Salud de Murialdo y el Servicio de Salud del Hospital de la Concepción). El examen consiste en preguntas *PCATool* - Brasil, que , según los autores se refieren a las funciones de coordinación y ordenación . Resultados: Se observó que la puntuación media de la coordinación general y pedidos APS es 5,7 (5,5: 5,9). En cuanto a los tipos de servicios, GHC con una puntuación media de 6,78 (0,12) fue el único que consiguió un poco más alto que el valor de corte (6,6) de la escala arbitraria de Coordinación y pedidos . Las puntuaciones medias de la coordinación y ordenamiento de UBS fue de 4,85 (0,17); CSEM 5,48 (0,17) y FHS fue 5,95 (0,09). Conclusiones: Se ha observado que, en la experiencia de los usuarios entrevistados, los servicios de atención primaria de salud públicos en Porto Alegre son aún insuficientes para el desempeño de las funciones de Coordinación de Atención y pedidos de RAS.

Palabras clave: Red de Atención de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Atención Primaria de Salud, Herramientas de Evaluación para la Salud

INTRODUÇÃO

O Sistema público de saúde brasileiro, assim como o de diversos países do mundo são desafiados a darem respostas a um cenário no qual se observa transição demográfica e transição epidemiológica composta por uma tripla carga de doenças¹. Com esse novo cenário dá-se vista a um acréscimo de condições crônicas. Para tanto o sistema de saúde necessita estar estruturado em um modelo de atenção que ao invés de ser reativo, episódico e fragmentado, possa prestar atendimento ativo, contínuo e integrado. Na proposta de estruturação de serviços que agregam essas características, o Brasil tem apostado na Atenção Primária à Saúde (APS²), modelo que foi inicialmente utilizado pelo sistema de saúde inglês, por meio do Relatório Dawson, 1920.³

Starfield⁴, define APS através de seus atributos: o acesso de primeiro contato ao Sistema de Saúde, a longitudinalidade e integralidade da atenção, a coordenação da assistência e a atenção centrada na família e na comunidade. Esse conceito de APS com seus atributos, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve cumprir funções essenciais para compor uma estratégia de ordenação do sistema de atenção à saúde. Necessita exercer a função ordenadora e coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita⁵. É a partir da APS que o sistema é organizado. Para tanto a APS deve desempenhar o papel de contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, ser uma porta de entrada ao sistema e, sobretudo, ser o centro de comunicação das RAS.

A APS no Brasil, principalmente por meio da ESF trouxe avanços e melhorias nas condições da saúde da população, no entanto as funções de coordenação e ordenação que ela exerce nas RAS ainda tem sido pouco explorada no meio acadêmico. Observam-se tentativas de coordenar o cuidado e ordenar as RAS mais direcionada por condição de saúde, por meio das linhas de cuidado, que representam uma forma de micro-gestão local em meio à rede regionalizada. Por melhor que seja não corresponde ao todo, tampouco o sistema nesse artigo discutido com a APS coordenando cuidando e ordenando a RAS não é o simples somatório delas.

Frente a isso fica evidente a que a orientação em saúde brasileira vai ao encontro da proposta que estrutura seus serviços de saúde com base na APS, que por sua vez necessita assumir, entre outras, duas funções frente à RAS. A função de ordenar as redes reconhecendo e organizando as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, em relação aos outros pontos de atenção à saúde. Também a função de coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através

de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. No entanto ainda não existe instrumento específico que mensure essas funções para dimensionamento desse quadro. Assim, o presente estudo objetivou verificar a presença e extensão dos elementos de coordenação do cuidado e ordenação exercidos pela APS nas RAS, em diferentes tipos de serviços públicos de APS em Porto Alegre através da adaptação de um instrumento (Quadro 1 – Apêndice A).

Materiais e Métodos

Estudo transversal de base populacional, cuja coleta de dados foi realizada no período de julho de 2006 a agosto de 2007, no município de Porto Alegre/RS, do qual participaram adultos maiores de 18 anos de idade, adscritos às áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS do município (Equipes da ESF; Unidades Básicas de Saúde Tradicionais; Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e Centro de Saúde Escola Murialdo). Foram incluídas na análise somente as questões A1, A2, A3, B1, B2, B3, D1, D6, D9, D10, D12, D13, E1, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, F1, F2, F3, I2, J2, J3, J4, J5 e K1 do Instrumento *PCATool – Brasil Versão Adulto*⁶, as quais, segundo critérios dos pesquisadores possuem relação com as funções de Coordenação do Cuidado e Ordenação das RAS pela APS, e ainda estão contempladas com alguma questão da “Proposta de Instrumento de Avaliação da Coordenação do Cuidado e da Ordenação das RAS pela APS no Brasil”, desenvolvida por Chueiri⁷, por meio de um estudo Delphi.

O atual estudo se insere em projeto intitulado: *“Avaliação da qualidade do processo da atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre”*, o qual foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição. Os adultos que preenchiam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados. Foram excluídos os indivíduos que não apresentaram condição física/mental para responder ao questionário; realizaram sua última consulta em um serviço de saúde de Porto Alegre antes de janeiro de 1996 (antes da municipalização) ou referiram um serviço de saúde fora de Porto Alegre.

No presente estudo foram realizadas análises dos dados existentes no banco de dados dessa pesquisa-original. Para obter-se o escore de Coordenação e Ordenação pela APS foi calculada a média dos valores das 27 questões selecionadas do *PCATool-Brasil*

apresentadas no Quadro 1. O valor obtido para o escore é, então, transformado para uma escala arbitrária entre zero e dez (Escore de Coordenação e Ordenação pela APS= [(escore obtido -1) / (4-1)] x 10), sendo considerado baixo escore menores que 6,6 e alto valores iguais ou maiores a esse ponto de corte.

Foram utilizadas variáveis que representam características sociodemográficas, estado de saúde e serviço de saúde. O estrato social foi definido através do Critério Brasil 2008-ABIPEME. Para cor da pele utilizou-se a cor referida pelo entrevistado, mesma estratégia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE. A condição crônica expressa a presença de pelo menos um dos desfechos crônicos avaliados (diabetes, hipertensão, cardiopatia isquêmica e obesidade). O tipo de serviço foi classificado pelos quatro diferentes modelos de serviços públicos de Atenção Primária existentes em Porto Alegre (UBS, ESF, CSEM, GHC), no período da coleta dos dados. Foi definido como usuário de cada tipo de serviço o entrevistado que referia determinado serviço às três questões iniciais do *PCATool-Brasil* referentes à utilização e vínculo. Para a obtenção do desfecho: escore de coordenação e ordenação foi considerada a média das questões selecionadas, sendo considerado alto escore valores iguais ou maiores a 6,6, o que representa respostas maiores ou iguais a 3 na escala likert original do *PCATool-Brasil*.

Inicialmente foi realizada análise descritiva apresentando-se a frequência absoluta e o percentual para as variáveis categóricas, a média e o erro-padrão para as variáveis quantitativas. Para verificar a relação das características sociodemográficas, de estado de saúde dos usuários e dos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde, com o escore de coordenação e ordenação, utilizou-se a regressão linear múltipla. Nesta etapa foram realizadas as análises univariáveis considerando as variáveis com valor-p igual ou inferior a 0,20 candidatas ao modelo multivariável. Neste modelo foram sendo excluídas as variáveis com os maiores valores de p mantendo significância de 5% no modelo final. Os resultados foram apresentados utilizando o coeficiente Beta, o erro-padrão e o valor-p. Por fim, realizou-se o teste Qui-Quadrado para verificar a associação entre os tipos de serviço e o alto e baixo escore de coordenação e ordenação da APS. Também foi utilizada a metodologia de modelos mistos seguido do teste de comparação múltipla de Tukey para comparar os tipos de serviços quanto ao escore de coordenação e ordenação.

Foi adotado nível de significância 5% em todas as análises. Para a análise descritiva, a regressão linear e o teste Qui-Quadrado utilizou-se o STATA (*Data Analysis and Statistical Software for Professionals*) versão 9.0 considerando o menu *survey (svy)* com o objetivo de incorporar a estrutura complexa do plano amostral. Na abordagem de modelo misto foi utilizado o pacote estatístico SAS versão 9.3.

Resultados

A amostra foi constituída de 1200 usuários que referiram utilizar um dos quatro serviços públicos de atenção primária da rede pública de Porto Alegre (UBS, ESF, CSEM, GHC), no momento da coleta dos dados.

A amostra em estudo apresenta idade média de 43,4 (EP 42,0: 44,7) anos. A presença feminina é predominante, com 65,5% (IC 95% 62,7; 68,2), conforme é demonstrada na Tabela 1. A maioria dos entrevistados auto-referem-se de cor da pele branca 58,6% (IC 95% 54,2; 63,0). Quanto à classe econômica 77,4% (IC 95% 73,2; 81,6) enquadrados na classe CDE. Para o estado de saúde, 73,7% (IC 95% 71,3; 76,2) auto-referem-se como boa/muito boa. Os indivíduos que consultaram duas ou mais vezes nos últimos 12 meses correspondem a 68,2% (IC 95% 65,1; 71,2) da amostra. 73,2% (IC 95% 68,0; 78,4) dos usuários informaram se relacionar com o serviço a mais que 2 anos. Ainda, 56,1% (IC 95% 53,0; 59,2) dos usuários possuem no mínimo uma condição crônica de saúde.

Observa-se que também o Escore médio de Coordenação e Ordenação pela APS geral é de 5,7 (EP 5,5: 5,9), e não atinge o ponto de corte. Ao considerar o escore dicotômico, 31,1% (EP 26,8; 35,3) avalia o escore como Alto ($\geq 6,6$).

A Tabela 2 apresenta a proporção de Escore dicotômico de Coordenação e Ordenação em diferentes tipos de Serviços Públicos de APS de Porto Alegre. Os achados revelaram que na opinião dos usuários do GHC 59,7% classificam como alto escore, seguidos pela ESF, com 35,3%, CSEM com 24,5% e UBS 14,3% dos entrevistados.

Tabela 1 - Perfil de distribuição sociodemográfica, estado de saúde, utilização do serviço pela população estudada e escore para coordenação e ordenação pela APS, Porto Alegre, 2007.

Características	Geral	
	% (n)	IC [‡] (95%)
<i>Sóciodemográficas</i>		
Idade (anos)*	43,4 (0,71)	(42,0; 44,7)
Sexo		
Masculino	34,5 (414)	(31,7; 37,2)
Feminino	65,5 (786)	(62,7; 68,2)
Escolaridade (anos completos)*	7,11 (0,71)	(6,76; 7,46)
Cor da Pele		
Branco	58,6 (702)	(54,2; 63,0)
Não Branco	41,4 (496)	(36,9; 45,8)
Classe Econômica		
AB	22,6 (271)	(18,4; 26,8)
CDE	77,4 (929)	(73,2; 81,6)
<i>Estado de Saúde</i>		

Saúde Auto-Referida		
Muito Boa / Boa	73,7 (885)	(71,3; 76,2)
Regular / Ruim / Muito Ruim	26,3 (315)	(23,8; 28,7)
Condição Crônica		
Sim	56,1 (668)	(53,0; 59,2)
Não	43,9 (522)	(40,7; 46,9)
<i>Serviço de saúde</i>		
Número de consultas nos últimos 12 meses		
< 2 consultas	31,8 (381)	(28,8; 34,8)
≥ 2 consultas	68,2 (817)	(65,1; 71,2)
Tempo de Relacionamento		
≤ 2 anos	26,8 (312)	(21,5; 31,9)
> 2 anos	73,2 (854)	(68,0; 78,4)
Avaliação da Última Consulta		
Muito Boa / Boa	24,5 (732)	(21,4; 27,5)
Regular / Ruim / Muito Ruim	75,5 (237)	(72,4; 78,6)
Tipo de Serviço		
UBS	25,0 (300)	(14,0; 35,9)
ESF	48,2 (578)	(34,5; 61,9)
CSEM	15,7 (188)	(4,3; 27,0)
GHC	11,1 (134)	(3,7; 18,6)
Escore (0-10) de Coordenação e Ordenação*		
	5,7 (0,10)	(5,5; 5,9)
Escore de Coordenação e Ordenação		
Alto (≥ 6,6)	31,1 (373)	(26,8; 35,3)
Baixo (< 6,6)	68,9 (827)	(64,7; 73,2)

* Média (erro-padrão)

¥ Estimativa por intervalo de confiança para a proporção

Tabela 2. Proporção de usuários de acordo com Alto ou Baixo Escore (0-10) de Coordenação e Ordenação por tipo de Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, 2007.

Serviços	Baixo (<6,6)		Alto (≥ 6,6)		N
	%	(n)	%	(n)	
UBS	85,7	(257)	14,3	(43)	300
ESF	64,7	(374)	35,3	(204)	578
CSEM	75,5	(142)	24,5	(46)	188
GHC	40,3	(54)	59,7	(80)	134
Valor-p*	<0,001				

Ep = erro-padrão

*Associado à estatística de teste Qui-Quadrado

Na Tabela 3, apresenta-se a média dos Escores de Coordenação e Ordenação pela APS nos diferentes serviços públicos de APS. Os achados indicam que o GHC atingiu escore médio ligeiramente superior ao ponto de corte, obtendo 6,78 (EP 0,12), ficando somente esse serviço avaliado como Alto Escore. Os demais serviços não atingiram o Escore para a consideração de Alto, ficando a UBS com 4,85 (0,17); o CSEM com 5,48 (0,17) e ESF com 5,95 (0,09). Com a comparação múltipla de tukey $p < 0,05$, não é observada diferença significativa entre os serviços de ESF e CSEM. Sendo observada na comparação em todos demais.

Tabela 3 – Escore médio de Coordenação e Ordenação por tipo de Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, 2007.

Serviços	Média (ep)	Valor-p [#]
UBS	4,85 (0,17) ^ζ	
ESF	5,95 (0,09) [£]	< 0,001
CSEM	5,48 (0,17) [¥]	
GHC	6,78 (0,12) [§]	

Associado à análise de variância

ζ Associado à comparação múltipla de Tukey, $p < 0,05$ para ESF, CSEM e GHC.

£ Associado à comparação múltipla de Tukey, $p < 0,05$ para CSEM e GHC.

¥ Associado à comparação múltipla de Tukey, $p < 0,05$ para UBS e GHC.

§ Associado à comparação múltipla de Tukey, $p < 0,05$ para UBS, ESF e CSEM.

No modelo de análise multivariável (Tabela 4) observa-se que os usuários que possuem ao menos uma condição crônica de saúde crescem em média ($p < 0,002$) 0,34 ao Escore de Coordenação e Ordenação, em relação aos que não se enquadram nessa condição. Para os que utilizaram o serviço duas ou mais vezes nos últimos 12 meses ($p < 0,001$), o Escore foi acrescido em média em 0,77 em relação aos que utilizaram menos que isso. Ainda, usuários que avaliaram a última consulta como Boa/Muito Boa ($p < 0,001$) crescem em média 1,38 ao Escore em relação aos que avaliaram como Regular/Ruim/Muito Ruim. Por fim, destaca-se o tipo de serviço utilizado pelo usuário, tendo todos demonstrado um maior Escore de Coordenação e Ordenação pela APS em relação ao serviço de UBS tradicional. Na comparação entre ESF e UBS, observa-se que a ESF ($p < 0,001$) tem aumentada em média 1,04 em seu Escore em relação ao Escore da UBS. Os serviços do CSEM ($p = 0,005$) e GHC ($p < 0,001$) também apresentaram essa variação positiva em relação à UBS, sendo seus Escores acrescidos em média, 0,74 e 1,67 respectivamente, em relação à UBS.

Tabela 4 - Associação das características sociodemográficas, estado de saúde serviço de saúde ao escore de Coordenação e Ordenação das RAS pelos usuários dos serviços públicos de APS, Porto Alegre, 2007.

Características	Univariável			Multivariável		
	B	EP	Valor-p*	B	EP	Valor-p*
<i>Sóciodemográficas</i>						
Idade (anos)*	0,02	0,01	<0,001			
Sexo						
Feminino	0,29	0,09	0,001			
Masculino	0					
Escolaridade (anos completos)*	-0,05	0,01	<0,001			
Cor da Pele						
Brancos	0,13	0,11	0,235			
Não Brancos	0					
Classe Econômica						
AB	0,01	0,14	0,973			
CDE	0					
<i>Estado de Saúde</i>						
Saúde Auto-Referida						
Muito Boa / Boa	-0,12	0,12	0,320			
Regular / Ruim / Muito Ruim	0					
Crônica						
Sim	0,71	0,10	<0,001	0,34	0,11	0,002
Não	0			0		
<i>Serviço de saúde</i>						
Número de consultas nos últimos 12 meses						
≥ 2	1,12	0,10	<0,001	0,77	0,11	<0,001
< 2	0			0		
Tempo de Relacionamento						
> 2 anos	0,71	0,10	0,017			
≤ 2 anos	0					
Avaliação da Última Consulta						
Muito Boa / Boa	1,56	0,12	<0,001	1,38	0,13	<0,001
Regular / Ruim / Muito Ruim	0			0		
Tipo de Serviço						
UBS	0			0		
ESF	1,13	0,14	<0,001	1,04	0,14	<0,001
CSEM	0,65	0,25	0,011	0,74	0,26	0,005
GHC	1,95	0,16	<0,001	1,67	0,14	<0,001

* Significância pela análise de regressão linear

Discussão

O estudo identificou que possuir condição crônica de saúde; ter utilizado o serviço duas ou mais vezes no último ano; e ter avaliado o serviço como satisfatório constituem variáveis que apresentam maior escore para Coordenação e Ordenação das RAS pela APS que as que não possuem essas características. Outra associação refere-se ao tipo de serviço aos quais os usuários referem utilização, sendo encontradas variações entre os diferentes tipos de serviços de APS de Porto Alegre. O GHC foi o único serviço que obteve o escore médio superior ao ponto de corte, atingindo 6,78 (EP 0,12), ficando somente esse serviço avaliado como Alto Escore de Coordenação e Ordenação. Essa associação positiva a favor do GHC pode ter associação com as características do serviço, com tradição de mais de 25 anos de atuação. O GHC é um centro formador de recursos humanos para o setor saúde, possui boa estrutura existente nessas unidades, os recursos humanos das Unidades se constituem por profissionais médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade. Os profissionais possuem forte vínculo empregatício, pouca rotatividade entre as equipes, e alguns com experiência de preceptoria, fatores que podem estar contribuindo para os melhores resultados na qualidade do serviço.

Os demais serviços ficaram com escore médio de Coordenação e Ordenação baixo, o que demonstra certa insuficiência na capacidade de exercerem essas funções frente à RAS. Essa dificuldade também é referida pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Séries Políticas⁸, pois em análise ampliada verifica-se que as características e condições de atenção primária na Europa são tão diversas, que encontram dificuldade em fazer um julgamento geral sobre a pertinência da atenção primária coordenar e conduzir (ordenar) os sistemas de saúde, muito embora reconhecem que a atenção primária pode ter um potencial considerável, no que se refere a essas funções.

No Brasil, Harzem et al.⁹ avaliaram a presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção em Saúde e sua relação com a APS em 4 capitais brasileiras. No que se refere a função de coordenação assistencial nenhum município avaliado atingiu excelência, sendo percebido dificuldade na implantação de um sistema de referência e contra-referência com transito adequado de informação.

Em um estudo em Curitiba, Chomatas¹⁰ identificou que os escores de APS foram sistemática e significativamente maiores para as Unidades com Saúde da Família em relação às demais.

Harzheim⁹ ao afirmar que a APS brasileira avançou bastante, aponta que ela ainda enfrenta a necessidade de legitimação perante a sociedade e os gestores, precisa superar um déficit de qualificação e infraestrutura e principalmente fortalecer seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado individual.

Os demais serviços mesmo ficando com o escore médio de Coordenação e Ordenação considerado baixo, há diferenças entre eles ficando a UBS com o valor mais baixo, 4,85 (0,17) e a ESF com valor mais alto 5,95 (0,09), o que é coerente com diversos estudos no Brasil¹¹⁻¹⁷ que apontam efeitos importantes da APS, especialmente da ESF na melhoria de saúde da população. Destaca-se o impacto positivo da ESF sobre a mortalidade infantil, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para a população vulnerável do ponto de vista sociossanitário.

O estudo analisou os dados coletados em 2007, muito embora não tenha sido observada nenhuma mudança estrutural significativa que leve a crer que as funções de Coordenação e Ordenação das RAS pela APS em Porto Alegre tenham sido modificadas, nos últimos anos, os resultados fazem referência àquele período, caracterizando assim uma limitação aos achados.

Outra limitação diz respeito a não ter sido utilizado um instrumento específico para mensurar as funções de Coordenação e Ordenação das RAS pela APS, sendo necessário uma adaptação de um instrumento não específico para essa finalidade.

Dessa forma, foram utilizadas na análise 27 questões do Instrumento *PCA Tool-Brasil* Versão Adulto que segundo pesquisadores mantém relações diretas com essas funções, as quais também possuem relação com alguma questão da “Proposta de Instrumento de Avaliação da Coordenação do Cuidado e da Ordenação das RAS pela APS no Brasil”, desenvolvida por Chueiri, por meio de um estudo *Delphi*.

Pelas funções estudadas desempenharem papel fundamental na centralidade da APS e na articulação da RAS, faz-se necessário um instrumento para mensuração dessas funções e outras comparações para avaliar a extensão em outros contextos.

Para as políticas públicas esse estudo tem a importância de avaliar o quanto, na percepção dos usuários, a APS coordena o cuidado e ordena a RAS pelas suas necessidades de saúde. Dessa forma, contribui para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, colabora com o campo de pesquisa de avaliação das RAS nos seus diversos enfoques e com avaliações mais sistêmicas dos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Mendes E V, As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
2. Brasil, Presidência da República. Decreto Federal no 7.508, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.
3. Ministry of Health. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 30 jun. 2013.
4. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press 1992.
5. Mendes E V, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
6. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
7. Chueiri, P.S. Proposta de Instrumento de Avaliação da Coordenação do Cuidado e da Ordenação das RAS pela APS no Brasil”. [dissertação de mestrado] UFRGS, Porto Alegre, 2013.
8. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
9. Harzheim, E, coordenador. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 137 p. ISBN: 978-85-7967-066-4.
10. Chomatas ER, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 95p.
11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 669-681.
12. Facchini, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. s159-s172, jan. 2008.

13. Macinko, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of epidemiology and community health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.
14. Macinko, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social science & medicine* (1982), v. 65, n. 10, p. 2070-2080, nov. 2007.
15. Bezerra Filho, J. G. et al. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, maio 2007.
16. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007; 7(1): 75-82.
17. Aquino, R.; Oliveira, N. F.; Barreto, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.

APÊNDICE A

Quadro 1. Adaptação do Instrumento com as questões do PCATool –Brasil versão Adulto⁶, com correlação à proposta do questionário de Chueiri⁷, para medir Coordenação e Ordenação das RAS.

PCATool-Brasil versão usuário adulto aplicado no município de POA		Proposta de Chueiri, 2013 para Coordenação e Ordenação	
A1+A2+A3	Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?	q4	A equipe de APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita?
B1	Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pelas equipes de APS?
B2	Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao nome do médico/enfermeira/local antes de ir a outro serviço de saúde?	q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pelas equipes de APS?
B3	Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pelas equipes de APS?
		q33	A referência (encaminhamento) da APS é um requisito para a maioria dos acessos eletivos aos outros pontos de atenção à saúde?
D1	Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	q16	No serviço de APS, os usuários são na maioria das vezes atendidos pelo mesmo médico/enfermeira/cirurgião dentista (equipe de APS)?
D6	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	q15	AS pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo)?
D9	"nome do médico/enfermeira/ local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	q17	Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?
D10	"nome do médico/enfermeira/ local" conhece a sua história médica completa?	q17	Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?
D12	"nome do médico/enfermeira/ local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	q23	Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas para especialistas indicados pelo serviço de APS?
D13	"nome do médico/enfermeira/ local" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	q17	Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?
E1	No "nome do médico/enfermeira/ local" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	q18	Os serviços de saúde de APS entregam todos os resultados de exames complementares aos seus usuários?
E6	O "nome do médico/enfermeira/ local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	q22	Os profissionais da APS tem conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
E7	O "nome do médico/enfermeira/ local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	q22	Os profissionais da APS tem conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
E8	O "nome do médico/enfermeira/ local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	q22	Os profissionais da APS tem conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?

PCATool-Brasil versão usuário adulto aplicado no município de POA		Proposta de Chueiri, 2013 para Coordenação e Ordenação	
E9	O "nome do médico/enfermeira/ local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	q20	O serviço de APS é responsável por marcar a consulta e/ou exames complementares na atenção especializada?
E10	O "nome do médico/enfermeira/ local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	q21	Quanto os profissionais de APS encaminham seus usuários, eles fornecem informações para levar ao especialista?
E11	O "nome do médico/enfermeira/ local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	q22	Os profissionais da APS tem conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
		q23	Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas para especialistas indicados pelo serviço de APS?
E12	Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	q22	Os profissionais da APS tem conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
		q23	Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas para especialistas indicados pelo serviço de APS?
E13	O "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	q22	Os profissionais da APS tem conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
		q23	Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas para especialistas indicados pelo serviço de APS?
F1	Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)	q19	Os prontuários estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os usuários adscritos em seu território?
F2	Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local" ?	q9	A APS realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos sob sua responsabilidade independente da utilização desses pelo serviço?
F3	Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	q19	Os prontuários estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os usuários adscritos em seu território?

PCATool-Brasil versão usuário adulto aplicado no município de POA		Proposta de Chueiri, 2013 para Coordenação e Ordenação	
I2	O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão,etc)?	q10	A equipe de Aps possui registros dos usuários segundo fatores de risco de adoecimento e por condição de saúde estabelecidos?
J2	O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	q4	A equipe de APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita?
J3	O "nome do médico/enfermeira/local" ouviu opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pelas equipes de APS?
J4	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pelas equipes de APS?
J5	Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	q4	A equipe de APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita?
		q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pelas equipes de APS?
		q 8.1	Há diagnóstico do perfil da população sob responsabilidade da RAS (perfil sócio-econômico-epidemiológico)?
K1	Você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local" para um amigo ou parente?	q15	AS pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo)?

Colaboradores

André Luis Corrêa Meira participou da concepção do estudo, revisão da literatura, revisão da base de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e figuras e redação do texto.

Erno Harzheim participou da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do texto.

Lisiane Hauser contribuiu na estruturação do modelo e análise dos resultados, construção de tabelas.

Caren Serra Bavaresco participou da concepção do estudo e revisão de literatura.

Patrícia Sampaio Chueiri participou da discussão dos resultados.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

Instituições Financiadoras da Pesquisa Original
CNPq, FAPERGS E CAPES

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura, não foi encontrado instrumento para medir as funções de coordenação e ordenação das RAS pela APS, assim, o desafio inicial deste estudo constituiu na dificuldade em adaptar um instrumento capaz de apontar respostas para o problema identificado.

A pesquisa possibilitou identificar atribuições, funções e papéis a serem desempenhados pela APS frente a RAS, e não somente pelo quantitativo, mas pela própria função a ser desempenhada, que não é algo trivial para o contexto em que ela se encontra no Brasil.

A APS como base para a constituição das RAS, porta de entrada do sistema, ponto de atenção resolutivo e corresponsável pela saúde da sua população, se legitima ao responder às necessidades de saúde da população. E essa resposta tem íntima relação com as funções de coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos de pessoas e informações a fim de conseguir organizar a rede de acordo com essas necessidades.

Os resultados encontrados representam uma timidez da APS de Porto Alegre em exercer as funções de coordenação e ordenação frente à RAS. Embora os dados analisados correspondam ao período de 2007, não se observou mudanças que levem a acreditar que os dados de hoje seriam diferentes.

Outras pesquisas devem ser realizadas para identificar a presença e extensão dessas funções, uma vez que ainda há carência de estudos sobre as RAS.

ANEXO A: Aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas



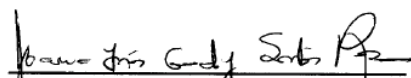
Porto Alegre, 27 de setembro de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

Bruce B Duncan

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado " **Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da família no município de Porto Alegre**" do(a) pesquisador(a) **Bruce B Duncan** protocolado neste CEP sob nº56/05, foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV,14/09/2005, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – (Resolução 196/96) – do Conselho Nacional de Saúde. **Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.**

Atenciosamente,


Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-365

Pesquisador Responsável:
BRUCE BARTOLOW DUNCAN

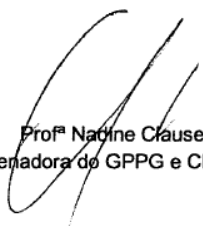
Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENÇÃO E DA SUA EFETIVIDADE SOBRE A SAÚDE DO ADULTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E EM MODELOS ALTERNATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

AMPLIAÇÃO DA PESQUISA

Data da Versão:
15/02/2006

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.


Profª Natine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: “ **Avaliação da Qualidade do processo de Atenção e da sua Efetividade sobre a Saúde do Adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre** ”, considerando que o mesmo tem relevância para a ciência e está ética e metodologicamente adequado.



Nara Regina Moura de Castilhos
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da
ESP/SES/RS

Ilmo. Sr.
Erno Harzhein
UFRGS
N/C

Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS
Telefone: (51) 3339.1155 - Fax: 3336.8142 - E-mail: esp@saude.rs.gov.br



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Treier, 595 - F. 3357-2900 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-200
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rúbio, 20 - F. 3357-4100 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000
HOSPITAL FEMINA S.A. - CNPJ 92.892.134/0001-63 - Rua Mostardoso, 17 - F. 331-4300 - Porto Alegre - RS - CEP: 91430-001

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/93

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CEP - GHC RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 23 de junho de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 21/06/2006 analisou o projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 029/06
FR: 88112

Título Projeto: Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre.

Pesquisador(es): Erno Harzheim

PARECER:

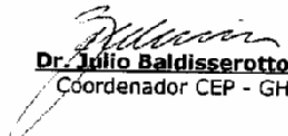
Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo III - Área Temática (Ciências da Saúde - Medicina - 4.01).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Dr. Laurito Luis Hegerheim
Assistente de Coordenação de Pesquisa
Gerente de Ensino e Pesquisa
GAP/GHC


Dr. Julio Baldisserotto
Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / GHC fone/fax: (51) 33572407 - e-mail: pesquisas-gep.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (31/out/1997) - Ministério da Saúde
IRB - Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Nº Questionário: _____

Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuários

Esta pesquisa irá avaliar a qualidade da atenção à saúde do adulto na rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre. O título da pesquisa é "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre". Está sendo realizada por um grupo de pesquisa do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em associação com o Departamento de Saúde Coletiva da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Será avaliada a satisfação do usuário, a qualidade da atenção à saúde, a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares e a utilização dos serviços de saúde. Farão parte do estudo todos os adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família, Unidades Sanitárias, Centro de Saúde Escola Murialdo, Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição e Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, seu peso, altura, cintura, quadril e pressão arterial serão medidos. Para os entrevistados identificados com diabetes, será solicitada a coleta de sangue por um coletador do Laboratório Weinmann, a fim de medir o valor da hemoglobina glicada, sem nenhum custo para o entrevistado. O resultado deste exame será comunicado ao entrevistado pessoalmente em seu domicílio por um dos coordenadores de campo desta pesquisa. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder aos questionários e o pequeno desconforto da picada da agulha para coleta de sangue para os indivíduos com diabetes.

A entrevista e as mensurações serão feitas na sua casa. Caso alguma das medidas citadas acima esteja alterada, você será avaliado por um dos coordenadores de campo do estudo (médicos e enfermeiros) e, se necessário, encaminhado para o seu serviço de saúde para avaliação e acompanhamento. A coleta de sangue será realizada em horário marcado no posto de saúde responsável por sua área de moradia ou na sede do Laboratório Weinmann.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu,.....(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Paciente

Nome

Data

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data

Pesquisador responsável: Prof. Erno Harzheim, Faculdade de Medicina – UFRGS. Fone: 3308-5695.