

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Cecilia Nogueira Rezende

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO DA
SAÚDE DA MULHER**

Gravidez, câncer de colo uterino e de mama como marcadores

Belo Horizonte

2021

Cecilia Nogueira Rezende

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA O ÂMBITO DA SAÚDE
DA MULHER**

Gravidez, câncer de colo uterino e de mama como marcadores

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves.

Belo Horizonte 2021

Rezende, Cecília Nogueira.

R467c Coordenação do cuidado na atenção primária no âmbito da saúde da mulher [manuscrito]: gravidez, câncer de colo uterino e de mama como marcadores. / Cecília Nogueira Rezende. - - Belo Horizonte: 2021. 142 f.: il.

Orientador (a): Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado.

Coorientador (a): Luiz Alberto Oliveira Gonçalves.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde da Mulher. 2. Gravidez. 3. Neoplasias da Mama. 4. Neoplasia Intraepitelial Cervical. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertação Acadêmica. I. Matta-Machado, Antônio Thomaz Gonzaga da. II. Gonçalves, Luiz Alberto Oliveira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 309

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-graduação

Prof. Fábio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mário Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora

Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves

Subcoordenadora

Prof.^a Lidyane do Valle Camelo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Prof.^a Luana Gonçalves (Titular) – Profa. Lidyane Camelo (Suplente)

Prof.^a Sandhi Maria Barreto (Titular) – Prof. Antonio Luiz Pinho Ribeiro (Suplente)

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia (Titular) – Profa. Ilka Afonso Reis (Suplente)

Profa. Ada Ávila Assunção (Titular) – Profa. Adriane M. de Medeiros (Suplente)

Profa. Alaneir de Fátima dos Santos (Titular) – Prof. Rafael Claro (Suplente)

Representante discente

Ingrid Guimarães de Oliveira (Titular) - Etna Kaliane Pereira da Silva (Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO ALUNO

CECILIA NOGUEIRA REZENDE

Às 14:00 horas do dia 07 de maio de 2021, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma Lifesize (**Link da transmissão no YouTube: <https://youtu.be/7q9-A1TRikA>**), realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **CECILIA NOGUEIRA REZENDE**. A presidência da sessão coube ao **Professor Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado**, orientador. Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: **Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu (NESCON/UFMG), Prof(a). Alaneir de Fátima dos Santos (UFMG), Prof(a). Eli lola Gurgel Andrade (UFMG), Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra (UFMG)**. Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Dissertação de Mestrado**, intitulada: **"COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO DA SAÚDE DA MULHER Gravidez, câncer de colo uterino e de mama como marcadores"**. Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do(a) candidato(a) e do público e decidiu considerar **aprovada a Dissertação de Mestrado**. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 07 de maio de 2021.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa de Almeida Guerra, Membro**, em 13/05/2021, às 21:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eli lola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 14/05/2021, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado, Professor do Magistério Superior**, em 17/05/2021, às 18:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daisy Maria Xavier de Abreu, Usuário Externo**, em 19/05/2021, às 18:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alaneir de Fatima dos Santos, Coordenador(a)**, em 20/05/2021, às 17:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0702668** e o código CRC **B4954459**.

Dedico esse trabalho a todos os profissionais do SUS, em especial a um apaixonado pela enfermagem, meu querido pai Afonso. Ele me ensinou muito antes de qualquer livro que a saúde é um bem maior, aprendi depois que é uma questão humanitária e não poderia deixar de ser um direito. Vida longa à saúde pública e ao legado do meu pai na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Antônio Thomaz pela orientação, acolhimento e oportunidades dentro da pesquisa.

Ao grupo de pesquisadores do Nescon pela oportunidade em poder contribuir. À Daisy pela parceria no trabalho de campo, aprendi muito com você.

Aos professores(as) do PPGSP, toda admiração pela trajetória de vocês e obrigada por compartilharem o conhecimento. Em especial agradeço a professora Laine pela contribuição na qualificação e em outros momentos. Por fim, à CAPES pela concessão da bolsa.

Aos meus queridos pais. À minha mãe (in memoria) que foi embora cedo e me deixou de presente uma lição sobre amor à vida. Ao meu pai que nunca desistiu e sempre respeitou e apoiou minhas escolhas. À minha madrasta, obrigada pelo apoio e esforço ao longo desses anos. Eu amo vocês.

Ao meu irmão e aos meus sobrinhos por encherem meus dias de alegria e leveza.

À toda minha família, aos meus tios e tias, primos e primas pelo carinho de sempre. Em especial à tia Dê, minha mãe de coração, você é uma inspiração, obrigada pelos conselhos acadêmicos e de vida.

Aos meus avós, Zeca (in memoria) e Maria, meus segundos pais, foi um privilégio crescer dentro da sabedoria de vocês. Vó obrigada pelas orações, cheguei até aqui.

Aos meus amigos, Nathália, Luiza, Vitor, Matheus, Nikolas, Natália, Bruno e Thales, compartilhar a vida com vocês torna a jornada mais leve, obrigada por acreditarem em mim.

Às amigas do PPGSP, Juliana, Camila e Nayara, pelos momentos de apoio e troca. Foi uma grande alegria encontrar vocês pelo caminho.

Aos trabalhadores(as) do SUS que fazem o sistema acontecer.

RESUMO

Introdução: A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde foi entendida pelo referencial teórico de McDonald *et al.* (2014). Para esses autores o atributo é composto por domínios que envolvem a capacidade que o profissional tem em se responsabilizar pela assistência ao paciente e quando necessário realizar o encaminhamento especializado, sem romper o vínculo inicial. No Brasil as equipes de saúde da família têm como atribuição o estabelecimento de vínculos permanentes com os usuários no nível local. Desse modo, os casos de gestação e cânceres de mama e de colo de útero são marcadores de coordenação do cuidado por envolverem o trabalho interno da Atenção Primária à Saúde, bem como a relação dela com os diferentes níveis de atenção. **Objetivo:** Compreender, na percepção dos gestores locais e membros das equipes de saúde da família como são realizadas as práticas de coordenação do cuidado para a abordagem da gravidez, do câncer de colo uterino e de mama. **Métodos:** O estudo adotou uma abordagem qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados a partir de uma perspectiva etnometodológica, buscando compreender as práticas cotidianas de coordenação do cuidado. Quanto aos municípios participantes, foram selecionados: um município de pequeno porte do interior da região Norte, outro de médio porte do Centro Oeste e por fim uma capital também do Centro-Oeste. Desta forma, foram realizadas entrevistas em profundidade com gestores locais e grupos de discussão com membros das equipes de saúde da família. O material foi gravado, transcrito e submetido à análise de conteúdo alinhada aos domínios descritos por McDonald *et al.* (2014). As categorias finais encontradas foram: Coordenação do cuidado dentro da APS, Coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção e Desafios e estratégias para coordenação do cuidado. **Resultados:** Foram encontradas ações de coordenação do cuidado melhores estruturadas no nível primário para os casos de gestação. Com responsabilidades bem definidas, estratégias para acompanhamento constante das gestantes, busca ativa e ações de educação e saúde. Os cânceres tiveram pouco espaço nessa primeira categoria, predominou a não responsabilização da APS pelo acompanhamento de mulheres em tratamento oncológico. No que diz respeito à relação com os outros níveis de atenção, o fluxo de encaminhamento para os casos de cânceres era através do SISREG para todos os municípios. Já as gestantes de alto risco a continuidade da atenção era alcançada por mecanismos informais. Quanto à comunicação, houve uma baixa interação entre os níveis de atenção. Os principais desafios foram cobertura profissional e integração da rede. Enquanto nas estratégias se destacaram o apoio do NASF, a organização de mutirões e o protagonismo dos profissionais. **Conclusão:** A coordenação do cuidado apresentou fragilidades, marcada pela baixa formalização de processos. Contudo, os casos de gestação apresentaram resultados mais positivos nas ações internas à Atenção Primária à Saúde. Como elemento comum, fortalecer fluxos entre diferentes níveis de atenção, especialmente de comunicação, pode contribuir para a consolidação do atributo no nível primário.

Descritores: Coordenação do cuidado; Saúde da mulher; Gestação; Neoplasia de mama; Neoplasia de colo de útero; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: The coordination of care by Primary Health Care appears in McDonald et al. (2014). For the author, the attribute consists of domains that involve the professional's ability to take responsibility for primary health care and, when necessary, refer the user to other levels of care without breaking the first bond. In Brazil, family health teams are responsible for establishing permanent links with users at the local level. In this way, cases of pregnancy, breast and cervical cancers are markers of care coordination as they involve the internal work of Primary Health Care and its relationship with the different levels of care. **Objective:** Understand how care coordination practices were conducted to pregnancy, cervical, and breast cancer treatments in the perception of local managers and family health team members. **Methods:** The study adopted a qualitative approach. The data collection instruments were developed from an ethnomethodological perspective, seeking to understand the daily care coordination practices. The participating municipalities were a small one in the North region interior, a Midwest capital, and a medium-sized county from this same region. In-depth interviews with local managers were conducted, alongside the creation of a discussion group with members of the family health teams. The material was recorded, transcribed, and submitted to content analysis in line with the domains described by McDonald et al. (2014). The final categories found were: Coordination of care within PHC, Coordination of care between PHC and the care network, and Evaluation of the challenges and strategies for coordination of care. **Results:** The primary level for pregnancy cases showed better-structured care coordination actions, presenting well-defined responsibilities, strategies for constant monitoring of pregnant women, active search and education, and health actions. Cancers had little space in this first category as the PHC were not held accountable for the monitoring of women undergoing cancer treatment. Regarding the relationship with the other levels of care, the flow of referrals for cancer cases was through SISREG for all municipalities. High-risk pregnant women had guaranteed care continuity through alternative means. As for communication, there was a low interaction between the levels of attention, with professional coverage and network integration being the main challenges. The NASF support, the joint effort organization, and the professionals' protagonist could be highlighted in the strategic field. **Conclusion:** The care coordination showed weaknesses, marked by the low formalization of processes. However, the cases of pregnancy showed more positive results in the internal actions of Primary Health Care. As a common element, strengthening flows between different levels of care, especially communication, can contribute to attribute consolidation at the primary level.

Descriptors: Care coordination; Women's health; Pregnancy; Breast neoplasm; Cervical neoplasm; Qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitês de Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

HPV - Papilomavírus humano

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMI – Programa Materno Infantil

PMM - Programa Mais Médicos

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EAB – Equipe de Atenção Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Saúde da mulher: de programa a política de saúde	16
2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios atuais	24
2.3 Coordenação do cuidado da APS	31
2.3 Gestação e coordenação do cuidado da APS.....	40
2.4 Cânceres de mama e de colo uterino e a coordenação do cuidado da APS	46
3. OBJETIVOS	53
3.1 Objetivo geral.....	53
3.2 Objetivos específicos	53
4. MÉTODO	54
4.1 Contexto do estudo.....	54
4.2 Municípios selecionados	55
4.2.1 Primeira etapa de seleção	55
4.2.2 Segunda etapa de seleção	58
4.3 Abordagem qualitativa	60
4.3.1 O olhar da etnometodologia.....	61
4.4 Roteiros semiestruturados	64
4.5 Coleta de dados.....	66
4.6 Análise do material	68
4.7 Aspectos éticos.....	70
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	71
5.1 Coordenação do cuidado dentro da APS	72
5.2 Coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção	84
5.2.1 Processos de encaminhamento para especialistas e exames	85
5.2.2 Comunicação entre APS e outros níveis de atenção	101
5.3 Desafios e estratégias para coordenação do cuidado	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
7. APÊNDICES	124
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é parte de um projeto de pesquisa intitulado: Avaliação das equipes de atenção básica de acordo com domínios do atributo Coordenação do cuidado: estudo qualitativo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ-AB 2º ciclo. Nessa pesquisa foram selecionados municípios em todas as regiões brasileiras e os eventos investigados foram casos de hipertensão, diabetes, saúde mental, gestação, cânceres de mama e de colo de útero (SANTOS et al., 2020). Sendo que, os três últimos foram explorados nesta dissertação com um recorte para as regiões Centro-Oeste e Norte.

O conjunto de políticas de saúde voltadas para atendimento integral das mulheres foi se constituindo ao longo do tempo, fruto de um processo de consolidação das pautas levantadas por elas. O movimento feminista teve um papel preponderante para vocalização das reivindicações, a principal pauta era que a autonomia feminina fosse respeitada e a integralidade do cuidado considerada. Essa perspectiva buscava o rompimento com um paradigma materno-infantil que se limitava a prestar atenção à gestação (CARVALHO, 2016). Nesse sentido, o movimento feminista buscou inserir atividades assistenciais não somente pautada por uma visão reducionista do papel da mulher exclusivamente enquanto mães. Atualmente, entre as demandas que compõem a agenda de saúde da mulher estão ações voltadas para a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, bem como aquelas de prevenção e tratamento dos cânceres de mama e de colo uterino (BRASIL, 2004).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel importante nessas demandas, uma vez que além das responsabilidades clínicas e de caráter preventivo, a APS acumula funções organizativas. Ela é considerada a porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora de fluxos para os outros níveis de atenção. Espera-se que a maior parte dos problemas de saúde da população sejam resolvidos no âmbito da APS (MENDES, 2011). Houve, no Brasil, uma série de normativas para impulsionar e fortalecer a atenção básica, entre elas a Estratégia Saúde da Família

(ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (SILVA; ANDRADE 2014).

O conjunto de políticas brasileiras caminhava, até então, na direção de priorizar a ESF, apoiado pelo NASF-AB, utilizando o PMAQ-AB como forma de qualificar a atenção por meio de avaliações e incentivos financeiros. No entanto, uma série de descontinuidades estão em curso no país. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 reconhece outros modelos de equipe de atenção básica, extinguindo a destinação orçamentária prioritária para a ESF (BRASIL, 2017b). O Programa Previne Brasil (2019) estabelece novas regras para o financiamento da APS, o repasse do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo com base *per capita* foi substituído pelo repasse conforme quantitativo de população cadastrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios. Esse programa, também, cria possibilidades para que a iniciativa privada avance na prestação de cuidados primários. Na prática o programa é uma ameaça no sentido de implicar na redução do financiamento para a APS e na precarização da atenção. Ainda, em 2020 foi anunciado pelo governo federal o fim do PMAQ-AB e do repasse para o NASF-AB, modificando a destinação orçamentária por meio do PAB variável (BRASIL, 2019a).

Todas estas medidas contribuem para uma atmosfera de incertezas quanto ao futuro da APS no Brasil. A redução ou suspensão da transferência de recursos do nível federal para o municipal pode resultar em retrocessos. A APS perde potencialidade para alcançar seus atributos essenciais, que são a função de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). A autora destaca a coordenação do cuidado por ser condição necessária para que os profissionais de APS consigam alcançar sucesso nos outros atributos.

A coordenação do cuidado vem sendo reconhecida como fator estratégico para reorganizar sistemas de saúde. Ela contribui para a efetivação do trabalho em rede, evitando a fragmentação da atenção em saúde e tornando o sistema mais eficiente do

ponto de vista econômico, por meio de mecanismos de controle de informações (CRAIG; EBY; WHITTINGTON, 2011; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007). No atual contexto de crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, cuidados coordenados possibilitam ao paciente maior qualidade na atenção, com menores índices de repetições desnecessárias (MALTA; MERHY, 2010).

Apesar do reconhecimento da importância da coordenação do cuidado não existe na literatura um consenso sobre a conceituação teórica do atributo. No intuito de contribuir com a consolidação de um conceito, a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*) dos Estados Unidos publicou em 2014, o Atlas de Medidas de Coordenação de Cuidados. Para os autores o atributo parte de um esforço em estabelecer conexões, entre profissionais e entre estes e os usuários, com o objetivo de prestar um atendimento de qualidade, por meio do manejo de recursos adequados às necessidades e preferências do usuário. Neste sentido, a coordenação do cuidado é composta por domínios que envolvem prestação de assistência, estruturação de redes e a definição de papéis (MCDONALD et al., 2014).

Essa visão está em consonância com o modelo clássico de Starfield (2002), que define as responsabilidades da APS com a coordenação do cuidado em dois níveis. No primeiro estão funções internas a atenção básica e no segundo aquelas que envolvem a relação da APS com o restante da rede. Na atenção pré-natal (APN) e nas atividades de prevenção e tratamento dos cânceres de mama e de colo de útero essas competências podem ser visualizadas com facilidade.

No que diz respeito às funções próprias da APS, os profissionais das equipes de atenção básica desenvolvem de forma prioritária a atenção pré-natal (APN), atividades educativas e de rastreio do câncer (MELO et al., 2012; BRASIL, 2012a, 2012b). A APN de baixo risco gestacional pode acontecer exclusivamente em serviços primários, onde a qualidade na atenção está associada a melhores

experiências com o parto e puerpério (JORGE *et al.*, 2015). Assim como, o conhecimento do câncer em estágios iniciais possibilita um tratamento em tempo oportuno com desfechos mais positivos para as mulheres (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017). A educação em saúde, por sua vez, contribui para promover hábitos de vida saudáveis, importantes para prevenção de doenças, como os cânceres, e agravos gestacionais. Assim, cabe à equipe multiprofissional prestar assistência, orientar e manter os registros atualizados (JORGE *et al.*, 2015; ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017).

Quando identificada uma gestação de alto risco ou uma suspeita de câncer, o protocolo estabelecido para atenção básica é encaminhar a mulher de forma responsável (INCA, 2017). Isto significa que o vínculo com a APS não deve ser rompido, os profissionais da atenção básica têm como função gerir o prontuário de forma compartilhada entre usuária e equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2017). É neste sentido que se estabelecem as ações de coordenação do cuidado que dependem da integração da APS com os outros níveis assistenciais. A mulher que apresenta algum desses agravos necessita de atenção em serviços de maior densidade tecnológica (ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020). Assim, os fluxos de referência e contrarreferência, bem como outros meios para comunicação entre os profissionais de diferentes serviços envolvidos no caso, são essenciais para a integração da rede. Serviços interligados em redes bem estabelecidas, com fluxos definidos, são mais favoráveis para o trabalho de coordenação do cuidado pela APS (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Desta forma, o presente estudo buscou aprofundar a compreensão da coordenação do cuidado na APS no que envolve a saúde da mulher, sendo que para isso foram abordados os casos de gravidez e cânceres de mama e de colo uterino, por meio de uma abordagem qualitativa. Estas situações envolvem esforços contínuos dentro da própria APS e de todos os níveis de atenção integrados, portanto são importantes termômetros para avaliar a coordenação do cuidado no âmbito da saúde da mulher.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde da mulher: de programa a política de saúde

Durante as décadas de 70 e 80 foram criados no Brasil programas com o objetivo de dar respostas a problemas selecionados como prioritários no âmbito da saúde da mulher. Dois deles são essenciais para compreender os contornos da assistência à mulher que persiste no país até os dias atuais. São eles o Programa Materno-Infantil (PMI) de 1975 e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 (HARTZ; et al., 1997).

O PMI foi formalizado em um contexto de altas taxas de mortalidade materna e infantil. Portanto, o programa foi delineado para fomentar as ações de assistência à gravidez, com foco no parto, puerpério, na estimulação à amamentação, bem como medidas para espaçamento entre as gestações. Como possuía esse eixo estruturante na reprodução, era dirigido prioritariamente para mulheres entre 15 e 49 anos, considerado o período de fertilidade feminina. Desse modo, para alcançar uma das principais metas do programa, que era a redução de mortes de mães e recém-nascidos, os cuidados primários foram eleitos como fundamentais. As ações eram de cunho preventivo, por meio de imunização, suplementação alimentar, quando necessário, e acompanhamento de problemas menos complexos (LEITE; PAES, 2009; HARTZ et al., 1997).

Uma análise realizada sobre os impactos do programa revela que no âmbito nacional as taxas de mortalidade infantil e materna diminuíram no país até 1992 (HARTZ et al., 1997). No entanto, o processo não ocorreu de forma homogênea, gerando o que Hartz *et al.* (1997) consideraram um *apartheid* sanitário dos menos favorecidos. Essa separação pode ser resultado do desafio de formular políticas efetivas e transformadoras nos níveis locais. Uma vez que, o Brasil tem dimensões continentais e severas diferenças culturais, sociais e territoriais e no contexto da década de 80 até meados de 90 a descentralização política do nível federal para os regionais e municipais estava em processo inicial de expansão. Nesse período as diretrizes do PMI chegavam de forma desigual nos territórios e produziam resultados distintos (HARTZ et al., 1997).

Desta forma, ainda que o PMI tenha logrado sucesso, pelas taxas mais baixas de mortalidade materno infantil no Brasil, a desigualdade estrutural da rede entre regiões restringiu a atuação do programa e conseqüentemente os resultados positivos no nível local. Além dessa crítica, em relação ao caráter limitado de alcance das ações do programa, o PMI e os outros subprogramas que o compunham foram duramente questionados por possuírem um pacote de temáticas centradas no processo de gestação, dirigindo uma atenção limitada ao corpo da mulher enquanto um aparelho reprodutor (LEITE; PAES, 2009).

Neste sentido, Carvalho (2016) classificou o PMI como um programa fundamentado no paradigma da saúde materno-infantil. Porque era restrito ao processo fisiológico da gravidez e além de não agregar outras pautas de saúde feminina, não havia um aprofundamento nos determinantes sociais de saúde que afetavam as gestantes. O programa foi marcado também pela ausência de ações educativas voltadas para o planejamento familiar, que vinha ganhando espaço no cenário mundial. Este vácuo foi ocupado pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), entidade privada, sem fins lucrativos, que desempenhava atividades em quase todo o país. Os profissionais da BENFAM distribuíam contraceptivos sem acompanhar clinicamente as mulheres, atuando de forma pouco informativa e mais impositiva, gerando impactos negativos no estado de saúde das envolvidas (CARVALHO, 2016; OSIS, 1998; COSTA, 2009).

Quanto a essas críticas elaboradas em relação ao enquadramento do PMI no paradigma de saúde materno-infantil, destaca-se a contribuição do movimento feminista em sistematizá-las e cobrar respostas governamentais. Houve uma organização das demandas de saúde para as mulheres que estavam sendo negligenciadas (CARVALHO, 2016). Uma importante pauta foi a criação de um programa assistencial voltado para elas, que considerasse um conceito de saúde abrangente e alicerçado na integralidade do cuidado. Neste sentido, estava surgindo uma nova direção para as ações públicas de saúde, em que o corpo feminino passava a ser considerado como um todo, afetado por contextos sociais e

psicológicos distintos, demandando, assim, visibilidade na definição de políticas de saúde (OSIS, 1998).

É nesse contexto de expansão dos movimentos sociais que surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, preconizando que:

...a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1994, p.27, pp. 5).

Quando comparado ao PMI, o PAISM revela uma amplitude maior de assuntos pertinentes à saúde da mulher. Carvalho (2016) identificou que o programa rompe com o paradigma materno-infantil e inaugura o paradigma de saúde da mulher. A autora destaca a ênfase na integralidade do cuidado no PAISM, voltando ações para as principais causas de morbimortalidade que afetavam as mulheres, contemplando uma abordagem sobre planejamento familiar, câncer e DSTs/aids. Devido a inserção dessas pautas o movimento feminista apoiou a implementação do PAISM, mantendo uma postura crítica, no sentido de cobrar por respostas efetivas.

Como o programa se desenvolveu no país em um período de transição entre um regime ditatorial para um democrático, ele teve influências das tensões e mudanças ocorridas no país. O contexto dos anos 80 foi de ampliação dos movimentos sociais e na área da saúde pública, destaca-se o Movimento da Reforma Sanitária, levantando a necessidade de transformação de todo o setor saúde. A grande conquista dos sanitaristas brasileiros foi o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em princípios como a universalização do acesso aos serviços e ações de saúde, a integralidade da atenção prestada à população e a descentralização de responsabilidades para as regiões e municípios (CARVALHO, 2016). Parte desse movimento da Reforma Sanitária contribuiu para a sustentação teórica e técnica do PAISM (COSTA, 2009). Dessa forma, após a instituição do SUS, no fim dos anos 80 e durante a década de 90 a saúde da mulher foi colocada em pauta pelo Ministério da Saúde com uma intensa participação dos movimentos de mulheres (COSTA, 2009).

No entanto, Galvão e Días (1999) aponta que apesar dos esforços, o programa não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, tendo como justificativa, fatores de ordem política, econômica e cultural. Freitas, *et al.* (2009) destacam um balanço realizado entre 1998 e 2002, que trouxe como resultado que as políticas públicas voltadas à saúde da mulher mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Foi observado, também, a incorporação da preocupação com a redução da violência sexual, demonstrando uma direção tomada por políticas visando atender a mulher em uma perspectiva mais abrangente. Nesse mesmo sentido de avaliar e levantar problemas prioritários para a saúde da mulher foram realizadas em 2003 e 2004 duas importantes conferências. A I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres e a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Esta última elegeu dentro do subtema “Saúde e Gênero” a necessidades de atenção para mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas (COSTA, 2009).

Sensível ao debate e pressionado pelos movimentos sociais, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve como ponto de partida as proposições do PAISM e inovou ao reunir de forma atualizada as necessidades de saúde das brasileiras. Portanto, a política delimitou eixos de atuação de acordo com o resultado de diagnósticos realizados sobre o contexto sociodemográfico do país e a situação de saúde das mulheres. O processo de elaboração da política contou com um conjunto de diversos atores sociais dispostos a contribuir com a temática, destacando-se a presença dos movimentos de mulheres e pesquisadores junto aos formuladores de políticas públicas (RATTNER, 2014).

O diagnóstico realizado apontou para lacunas relacionadas ao estado de saúde das mulheres de forma mais geral, como climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental e doenças infectocontagiosas. Apontou para a necessidade de se considerar ações que visassem atingir grupos sociais historicamente marginalizados e negligenciados na

atuação de políticas públicas, dentre eles a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. Desta forma, a PNAISM incorpora estas demandas de saúde emergentes e traz a pauta de grupos marginalizados socialmente (FREITAS, et al., 2009).

Outros dois pontos merecem atenção dentro dessa política. São eles: a abordagem feita sobre o enfoque de gênero e as diretrizes para atuação profissional pautada na humanização e qualidade.

O conceito de gênero apresentado na política nacional aborda as contribuições de Joan Scott (1989). A autora definiu gênero enquanto uma construção social e histórica que impõe padrões distintos sobre corpos femininos e masculinos. O gênero delimita papéis e campos de atuação diferentes para cada sexo e influencia na elaboração de leis. A autora considera que gênero para além de um conceito é uma categoria analítica. Nessa perspectiva é possível analisar ao longo do tempo a posição ocupada pelas mulheres na sociedade, evidenciando que as situações de opressões vividas tiveram uma sustentabilidade no campo cultural e social e não são frutos de um processo biológico.

Sob este ponto de vista histórico, por muito tempo as mulheres estiveram em uma posição de total sujeição, em que não possuíam direitos fundamentais enquanto cidadãs. Carole Pateman (1993) analisou que o contrato social, firmado no século XVIII entre o Estado e a sociedade civil foi, sobretudo, um contrato sexual, concedendo ao homem os direitos sociais da esfera pública e restringindo às mulheres a esfera privada. Okin (2008) reforça que nesta distinção de esferas da vida, os homens eram vistos enquanto provedores de bens, se articulando nos meios econômicos e políticos e as mulheres ficaram restritas às demandas de limpeza do lar e reprodução - atividades cobertas por invisibilidade. Tendo em vista este contexto o movimento feminista nos anos 1970 trouxe como uma das pautas de luta dar visibilidade a este trabalho desenvolvido por mulheres no âmbito privado e romper com essas barreiras.

Ainda que esta pauta tenha composto a agenda de luta das mulheres há quase 4 décadas atrás, o problema da desvalorização social do trabalho desenvolvido por elas no que se refere ao cuidado com o lar e filhos, acarreta novos contornos de exclusão (SOUSA; GUEDES, 2016). Uma vez que, as conquistas de direitos sociais das mulheres ocidentais ao longo do tempo, não foram acompanhadas por uma divisão igualitária das atividades demandadas pelo ambiente doméstico entre homens e mulheres, estas últimas ainda são responsabilizadas pelas tarefas (SOUSA; GUEDES, 2016). Desta forma, a entrada massiva delas no mercado de trabalho formal e nas universidades configuraram situações trabalhistas de dupla ou até mesmo tripla jornada. Ou seja, elas avançaram em termos de direitos políticos, mas permanecem ligadas a uma estrutura social desigual. Sob este ponto de vista, a divisão de esfera entre público e privado perde sentido analítico, uma vez que as mulheres estão o tempo todo permeando por ambos os espaços (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Sobre as implicações deste trabalho não remunerado desenvolvido no âmbito do lar e ao mesmo tempo como assalariadas de mercado, Sousa e Guedes (2016) desenvolveram um estudo, utilizando dados da Pnad de 2004 e 2014. De modo geral, os resultados revelam que as mulheres estão em desvantagem quando comparadas aos homens. Elas dedicam mais que o dobro de horas aos cuidados domésticos e esta situação repercute em uma perda de seis horas a menos que eles nas atividades remuneradas. Os autores apontam que a presença delas no mercado de trabalho depende, deste modo, da disposição de mecanismos que as mulheres dispõem para conciliar os dois trabalhos.

Além das jornadas múltiplas de trabalho, a desvalorização salarial é um problema que persiste na história das mulheres no mercado. Lima (2018) sintetiza o processo histórico de luta por igualdade entre os gêneros no Brasil. Do ponto de vista normativo foi apenas na década de 1980, com o processo de redemocratização do país que o movimento feminista encontrou espaço para reafirmar a necessidade de garantias constitucionais para as mulheres. Desta forma, na Constituição Federal de 1988 a igualdade formal entre homens e mulheres é garantida, sendo que ambos possuem o mesmo direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, sem

distinção de qualquer natureza. Em nível infraconstitucional, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) reconhece a precariedade de inserção das mulheres no mercado de trabalho e adota a igualdade salarial, proibindo distinções remuneratórias em face do gênero, da nacionalidade ou da idade do trabalhador. No entanto, ainda que esses avanços tenham ocorrido no âmbito formal, na prática a autora observa que ainda se verifica no Brasil forte desigualdade salarial entre homens e mulheres. Esta realidade ilegal, visto a legislação vigente, é pouco discutida judicialmente no país. Os possíveis motivos são as tradições culturais de origem patriarcal. O problema ganha contornos ainda mais excludentes quando se trata de mulheres negras e em contextos de vulnerabilidade econômica.

Essas questões levantadas pela literatura são importantes para delinear os contornos dos problemas relacionados à saúde da mulher, extrapolando a barreira puramente biológica. A compreensão de quem são as pessoas alvos de ações de política pública é um passo essencial para alcançar o sucesso. O texto da PNAISM incorpora essa dimensão social quando pontua a necessidade de considerar gênero enquanto um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas, uma vez que essa categoria engloba históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres que implicam nas condições de saúde destas últimas. O texto ministerial reconhece, também, os impactos da precarização do trabalho feminino quando destaca que as mulheres trabalham mais horas totais do que os homens e este fato tem como consequência uma condição de acesso reduzido a bens sociais por elas, inclusive aqueles que dizem respeito a serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Por fim, no que diz respeito à perspectiva de gênero, a política nacional engloba o conceito de saúde reprodutiva definido em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD). No âmbito da CIPD a saúde reprodutiva foi compreendida como uma condição totalizante de bem-estar físico, mental e social. Sendo imprescindível munir as mulheres com informações sobre seus direitos, para que experimentem processos de vida sexual e reprodutiva de forma saudável e autônoma. É importante ressaltar que esta definição de saúde reprodutiva apareceu pela primeira vez nos textos ministeriais brasileiros na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). No entanto, autores

defendem que o PAISM já atuava em consonância com este conceito, só não era adotado formalmente, porque a CIPD ocorreu depois da implementação do programa (COSTA, 2009; GALVÃO, 1999).

No que diz respeito à humanização e qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde, a PNAISM incorpora a importância dessas dimensões na promoção e oferta de saúde integral às mulheres. Historicamente os serviços de saúde foram locus de discriminação, violação de direitos e frustrações para elas, gerando impactos negativos no estado de saúde geral, psicológico e físico. Desta forma, humanizar e qualificar implica em compartilhar saberes e reconhecer direitos, por meio do estabelecimento de relações respeitadas entre sujeitos e reconhecendo as diversidades de condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004). A humanização implica em situar a prestação de cuidado ao indivíduo levando em consideração todo o contexto em que ele se insere. Portanto, a humanização é interdisciplinar e quando somada a categoria gênero implica em abordar as questões de saúde das mulheres como implicações sociais também (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004; BARBOSA, 2006).

Para o alcance dos princípios de humanização e da qualidade da atenção a PNAISM coloca como elementos fundamentais: a) o atendimento às necessidades de saúde da mulher nos três níveis de atenção à saúde, b) a efetivação de uma rede integrada por mecanismos de referência e contrarreferência, c) a captação e busca ativa das usuárias para dentro do serviço, d) a disponibilidade de insumos nos serviços de saúde, e) o acolhimento amigável das mulheres, f) a existência de mecanismos que permitam as mulheres e os profissionais avaliarem os serviços de saúde, através de análise de indicadores para monitoramento das ações, g) realização de capacitação dos profissionais de saúde para compreensão ampliada da saúde da mulher e para transmitir informações e orientações de qualidade para usuárias e comunidade (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que todos os elementos citados na política nacional se relacionam com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e alguns deles

merecem destaque no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Especificamente no item **a)** fica implícito a necessidade do princípio de integralidade do cuidado para garantir que todas as necessidades de saúde sejam garantidas à mulher. Outros itens relevantes para atuação da APS são indicados pelas letras **b)** e **c)**, para que a rede obtenha condições de operar de maneira integrada, referenciando e contra referenciando a usuária sendo que, o nível primário precisa de condições para coordenar o cuidado. E por fim, destaca-se o item **e)** enquanto intimamente ligado a proposta da APS de atuar como vínculo prioritário da população com o serviço de saúde, configurando-se na porta de entrada do SUS (BRASIL, 2004).

2.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios atuais

A Atenção Primária à Saúde (APS) bem estruturada impacta na qualidade da saúde geral de uma população e na efetividade econômica de modelos de atenção centrados nesse nível assistencial (FACHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Reconhecendo esses resultados positivos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) considera a construção de sistemas de saúde orientados pela APS como uma estratégia para alcançar a saúde universal (OPAS, 2008). Esses modelos apresentam melhores resultados no que diz respeito à sustentabilidade financeira do sistema e o alcance das necessidades de saúde da população. No Brasil a expansão do nível primário revelou melhorias em indicadores básicos, como mortalidade infantil e materna, redução de internações de condições sensíveis à atenção ambulatorial e maior satisfação do usuário com os serviços de saúde (TASCA et al., 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2017b). Como uma forma de fortalecer e ampliar a atuação da APS em todo o território nacional, em 1994 surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) que em função do seu caráter estruturante para o SUS se transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF). Além de objetivar melhorias no estado de saúde da população, a ESF visa reforçar os princípios de integralidade e universalização, operando em uma lógica descentralizadora, por meio de uma equipe

multiprofissional com atuação direta no nível local, dirigindo atenção à família e à comunidade (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Essa equipe deveria ser composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que os profissionais deveriam atuar de forma interdisciplinar e articulado com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012a). Desde que surgiu no SUS, inicialmente como um programa, a ESF se mostrou um importante mecanismo para reorganização do sistema de saúde como um todo. A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96) elegeu o PSF como estratégia prioritária para a atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de funcionamento. Neste sentido, como uma medida para ampliar a atuação do programa, a NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o programa (ALMEIDA et al., 2018).

Como resultado a ESF foi se espalhando pelo território nacional, chegando em 2020 a 63,6% de cobertura populacional (BRASIL, 2020). A ESF contribuiu, também, para ampliar a oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, favoreceu o enfoque na família e na comunidade por meio do estabelecimento de vínculos e realização do acolhimento humanizado e expandiu formalmente os cuidados primários no país (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016). Além desses efeitos, a ESF está associada à redução das desigualdades entre grupos raciais quando se trata dos indicadores de mortalidades sensíveis à APS (HONE et al., 2017). Os cuidados primários à população idosa e a prevenção a doenças cardíacas e cerebrovasculares também alcançaram melhorias com a ESF (RASELLA et al., 2014; MACINKO et al., 2018).

Buscando uma propagação da ESF com qualidade, destaca-se em 2011 a criação pelo governo federal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa teve como objetivo o alcance de melhorias na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à comunidade, por meio de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde da família. O PMAQ-AB era vinculado ao PAB variável e estabelecia repasses

de recursos aos municípios de acordo com a nota obtida pela equipe. O programa ocorria em ciclos de avaliação com duração de aproximadamente 24 meses. Cada ciclo era dividido em 3 fases: a primeira consistia na adesão e contratualização das equipes, a segunda era a avaliação externa e certificação do trabalho desenvolvido pela equipe de atenção básica e gestores e por fim, a terceira era a recontratualização, composta pela autoavaliação; apoio institucional; monitoramento de indicadores de saúde; educação permanente e cooperação horizontal (BRASIL, 2017b).

Foram realizados três ciclos do programa, nos anos de 2012, 2014 e 2018. Vasconcelos *et al.* (2018) realizaram uma revisão integrativa da literatura considerando o período de 2008 a 2017, buscando por publicações sobre avaliação da APS, efetividade e resolutividade. As autoras constataram um aumento de estudos nesse sentido a partir do ano de 2014. Elas atribuem o achado a uma possível associação com a criação do PMAQ-AB, uma vez que a maior parte deles utilizaram dados dos dois primeiros ciclos do programa.

A presença do programa refletiu, também, em maiores esforços dos profissionais da equipe para desempenho de uma atenção de qualidade, baseada em diretrizes ministeriais (FLÔRES *et al.*, 2018; BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018). Flôres *et al.*, (2018) buscaram compreender a perspectiva dos gestores sobre o programa. Os resultados revelaram que o PMAQ-AB pode ser um valioso aliado para identificar lacunas e promover mudanças. Foram percebidos efeitos benéficos principalmente na organização do trabalho da equipe, na estruturação física das unidades, na disponibilidade de materiais e na qualidade dos registros. Bertusso e Rizzotto (2018) destacaram como positivo a transferência de incentivos financeiros para os profissionais, proporcionada pelo PMAQ-AB. Os autores ressaltam que esse processo contribuiu para que a equipe se sentisse valorizada, resultando em uma maior motivação para o desempenho do trabalho.

No entanto, apesar das evidências positivas do PMAQ-AB e da ESF sobre a atenção básica, uma série de discontinuidades estão em curso no Brasil atualmente. No ano

de 2019 foi anunciado pelo governo federal o fim do PMAQ-AB. Ademais, a tradicional modalidade de repasse financeiro por meio do PAB fixo e variável foi modificada pelo Programa Previna Brasil (2019). Quanto ao repasse fixo na regra anterior era estabelecido um valor per capita, assim toda a população era considerada. Agora a base para o repasse financeiro é o quantitativo de população cadastrada nas UBS do município. Essa mudança implica na possibilidade de redução orçamentária para os serviços de atenção básica, especialmente para municípios de pequeno porte. No que diz respeito ao PAB variável, como mencionado, os municípios que adotassem a ESF e o NASF recebiam um incentivo, contudo essa não é mais considerada uma condição para repasse financeiro específico (BRASIL, 2019b). Como consequência teme-se pela extinção do NASF e enfraquecimento da ESF. A PNAB (2017) reconhece outros formatos possíveis de equipes no âmbito da APS e abre precedente para redução no contingente de ACS vinculados a cada equipe, além de determinar atribuições técnicas ao profissional (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

As alterações na PNAB em 2017 estabeleceram novos contornos para a APS, acrescido a vigência da Emenda Constitucional nº 241/2016, que congela gastos na saúde. Configura-se desta forma, um cenário desafiador para o setor saúde. De modo geral, a nova PNAB abre precedente para flexibilização no modelo da ESF de acordo com especificidades locais e regionais, ficando a cargo dos gestores locais a tomada de decisão. A política distingue dois padrões de ações e cuidados a serem prestados pela APS: o essencial - que constitui um conjunto mínimo que deve ser garantido em todo o país; e o ampliado - apenas recomendado, em que os municípios optam por adotar ou não. Essa separação compromete a integralidade do cuidado à medida que cria restrições (ALMEIDA et al., 2018).

Todas essas novas medidas transferem ao gestor de saúde local um papel decisório central na organização da APS. Visto as grandes desigualdades sociais e econômicas existentes no Brasil esta política fragiliza o nível primário e pode gerar barreiras de acesso à serviços existentes na rede. Uma vez que, dentro da lógica de funcionamento de Redes de Atenção à Saúde (RAS) a APS deve ocupar uma posição centralizadora, atuando como contato preferencial do usuário com o sistema e operando como parte e coordenadora do sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2018;

MENDES, 2011). O funcionamento do sistema em rede prevê relações cooperativas e interdependentes entre diferentes níveis de atenção, que compartilham objetivos comuns e se organizam de forma poliarquia. O gerenciamento pela APS confere uma prestação de atenção sanitária mais eficiente, centrada no indivíduo, na família e na comunidade (MENDES, 2011).

As redes possuem três elementos constitutivos principais que exigem atuação da Atenção Primária à Saúde (APS). O primeiro é uma população bem definida, que deve ser cadastrada no âmbito da APS, tendo em vista que a coordenação do cuidado só é possível com o conhecimento aprofundado dos usuários, identificados e estratificados em fatores de risco à saúde. O segundo é a estrutura operacional, em que a APS precisa de meios instrumentais para atuar enquanto o centro de comunicação para os demais níveis assistenciais. E por fim, o terceiro elemento é a organização de modelos, nesse ponto os profissionais da APS precisam de aptidão para trabalhar de diferentes formas quanto a eventos agudos e condições crônicas (BRASIL, 2015).

Desta forma, a coordenação assistencial feita pela APS requer o desenvolvimento de estratégias que resultem em atendimento aos usuários dentro da multiplicidade de demandas existentes. No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, se configura uma tripla carga de doença associada a morbidade e mortalidade populacional, caracterizada pelo ainda impacto das infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutivos; e pelo crescimento das causas externas; aumento das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (MENDES, 2011).

Esses grupos de patologias exigem esforços de diferentes ordens da APS. De modo geral, os dois primeiros grupos necessitam de ações rápidas, enquanto as condições crônicas, ou doenças com cursos mais longos, exigem que a APS responda de forma contínua e integrada aos outros níveis de atenção do sistema de saúde. Neste sentido, pode-se dizer que o nível primário é resolutivo quando consegue atender a demanda sensível às suas próprias fronteiras e quando encaminha de forma adequada os casos que precisam de avaliação de especialistas (MENDES, 2011).

No entanto, na prática de trabalho os profissionais enfrentam diversas dificuldades para alcançar a resolutividade à APS. Costa *et al.* (2014) destacam desafios no âmbito do próprio nível primário em formar e consolidar ao longo do tempo equipes de saúde completas, considerando as precárias condições de trabalho e a ainda prevalência do modelo biomédico. E os problemas relacionados aos outros níveis de atenção, pontuados pelos autores, são a falta da contrarreferência, dificultando um trabalho articulado, e a fragilidade do acesso a consultas e exames em outros níveis, expressa em grandes filas de espera para atendimento (COSTA *et al.*, 2014).

Identificar esses empecilhos é uma forma de refletir a atualidade e os desafios do SUS. Almeida *et al.* (2018) ressaltam que o sistema que opera em rede com foco na APS tem maior valor quando comparado aos fragmentados, se mostrando mais eficiente do ponto de vista assistencial e econômico. Quando o cuidado é baseado na população alvo as intervenções desnecessárias são menos frequentes e como consequência, os gastos se tornam mais eficientes e o risco de deixar de prestar assistência essencial é menor. Conforme exposto, a APS se apresenta como uma grande estratégia para organização em rede, coordenando fluxos e contrafluxos de pessoas e informações, contribuindo para a oferta de serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa (MENDES, 2011). Para que nível primário avance nesta posição estratégica é importante fortalecê-lo quanto a sua legitimidade social, política, em relação à densidade tecnológica e no que tange seus atributos (ALMEIDA *et al.*, 2018; MENDES, 2011). Barbara Starfield (2002) em estudo clássico aborda as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde em quatro atributos essenciais. São eles: a função de primeiro contato, a garantia da longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado.

No que diz respeito à atenção no primeiro contato, a APS deve funcionar como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. A autora ressalta que este contato primário exige maior sensibilidade dos profissionais, especialmente do médico generalista, no processo de identificação de patologias e possíveis tratamentos ou encaminhamentos. Há uma variedade de sintomas e doenças, maior neste nível

quando comparado aquelas que aparecem para os especialistas. Para que o primeiro contato seja estabelecido na APS, a acessibilidade deve ser um aspecto estruturante do sistema e conseqüentemente das unidades de saúde. Na prática é a possibilidade fornecida para que as pessoas cheguem aos serviços e sejam efetivamente acolhidas sem barreiras relacionadas a idade, raça ou classe social. Nesta perspectiva o acesso é a forma como a pessoa utiliza os serviços para alcançar melhores resultados no seu estado de saúde (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade tem como principal desafio lidar com os usuários no decorrer de longos períodos de tempo, ou seja, depende do estabelecimento de relação duradoura entre profissional de saúde e comunidade. O lócus da longitudinalidade pode ser estabelecido em relação a uma equipe, um local, ou a um indivíduo. Todas as configurações possuem conseqüências. No caso da equipe ou local, o manejo do paciente ganha contornos mais complexos, pois exige um trabalho interprofissional. Neste sentido, o grande foco da longitudinalidade é uma prestação continuada de atenção por parte da equipe, dirigindo ações sustentadas nas demandas da comunidade, independente da presença ou não de problemas de saúde. De modo geral, pessoas que são assistidas de forma longitudinal recebem ações preventivas de maior qualidade, além de necessitarem menos de internações e outros cuidados hospitalares (STARFIELD, 2002).

Estes dois atributos, longitudinalidade e atenção no primeiro contato, dependem de forma direta do tipo de relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários. Uma relação duradoura é difícil de se efetivar se uma das partes estiver insatisfeita. Para que o profissional consiga identificar os problemas trazidos pelos usuários, o relacionamento entre ambos os sujeitos precisa ocorrer com base no estabelecimento de confiança e comunicação clara. Neste sentido, tanto os trabalhadores da área da saúde quanto os pacientes contribuem para o processo de atenção médica. A interação entre estes agentes precisa ocorrer considerando as diferenças sociais destes grupos e rompendo com uma lógica vertical em que o médico, ou outro membro da equipe, dita os rumos da consulta sem se ater aos significados que o próprio paciente desenvolve sobre seu estado de vida (STARFIELD, 2002).

A integralidade implica no atendimento de todas as necessidades de saúde de uma comunidade. Para que se efetive a atenção no nível da população adscrita o profissional precisa atentar para a origem do problema de saúde e desta forma verificar se ele afeta as pessoas de forma individual, ou se tem relação com as especificidades do território geográfico e social. Além deste olhar ampliado sob o nível local, a integralidade requer que todo o sistema de saúde esteja articulado para prestação do cuidado. Neste sentido, o papel da APS é reconhecer as situações nas quais se faz necessário uma intervenção nos outros níveis de atenção. O grande benefício deste atributo é a possibilidade de ajustar os serviços de saúde à real necessidade dos usuários (STARFIELD, 2002).

Por fim, o último atributo essencial trazido por Starfield (2002) é a coordenação do cuidado. A autora ressalta que ele é essencial para obtenção dos outros atributos citados anteriormente. Uma vez que ele implica na responsabilidade que a APS tem sobre o manejo de casos, é na atenção básica que se estabelece o ponto comum de informações sobre o paciente, exigindo uma organização elementar do nível. Quando a coordenação do cuidado não ocorre de forma adequada, a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade se torna difícil de ser alcançada e a função de primeiro contato reduz seu valor, se transformando em uma operação puramente administrativa (STARFIELD, 2002). Dada essa dimensão centralizadora da coordenação do cuidado é importante traçar os seus contornos e obstáculos.

2.3 Coordenação do cuidado da APS

No atual contexto de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e outros agravos que demandam uma atenção prolongada, a oferta de cuidados coordenados é imprescindível. Isso porque a organização da atenção é decisiva para evitar intervenções desnecessárias quando se trata de pacientes que transitam por serviços de diferentes complexidades (MALTA; MERHY, 2010). Deste modo, a coordenação do cuidado pela APS vem sendo apresentada como uma estratégia para sistemas nacionais de saúde frente às crises de provimento que desafiam a sustentabilidade financeira dos serviços (SILVA; ANDRADE, 2014). No entanto, não

existe na literatura, nacional ou internacional, um conceito único de coordenação do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018). Dessa forma, existem diferentes mecanismos avaliativos com divergências e convergências em relação ao arcabouço teórico para as medidas do atributo (NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006).

Destaca-se, inicialmente, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) instrumento que passou por um processo de validação para a realidade brasileira. O PCATool tem como referência as definições de Starfield (2002) para os atributos essenciais da APS, são disponíveis versões para adultos, crianças e profissionais de saúde, avaliados na perspectiva de usuários, gestores e integrantes das equipes de atenção básica. A avaliação da coordenação do cuidado é dividida em dois blocos, integração de cuidados e sistema de informação, o primeiro está relacionado à interação com serviços especializados e o segundo ao registro de informações dos pacientes (BRASIL, 2010).

Ainda dentro da realidade do Brasil, o PMAQ-AB apresentava possibilidades de avaliação da coordenação do cuidado a partir dos dados obtidos na avaliação externa do programa. Nessa fase eram realizadas perguntas sobre atividades relacionadas ao atributo, como relacionamento entre equipe e gestão, disponibilidade de sistemas de comunicação, definição de fluxos, apoio matricial, entre outras. Souza *et al.*, (2017) utilizaram os dados do PMAQ-AB 2º ciclo, por meio da teoria de resposta ao item os autores destacaram a disponibilidade e transferência da informação, o apoio matricial e o cuidado no território e domicílio como elementos de maior importância na coordenação do cuidado prestada pelas equipes.

Em uma perspectiva internacional o *Primary Health Care Activity Monitor for Europe* (PHAMEU) em parceria com o *European Observatory on Health Systems and policies*, publicou em 2015, um instrumento de monitoramento dos atributos da APS. No estudo o atributo foi avaliado em uma dimensão processual relativa à prestação de serviços coordenados pela APS em todos os níveis assistenciais, foram apresentadas as fragilidades e capacidades de 31 países europeus (KRINGOS *et al.*, 2015).

Dessa forma, reconhecendo a falta de consenso acerca do conceito, a complexidade do atributo e a relevância que ele tem para os sistemas de saúde a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (*Avenca for Healthcare Research and Quality – AHRQ*) dos Estados Unidos publicou em 2014, o Atlas de Medidas de Coordenação de Cuidados. Trata-se de um instrumento que permite identificar medidas adequadas para avaliar as intervenções de coordenação de cuidados, considerando as perspectivas de pacientes, cuidadores, profissionais de saúde e sistemas de saúde (MCDONALD, *et al.*, 2014).

McDonald *et al.*, (2014) contribuíram para a elaboração de um conceito de coordenação do cuidado que vem sendo utilizado pela literatura da área. Para os autores esse atributo envolve um esforço em estabelecer conexões, entre profissionais e entre estes e os usuários, com o objetivo de prestar um atendimento adequado e de qualidade, por meio do manejo de recursos adequados às necessidades e preferências do usuário. Na perspectiva dos autores o conceito de coordenação é composto por nove domínios:

1. Estabelecer ou negociar responsabilidades: responsabilidade que cada profissional tem no processo de prestação do cuidado, precisam de uma definição clara e formal, compreendida por todos os envolvidos.
2. Comunicar: a comunicação que deve ser estabelecida entre os níveis de atenção para discussão de casos e compartilhamento de dados clínicos. Ela se divide em interpessoal - que é a discussão de casos a nível de interações pessoais – e na transferência de informação, fluxo de informações clínicas, como resultado de exames e histórico médico.
3. Facilitar transições: é a capacidade de realizar transferências entre níveis de atenção, sensíveis a mudanças nas necessidades dos usuários frente a ciclos da vida ou surgimento de doenças.
4. Avaliar as necessidades e objetivos: identificar as necessidades de saúde dos usuários em uma perspectiva integrativa e realizar recomendações de acordo com a história atual.
5. Criar um plano proativo de atendimento: consiste em estabelecer um plano de cuidados que será gerenciado de forma conjunta entre paciente, familiares e

equipe de saúde. A descrição das necessidades atuais e futuras do usuário devem constar nesse documento.

6. Monitorar, acompanhar e responder às mudanças: é a capacidade que a equipe deve ter em avaliar os objetivos e perceber sucessos e falhas na coordenação do cuidado. O plano de cuidados precisa ser adaptado de acordo com a identificação de mudanças ou lacunas assistenciais.
7. Apoiar os objetivos de autocuidado: para que o paciente se envolva no próprio cuidado os processos de educação em saúde devem ser desenvolvidos respeitando as preferências dos usuários.
8. Utilização de recursos da comunidade: mapear os serviços comunitários que possam potencializar a saúde e bem-estar dos pacientes.
9. Alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população: levantar as necessidades de saúde locais e alocar recursos de acordo com o levantamento. Essa avaliação deve ser feita no nível populacional, sendo necessários arranjos no sistema, e no nível individual, que pode ser atendida na estrutura já existente.

O processo de responsabilização passa pela definição das funções de cada categoria profissional dentro do processo de cuidado. Portanto, implica em responsabilidades clínicas e em definições protocolares sobre as condições para encaminhamento e retorno do usuário aos serviços primários. No Brasil a PNAB descreve as atribuições de cada membro da equipe de saúde da família, deixando claro o que compete a todos eles e quais as especificidades de acordo com a categoria (BRASIL, 2017b). Para além das formalidades, Camargo-Borges e Mishima (2009) destacaram o potencial da atenção básica em construir responsabilidades relacionais, que se desenvolvem em contextos locais, perpassados por diferentes culturas e ideologias. Nesse sentido, o diferencial da APS é a possibilidade de alinhar protocolos assistenciais à dinâmica da comunidade adscrita. Esse reconhecimento do território de saúde pelos integrantes das equipes de atenção básica é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), sendo que para além de mapear os serviços de saúde, é necessário conhecer a completude de dispositivos sociais ou governamentais (BRASIL, 2017b). Campos (2005) destaca que a Medicina de Família e Comunidade

deve ser conduzida no sentido de agregar a educação, esporte, lazer, trabalho e promoção social, o intuito seria proporcionar um estado de bem-estar ao usuário. Na perspectiva do autor o momento de contato entre usuário e médico é propício para sensibilização quanto aos hábitos de vida saudável e possibilidades de inserção comunitária. Portanto, conhecer as potencialidades locais é fundamental para criar um engajamento dos usuários no processo de cuidado.

Na perspectiva dos cuidados coordenados a contrapartida dos pacientes é fundamental, conforme pode ser percebido na descrição de algumas das dimensões de McDonald *et al.*, (2014) acima. O apoio aos objetivos de autocuidado é uma dessas dimensões, que tem como ponto de partida fundamental do sistema de saúde, e especialmente da APS, o conjunto de necessidades e preferências dos usuários. Nesse sentido, as ações precisam ser alinhadas de modo que façam sentido para o público alvo, o autocuidado é a capacidade que o sujeito tem de monitorar e alterar costumes para manter boa qualidade de vida (HAAS *et al.*, 2012). Contudo, não se trata de uma simples ação, as pessoas precisam de estímulos e apoio para a mudança de hábitos. A organização do trabalho nos serviços de saúde, as recomendações distantes da realidade de vida do paciente e a dificuldade em acessar o serviço especializado são alguns dos desafios para a prática de autocuidado (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Outra atividade que depende diretamente da participação do usuário, é a construção do plano proativo de cuidado, a ideia é que o profissional de saúde, junto ao paciente, defina prioridades e delinear objetivos (ALMEIDA *et al.*, 2018). Para além de traçar e planejar a assistência, o profissional deve monitorar e propor alterações quando necessário. A tomada de decisão sobre o manejo dos casos envolve protocolos e preferências individuais e pode ser corroborada por outros profissionais da equipe, além de envolver especialistas quando necessário. Devido à complexidade dessa responsabilidade de acompanhamento contínuo, ferramentas facilitadoras são necessárias para que os planos proativos de cuidados possam articular informações de diferentes níveis assistenciais (MCDONALD *et al.*, 2014). Dessa forma, a coordenação do cuidado engloba responsabilidades interligadas entre diferentes sujeitos e serviços de saúde com o objetivo de prestar uma atenção integral e de

qualidade de acordo com as demandas da população (BOUSQUAT et al., 2017; MCDONALD, et al., 2014).

Núñez, Lorenzo e Navarrete (2006) identificaram uma multiplicidade de termos utilizados para se referir ao atributo, além de coordenação, são empregados continuidade do cuidado e integração do cuidado como sinônimos. Sendo que, para os atores, a continuidade da atenção é um dos mecanismos das ações de coordenação do cuidado e a integração da rede é o produto. Para alcançar a integralidade, o atributo opera de forma horizontal, integrando ações e serviços dentro de um mesmo nível, e vertical, articulando todos os níveis de atenção (STARFIELD, 2002). Dessa forma, os integrantes das equipes de APS têm responsabilidades com as atividades assistenciais e gerenciais da atenção básica e também são eles que identificam condições a serem encaminhadas para especialistas. Assim, partindo de um nível primário são definidos fluxos de atendimento de acordo com o tipo de agravo e a capacidade do sistema de saúde (KRINGOS et al., 2015; MCDONALD et al., 2014).

Contudo, essa função necessita de uma organização do sistema de saúde, a capacidade da APS em estabelecer o percurso do usuário na rede de atenção depende de disponibilidade estrutural (ALELUIA et al., 2017). No Brasil, quando se trata de redes de atenção, dois processos são importantes de serem sinalizados: a descentralização e regionalização dos serviços de saúde (MELLO *et al.*, 2017). O primeiro foi idealizado no intuito de fortalecer a autonomia municipal para que o sistema de saúde alcance maior resolutividade pela aproximação com a sociedade. Existe um consenso na literatura de que a descentralização brasileira alcançou um grau elevado de avanço político e organizacional. No entanto, um sistema exclusivamente de base municipal não garante acesso e equidade (ALMEIDA et al. 2010). Uma vez que existe no país uma grande disparidade entre as cidades, seja em relação ao número de habitantes ou quanto à arrecadação. Portanto, o arranjo do território em regiões de saúde foi estabelecido para oportunizar a construção de uma rede com serviços especializados e hospitalares intermunicipais.

Todavia, a regionalização ainda enfrenta desafios para se concretizar no SUS. Mello *et al.*, (2017) argumentam que o processo é algo experimentado e presente no cotidiano da gestão de saúde em todas as esferas. Contudo, enfrenta um conjunto de desafios, que vão desde a fragmentação do sistema até a histórica deficiência com o planejamento em saúde. O fortalecimento das RAS é uma das medidas pró-coordenação do cuidado segundo Almeida *et al.*, (2018). As redes devem funcionar integrando os níveis de atenção com centralidade na APS para impulsionar o processo. Conforme mencionado anteriormente, os domínios referentes à utilização de recursos da comunidade e a capacidade de alinhar recursos com as necessidades do paciente são exemplos do diferencial das equipes de atenção básica em construir um cuidado mais resolutivo e integral.

Quanto à possibilidade de estabelecer comunicação a literatura aponta avanços e desafios no âmbito do SUS. Souza *et al.* (2017) encontraram associação entre um nível elevado de coordenação do cuidado e maior capacidade de troca de informações e apoio matricial. Quando a rede é equipada com tecnologias da informação as equipes conseguem trabalhar de forma mais integrada aos outros níveis, o que reflete em uma capacidade maior de acompanhar o usuário, coordenando o cuidado ao longo dos níveis de atenção. A incorporação destes meios possibilita, também, o uso do telessaúde, telediagnóstico e teleconsultoria, serviços que contribuem para o aumento da resolutividade da APS.

Sobre essa inserção de tecnologias da informação no SUS. Santos *et al.*, (2017) construíram um índice de Incorporação de Tecnologia de Informação e Comunicação que considera variáveis relacionadas a infraestrutura, implantação de sistemas e utilização da informação. Os autores identificaram que o índice foi mais elevado em equipes com melhores resultados na certificação de qualidade feita pelo PMAQ- AB 2º ciclo. No entanto, é importante ressaltar que, segundo a pesquisa, poucas equipes de atenção básica brasileiras possuíam um grau elevado de inserção de tecnologia da informação e comunicação (TIC). No mesmo sentido Aleluia *et al.*, (2018) encontraram problemas de continuidade da atenção associados à falta de tecnologias telecomunicacionais, resultando em dificuldade para registro único de informações

relativas ao paciente e conseqüentemente abrindo margem para uma atenção fragmentada e frágil.

Os autores identificaram que o prontuário eletrônico único ainda é um desafio no âmbito do SUS. Sendo que o principal método preconizado para troca de informações clínicas entre os níveis de atenção é o sistema de referência e contrarreferência (RCR) (ALELUIA et al., 2018). O método consiste no envio de dados sobre o paciente pela equipe de atenção básica, justificando o encaminhamento e com outras informações relevantes, e na resposta do especialista, contendo procedimentos realizados e recomendações (BRASIL, 2011). Parte-se da definição de que é na APS que se concentram as informações, portanto tudo que ocorre em outros níveis assistenciais precisa retornar para conhecimento e registro no prontuário do paciente (MENDES, 2011).

No entanto, apesar da legislação sobre o sistema de RCR, a realidade apontada na literatura da área é que a contrarreferência é pouco recorrente (SERRA; RODRIGUES, 2010; PEREIRA; MACHADO, 2016). Santos *et al.*, (2017) ressaltam que a implementação dos prontuários em rede pode ser um facilitador para a adesão da atenção secundária ao sistema de RCR. Na perspectiva de Serra e Rodrigues (2010) as condições para um bom funcionamento da RCR dependem, também, de fatores inerentes à organização da rede de atenção. Como um eficaz processo de regulação dos serviços, condições adequadas de acesso aos níveis de atenção, sistemas de informação e comunicação e apoio logístico.

Estudo desenvolvido na Austrália demonstrou que a utilização eficiente da tecnologia da informação pode proporcionar condições mais favoráveis para as práticas de coordenação do cuidado pela APS. Os autores ressaltam que para alcançar um grau maior de otimização dos sistemas de TIC, é preciso alinhar uma política de acesso adequado às informações, além de necessitar profissionais capacitadas para gerenciar os fluxos de informações dentro de uma rede de atenção bem estabelecida (BANFIELD *et al.*, 2015).

Além dos fluxos de informações, partem da APS, também, fluxos de pessoas encaminhadas para atendimentos especializados – realização de exames ou consultas. No trabalho de McDonald et al. (2014) essa função pode ser compreendida pelo domínio facilitar transações, definido como a capacidade do profissional em encaminhar o paciente para serviços de diferentes complexidades de acordo com a necessidade apresentada. No âmbito do SUS as centrais de regulação são encarregadas por alinhar as demandas identificadas nos serviços primários com a disponibilidade da atenção secundária e terciária (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Chaves *et al.* (2018) por meio dos dados do PMAQ-AB identificaram centrais para marcação de consultas na maioria dos municípios participantes, indicando um avanço na regulação. Contudo, segundo os autores, a presença desses dispositivos não discriminava as equipes quanto ao nível de integração da rede. O que pode ser explicado pelo conjunto de desafios do ponto de vista da gestão, passando pela participação dos profissionais, para o funcionamento adequado das centrais de regulação (ALMEIDA et al., 2018).

Desse modo, visto a complexidade de funções e dispositivos, a coordenação do cuidado é um atributo relevante da APS e decisivo para o sistema como um todo. Devido ao acúmulo de atribuições estratégicas que o nível primário recebe, o apoio de instâncias municipais, regionais e nacional é imprescindível (FACHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Uma atenção primária bem estruturada, resolutive, que opera enquanto porta de entrada, facilita a efetivação da coordenação do cuidado (KRINGOS et al., 2015). E quando a coordenação do cuidado acontece de forma efetiva na APS, todo o sistema de saúde se beneficia, os custos desnecessários diminuem, a oferta de serviços duplicados passa a ser mais rara e a possibilidade de erro médico é minimizada (KRINGOS et al., 2015; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Apesar do reconhecimento dos impactos positivos da coordenação do cuidado, estudo que analisou 700 normativas governamentais para a APS no período de 2007 a 2011 concluiu que nenhuma das portarias tinham como objetivo o atributo em específico. De modo geral foi percebido pelo estudo um enfoque ministerial em ampliar a APS por meio da ESF, assim, por consequência a coordenação do cuidado

foi influenciada, contudo os autores destacam como preocupante a ausência de políticas sobre o atributo, visto que ele é relevante para a qualidade do sistema como um todo (SILVA; ANDRADE, 2014).

2.3 Gestação e coordenação do cuidado da APS

Em uma perspectiva histórica a ampliação das necessidades de saúde das mulheres foram se incorporando ao sistema público de forma progressiva. Atualmente a assistência   saúde da mulher no âmbito da APS envolve um conjunto de programas, a es e políticas, que compreendem a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, o planejamento familiar, a assistência ao pré-natal, dentre outros (BRASIL, 2004).

Esse conjunto de programas, a es e políticas têm o desafio de prestar atendimento às usuárias em um contexto de escolha livre e informada. O ponto central   respeitar a autonomia das sujeitas, permitindo que a tomada de decisão ocorra de forma independente com base nas informa es disponíveis. Portanto, é preciso investir em instrumentos disseminadores de conhecimento de qualidade e em práticas de educa o e saúde. Para que a oferta de informa es resulte em escolhas mais saudáveis, ela precisa estar alinhada com a garantia de acesso oportuno a contracepção, a tratamentos de infertilidade e a atenção pré-natal (APN) quando necessário (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

Quanto   APN é importante destacar que os cuidados abrangem desde a confirmação da gravidez, passando pelas consultas de pré-natal, e se estendendo as a es no período de puerpério. O objetivo é acolher a mulher do início ao fim da gestação, no intuito de garantir o nascimento seguro e o bem-estar materno e infantil. O Ministério da Saúde (MS) preconizava que eram necessárias, no mínimo, seis consultas de pré-natal em casos que não apresentem alto risco gestacional (BRASIL, 2012b). Segundo levantamento realizado no Brasil a realização de mais de sete consultas de pré-natal aumentou de 49% para 70%, considerando o período de 1990 a 2015 (LEAL *et al.*, 2018). No entanto, em documento mais recente para a Organiza o Mundial da Saúde (OMS) os modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito contatos

são recomendados, para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados (OMS, 2016).

Contudo, o quantitativo de consultas não é suficiente para avaliar os cuidados prestados. A atenção pré-natal (APN) e puerperal é de qualidade quando se fundamenta em práticas humanizadas, condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso aos serviços, com ações em todos os níveis de atenção, desde o atendimento ambulatorial básico ao hospitalar de alto risco tele comunicacionais (JORGE et al., 2015; BRASIL, 2007). Jorge *et al.* (2015) destacam que existe uma associação entre um pré-natal de qualidade e a prevenção de complicações no parto e puerpério, refletindo na diminuição de desfechos negativos para o binômio mãe e filho.

Leal *et al.*, (2018) encontraram melhoras significativas em vários indicadores de saúde materno e infantil nos últimos anos no país, como ampliação da adesão ao aleitamento materno, redução significativa da mortalidade infantil e materna. Os autores apontam que estes achados acompanharam um avanço do país na implementação de políticas e estratégias de saúde, sociais e redistributivas. Um importante destaque no setor saúde foi o conjunto de iniciativas para valorizar e orientar o trabalho da APS. Neste contexto, os Cadernos de Atenção Básica surgiram como instrumentos essenciais para fortalecer e embasar ações assistenciais e orientar os fluxos, sendo reconhecidos como úteis para a coordenação do cuidado pela APS (SILVA; ANDRADE, 2014). O Caderno de número 32 traz como temática assuntos relacionados à atenção pré-natal de baixo risco. Segundo a publicação a UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde e para alcançar essa posição é imprescindível o trabalho da equipe de saúde da família junto à população (BRASIL, 2012b).

O trabalho do enfermeiro na ESF se destaca quanto à APN. De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 e o Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo(a) enfermeiro(a). É ressaltado pela literatura o papel desse profissional em desenvolver consultas clínicas e também ações educativas (RIOS; VIEIRA, 2007). Quanto a essas últimas, os enfermeiros têm um papel importante na transmissão de informações

durante as consultas e grupos (GOMES et al., 2019). O Programa de humanização do pré-natal e nascimento (2012) destaca os grupos temáticos para gestantes como forma de prevenção a doenças e promoção da saúde. Estudo focado na perspectiva das gestantes revelou os grupos enquanto um espaço propício para compartilhar experiências e sentimentos relacionados a gestação, bem como um lugar seguro para esclarecimento de dúvidas (DOMINGOS; PINTO; PEREIRA, 2008)

Quanto à responsabilidade clínica dos enfermeiros, Duarte e Andrade (2006) apontam que o profissional contribui para a interdisciplinaridade no atendimento às gestantes. Uma vez que ele elabora o plano assistencial na consulta de enfermagem pré-natal e, de acordo com as necessidades identificadas, estabelece as intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, como odontologia, medicina, nutrição e psicologia. Esse papel de traçar o plano assistencial é uma das dimensões da coordenação do cuidado (MCDONALD, 2014). No Brasil, ele deve ser desenvolvido pela APS. Nesse sentido, ele deve ser construído sempre de forma conjunta levando em consideração as preferências da mulher em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde. Contudo, para que os profissionais de enfermagem, bem como toda a equipe, alcancem sucesso na tarefa de coordenar o cuidado é necessário que as unidades básicas de saúde (UBS) tenham uma estrutura física adequada e processos bem definidos.

Luz, Aquino e Medina (2018) destacam um descompasso entre os protocolos nacionais e as práticas processuais das equipes, o mesmo ocorre em relação aos padrões estruturais das UBS. Os autores encontraram uma baixa adequação em diversos critérios, dentre eles, alguns que são determinantes para o trabalho da coordenação do cuidado, como disponibilidade de equipamentos de informática com acesso à internet e documentos com referências e fluxos para exames laboratoriais, ultrassonografia obstétrica e local para o parto. A falta desses implica em maior dificuldade para garantir a continuidade dos cuidados e representa barreiras na comunicação entre os profissionais da equipe de saúde da família e especialistas.

Ainda que os autores tenham concluído uma baixa qualidade geral de APN no Brasil, alguns achados positivos chamam atenção, dentre eles um alto percentual para os critérios de captação de gestantes faltosas e puérperas (LUZ; AQUINO; MEDINA,

2018). A principal estratégia para alcançar esses critérios é por meio do trabalho de busca ativa, quando identificada a ausência na consulta ou grupo operacional a equipe procura estabelecer contato com a mulher. Essa ação é desenvolvida principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional que tem por função estabelecer um elo entre a equipe e a população. É preconizado pelo Ministério da Saúde que o ACS deve ser morador da comunidade onde atua, e conhecer bem o território de atuação, compartilhando aspectos culturais com a população adscrita (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Essa proximidade, além de facilitar o trabalho de busca ativa, permite a identificação precoce da gravidez. Os melhores desfechos no parto estão associados ao início do pré-natal até o terceiro mês de gestação e ao conhecimento das necessidades de cada usuária, principalmente no que diz respeito aos fatores de risco gestacional (KIRKHAM; HARRIS; GRZYBOWSKI, 2005). A maior parte das gestantes brasileiras que utilizam os serviços públicos de saúde são atendidas exclusivamente por profissionais da APS. Quando a referência do nível primário é efetiva, elas só acessam os outros níveis em situações de urgências, para realização do parto ou em casos de detecção de risco gestacional com necessidade de avaliação de um especialista (MAIA, 2013).

O alto risco gestacional é definido pela presença de agravos que podem aparecer no momento anterior ou durante a gravidez. São representados por situações de vulnerabilidades sociais vividas pela mulher, tabagismo, doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, infecção pelo HIV, entre outros (AQUINO; SOUTO, 2015). A partir da avaliação desses fatores de risco e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais deve ser garantido às gestantes. Portanto, é essencial que cada localidade defina o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral e que seja coordenada pela APS ao longo de todo o percurso (BRASIL, 2012b). Independentemente do nível em que a usuária esteja recebendo um atendimento, o acompanhamento pela unidade de saúde de origem deve ser mantido para o monitoramento da assistência pré-natal (APN) (POLGLIANE *et al.*, 2014).

Experiências internacionais demonstram que programas de coordenação do cuidado durante a maternidade estão relacionados com resultados mais benéficos para a saúde e a menores custos com serviços. Especialmente quando as mulheres apresentam algum risco gestacional e utilizam diversos serviços, estando expostas a uma oferta de atenção fragmentada (ACERA POZZI et al., 2014; CORDASCO et al., 2018). A coordenação eficaz dos cuidados visa otimizar a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado por meio do compartilhamento de informações sobre a mulher e o registro único de procedimentos realizados. O ideal é que a gestante possa receber assistência especializada a fim de alcançar a integralidade. No entanto, sem perder o elo com os cuidados primários (CORDASCO et al., 2018).

Neste contexto, destaca-se os mecanismos de referência e contrarreferência para acesso a exames e serviços nos outros níveis assistenciais (BRASIL, 2016). Ainda que exista uma série de protocolos e estratégias para a APN dentro da rede, na prática alguns problemas persistem. Gomes *et al.*, (2019) apontam para falhas na integração entre a atenção básica e outros serviços ligados à maternidade. Os autores identificaram baixa realização de exames e falta de vinculação com a maternidade.

A realização do exame de ultrassom é identificada como um ponto crítico na literatura. No estudo de Gomes *et al.*, (2019) algumas gestantes relataram desconhecer a oferta do exame pelo SUS, enquanto outras optaram por fazê-lo particular devido à demora em obter o resultado em tempo oportuno. Foram identificados, também, como dificuldade a lentidão para resultado do preventivo e a falta de medicação prescrita na UBS. Esses obstáculos descritos representam uma tensão que extrapola a competência dos profissionais da rede básica, pois envolvem aspectos logísticos de todo o sistema, bem como relações interprofissionais dentro e fora da APS. É importante destacar que a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e o acesso aos resultados em tempo oportuno são componentes do pré-natal definidos pela Estratégia Rede Cegonha (ERC) (BRASIL, 2011).

Segundo a ERC e a Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 todas as mulheres têm o direito ao conhecimento prévio da maternidade ou hospital onde será o parto, cabendo ao profissional de APS informá-la e estabelecer o vínculo de forma

adequada. A omissão dessa orientação pode favorecer a ocorrência de desfechos negativos para a saúde da mãe e do bebê, uma vez que, leva a uma peregrinação das gestantes pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto ou em caso de emergências (POLGLIANE et al., 2014; MAIA, 2013). No mesmo sentido, o estudo de Domingues *et al.*, (2016) revelou que a busca de dois ou mais serviços antes de alcançar o atendimento se associou à morbidade materna grave. Desta forma, a vinculação à maternidade é um passo importante para uma atenção de qualidade ao pré-natal e parto.

Assim como a realização dos exames depende de uma rede integrada, a vinculação à maternidade também precisa de uma articulação entre os níveis de atenção. Maia *et al.* (2013) destacam que a coordenação do cuidado realizada pela APS pode acarretar resultados mais positivos do ponto de vista assistencial e econômico, além de ser um motivador para maior adesão ao pré-natal. Contudo, para que a coordenação de fato aconteça os fluxos precisam ser bem definidos dentro da rede de atenção. A oferta de atendimento necessita ser integral, capaz de ser responsiva para todas as necessidades de saúde da usuária. Bem como, os mecanismos para comunicação e compartilhamento de informações entre profissionais precisam de efetividade (ALMEIDA et al., 2018).

Um importante instrumento referente ao registro de informações sobre a gestação e a criança é a Caderneta da Gestante, o método é de fácil acesso e pode auxiliar na tomada de decisão dos profissionais de saúde. O objetivo é que o instrumento reúna informações referentes a dados pessoais da gestante, à unidade de saúde de origem, aos exames realizados, se existe a presença de algum risco gestacional, dentre outras informações pertinentes (GONZALEZ; CESAR 2019). Contudo, a falta de registros ainda é uma realidade e implica em descontinuidades e repetições desnecessárias, Maia et al., (2013) identificaram lacunas, principalmente na anotação de exames especializados. Esse é um ponto crítico para o trabalho da coordenação do cuidado, pois implica em barreiras de comunicação entre os níveis.

Desta forma, o exercício da coordenação do cuidado pela APS encontra desafios de diferentes ordens, estruturais e organizacionais. No que diz respeito a atenção ao pré-

natal, o atributo tem um importante papel para a gestação e conseqüentemente contribui para melhores resultados no estado de saúde de mães e crianças.

2.4 Cânceres de mama e de colo uterino e a coordenação do cuidado da APS

Os diversos tipos de cânceres estão presentes na agenda da saúde pública global. Entre os que mais afetam a população de mulheres estão o câncer uterino e o de mama. Portanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher elenca entre seus objetivos específicos e estratégicos a redução da morbimortalidade por estes dois tipos de neoplasias malignas, através da organização das redes e dos processos de referência e contrarreferência para diagnóstico e tratamento adequado (BRASIL, 2004). Por envolverem esforços de todos os níveis de atenção ao longo de um período duradouro de tempo, o câncer de colo uterino e de mama podem ser termômetros para avaliar a coordenação do cuidado no âmbito da saúde da mulher.

No que diz respeito às estatísticas mundiais, em 2012 o câncer de mama foi o mais frequente entre as mulheres e o câncer de colo uterino apareceu, também, em posição de destaque, ficando em quarto lugar (FERLAY et al., 2013). Quando se trata de países de baixo ou médio desenvolvimento é alta a ocorrência de câncer associado a infecções, como é o caso do colo do útero, estômago, esôfago e fígado (FERLAY et al., 2013; INCA, 2017). Estes tipos de cânceres somados aos de pulmão e mama feminino correspondem a 54% da incidência de neoplasias malignas nestas regiões menos desenvolvidas (FERLAY et al., 2013).

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estima-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo os tumores de pele não melanomas, é o tipo de câncer que mais afeta as brasileiras e quando estratificado por região só não é o mais frequente na região Norte. Quanto ao câncer de colo uterino o cálculo para o mesmo período é de 16.370 casos novos ao fim do biênio, com um risco estimado de 15,43 a cada 100 mil mulheres, sendo o terceiro entre os cânceres que mais afetam as mulheres no país. Os dados segregados por região revelam o câncer do colo do útero como o primeiro

mais incidente na Região Norte. Nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, ocupa a segunda posição mais frequente. Enquanto, nas Regiões Sul e Sudeste, ocupa a quarta posição (INCA, 2017).

Este levantamento revela maior incidência do câncer de colo uterino nas regiões mais pobres do Brasil. Esta constatação abre precedentes para a discussão sobre os impactos dos determinantes sociais associados à saúde. Eles são categorias de ordem socioeconômica capazes de impactar sobre a equidade em saúde e bem-estar (FILHO *et al.*, 2008). No mesmo sentido, mas usando a categoria raça, dados da *American Cancer Society* (2017) apontam uma maior incidência e mortalidade do câncer de colo uterino em mulheres negras e maior sobrevivência em brancas. Os fatores relacionados são as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Outro ponto que merece destaque em relação aos achados desta pesquisa é a diminuição na incidência do câncer uterino atribuída ao aumento do rastreamento por meio do Papanicolau (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). Corroborando com este resultado, estudo caso controle realizado no Brasil encontrou uma associação positiva entre a não realização do exame preventivo e a presença do câncer. Apenas 30% das portadoras de câncer realizaram o exame, sendo que nenhuma delas haviam guardado o resultado e não lembravam quando haviam feito, enquanto 83,7% dos controles o efetuaram e tinham ciência do resultado (LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006).

O teste Papanicolau é o principal método utilizado no rastreamento do câncer de colo uterino. No SUS ele é feito preferencialmente por profissionais da APS e as recomendações e diretrizes sobre o exame estão disponíveis no Caderno de Atenção Primária de número 13. Ele é preconizado para mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente, na faixa de 25 a 59 anos. Quanto à frequência de repetição do teste, é recomendado que ocorra no intervalo de um ano e depois de dois resultados normais, ele pode ser feito a cada três anos. Entretanto, observa-se no Brasil que mais da metade dos testes são repetições desnecessárias, com intervalos

inadequados, refletindo na cobertura insuficiente da população e na diminuição da efetividade do programa de rastreamento (BRASIL, 2013).

Ainda que existam esses protocolos estabelecidos na APS visando o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino (BRASIL, 2013), autores identificaram limitações em relação ao teste Papanicolau no Brasil. A realidade enfrentada por usuárias e profissionais do sistema de saúde público é marcada pela limitação de acesso ao exame, causada pela indisponibilidade de material, falta de recursos humanos ou por questões administrativas (CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015; SILVA et al., 2018). Este problema implica em diagnósticos tardios, que impactam negativamente neste tipo de neoplasia, uma vez que o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando descoberto em estágios iniciais (INCA, 2017). Desse modo, é de fundamental importância o diagnóstico precoce aliado a ações preventivas e educativas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

O processo educativo na saúde contribui para a prevenção do câncer de colo uterino, uma vez que esta doença é, na maioria dos casos, relacionada aos hábitos de vida. O desenvolvimento deste tipo de carcinoma depende do contágio do Papilomavírus humano (HPV), vírus transmitido principalmente durante relações sexuais desprotegidas (LIMA, PALMEIRA E CIPOLOTTI, 2006). A importância das ações educativas se justifica, também, para promover a disseminação de informações de qualidade para a população. Pesquisa realizada em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, relevou que cerca de 60% dos entrevistados afirmaram desconhecer a existência do vírus HPV (ABREU et al., 2018a).

Outro ponto importante para prevenção é a conscientização da população em relação a vacina quadrivalente disponível no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Existe uma demanda atual voltada para ações de divulgação da vacina, bem como para a sensibilização da população sobre seus benefícios (SILVA et al., 2018; ABREU et al.,

¹ A vacina quadrivalente disponível no SUS protege contra o HPV de baixo risco, tipos 6 e 11, que causam verrugas anogenitais e contra os de alto risco, tipos 16 e 18, causadores do câncer de colo uterino (BRASIL, 2014).

2018a). Estudo qualitativo em uma escola de Pernambuco demonstrou que apesar do conhecimento dos escolares e responsáveis sobre a existência da vacina no SUS, questões culturais prejudicavam a adesão à imunização (SILVA et al., 2018).

Além da importância da APS na prevenção, esse nível de atenção ganha centralidade no rastreamento do câncer. O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, fornece diretrizes para fortalecimento do trabalho de rastreamento que deve ser realizado neste nível de atenção. Entre os pontos abordados, destaca-se a necessidade de capacitação para os profissionais que atuam diretamente com o exame preventivo e de mecanismos para integração entre a APS e os outros níveis de atenção à saúde (INCA, 2011).

Uma das consequências da falta de capacitação, são fluxos desordenados de pacientes na rede de saúde. Farias e Barbieri (2016) em estudo local identificaram que a equipe de saúde da família não utilizava os fluxos definidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde para encaminhamento aos outros níveis de atenção ou para acompanhamento na própria APS. O que prevalecia era um critério subjetivo de análise do exame Papanicolau, baseado nas próprias experiências. As recomendações feitas ao profissional de APS sobre os exames alterados são que em relação a lesões de baixo grau a repetição do preventivo que deve acontecer em seis meses no próprio nível primário, no caso daquelas de grau mais elevado deve ser feito o encaminhamento para a colposcopia (BRASIL, 2010). Quando o profissional toma a decisão sem base nos protocolos as chances de tratamentos inadequados são maiores, acarretando desfechos negativos para a saúde das mulheres e sobrecarga desnecessária para o sistema de saúde.

Quanto à integração da rede, as autoras ressaltaram a falta de elementos para que o sistema de saúde opere de forma compartilhada entre os níveis. Esta fragilidade acarreta em maior dificuldade para a APS acompanhar o seguimento das mulheres diagnosticadas e em tratamento de câncer de colo uterino (FARIAS; BARBIERI, 2016). No mesmo sentido, Silva, *et al.* (2018) identificaram barreiras para que o nível primário desenvolvesse seu papel de coordenação do cuidado na continuidade

assistencial. A falta de envio de contrarreferência por parte dos outros níveis de atenção e a ausência de canais efetivos de comunicação entre equipe de saúde da família e médicos especializados foram ressaltados como empecilhos. A pesquisa revelou também, que na falta de participação do nível primário, o oncologista acaba assumindo a responsabilidade pelas decisões que envolvem o cuidado clínico da mulher.

A falta de integração assistencial compromete a coordenação do cuidado em casos mais complexos, que envolvem um longo período de tratamento e diversos serviços (ALMEIDA et al., 2018). Neste sentido, destaca-se além das ações relativas ao câncer de colo uterino, aquelas voltadas para o câncer de mama. O Caderno de Atenção Primária de número 13, preconiza que para o controle dos tumores malignos nas mamas as atividades intersetoriais são essenciais. Elas têm alto potencial para promover acesso a informações que impactam sobre fatores relacionados ao câncer de ordens não biológicas, associados ao estilo de vida das pessoas, como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal.

Os cuidados em relação ao câncer de mama envolvem a prevenção primária e secundária. A primeira pressupõe a ausência da doença no organismo da pessoa e envolve a adoção de hábitos saudáveis, através da prática regular de atividades físicas, dieta balanceada, consumo moderado de bebidas alcoólicas e controle do peso corporal. Já a prevenção secundária parte da hipótese de que a doença já se iniciou e abrange um conjunto de ações para detectar e tratar o tumor precocemente, aumentando as chances de cura e melhorando a qualidade de vida das mulheres afetadas (SITONIO, 2016).

Para efetivar estes processos preventivos, os profissionais que atuam no nível primário de atenção devem proporcionar à população informações de fácil entendimento, considerando especificidades locais e culturais. Além de serem capacitados para realizarem o rastreamento, que passa pela identificação dos principais sintomas da doença. São eles: o aparecimento de um nódulo, geralmente

indolor, duro e irregular, saída de secreção pelo mamilo, coloração avermelhada da pele da mama, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor ou inversão no mamilo, descamação ou ulceração do mamilo (BRASIL, 2013).

O rastreamento do câncer de mama exige a integração de usuárias, profissionais de APS e redes de atenção da saúde. O principal método para diagnosticar esta neoplasia maligna é o exame de mamografia, sendo que sua realização é recomendada quando os sintomas da doença são observados e para a faixa de 50 e os 69 anos, a cada dois anos. Outros exames de imagem utilizados são ultrassom e ressonância magnética. A participação das próprias usuárias nos processos de identificação da doença é fortemente estimulada, já que o conhecimento sobre a normalidade das próprias mamas permite a percepção de alterações suspeitas. Os profissionais de saúde são orientados a sensibilizar as usuárias a observar e palpar ocasionalmente suas mamas sem periodicidade e técnica padronizadas. Por fim, destaca-se o exame clínico das mamas (ECM) como importante meio para identificar sintomas e rastrear a doença. Na APS o enfermeiro é o profissional responsável pela realização do ECM (INCA, 2017).

As atividades da APS de promoção à saúde e prevenção as doenças são primordiais para diminuição das taxas do câncer de mama, bem como para um direcionamento adequado do tratamento da doença, uma vez que este nível se constitui enquanto porta de entrada preferencial no SUS (TEIXEIRA et al., 2017). Alves, Magalhães e Coelho (2017) ressaltam a importância dada à APS e o crescimento de suas ações no Brasil. A atuação no nível local e centrada nas necessidades da população permite diminuir a desigualdade. No entanto, os autores destacam barreiras de ordem geográficas quanto ao tratamento do câncer de mama na rede. Elas se expressam na acessibilidade aos serviços. Em localidades afastadas dos grandes polos não existe uma estrutura local para a usuária receber a terapia indicada para o câncer de mama. Esta situação implica na necessidade de deslocamento, que muitas vezes são longos percursos, desgastantes para as mulheres debilitadas e sob efeito de medicações.

Oliveira *et al.*, (2011) analisaram o fluxo de pacientes com câncer de mama, atendidas no âmbito do SUS, em todo o país, segundo o tipo de tratamento recebido. Os autores ressaltam que são dois os aspectos que caracterizam as neoplasias malignas como um problema de saúde pública. O primeiro é o aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer. O segundo é uma consequência do primeiro, à medida que desafia sistemas de saúde a promoverem acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença. Destaca-se que as intervenções sobre o câncer de mama exigem uma organização em rede dos diversos serviços de saúde, isso porque, além de se considerar a necessidade de deslocamento, é preciso levar em conta três possibilidades de tratamento. Normalmente a cirurgia de retirada do tumor é a primeira etapa, seguida por tratamentos de aplicações de quimioterapia ou radioterapia. Essa situação levanta a necessidade de organização de uma rede de serviços com referências e contrarreferências bem delimitadas e logísticas estabelecidas.

Mais uma vez, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a APS é responsável por coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados a outros pontos da rede. Entretanto, este nível de atenção ainda enfrenta desafios estruturais e organizacionais para desempenhar essa função. Como ocorre com o câncer de colo uterino, as falhas nos fluxos e contrafluxos do sistema de saúde compromete a articulação entre os pontos de atenção primária, secundária e terciária (GOLDMAN *et al.*, 2019).

Portanto, fortalecer a APS para que ela desempenhe seu papel estruturante no sistema de saúde é essencial para melhores resultados nas ações de saúde voltadas para o câncer de mama e o de colo uterino. Para Filho *et al.*, (2008) o trabalho de prevenção ao câncer depende da compreensão da etiologia complexa que envolve os fatores de risco da doença, sendo de origem social, econômica, genética e molecular.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como são as práticas de coordenação do cuidado na APS efetuadas para a abordagem da gravidez e dos cânceres de colo uterino e de mama.

3.2 Objetivos específicos

1. Compreender a realização das práticas de coordenação do cuidado desempenhadas pela equipe de Estratégia Saúde da Família (eSF) para a abordagem da gravidez, do câncer de colo uterino e mama na Atenção Primária à Saúde (APS).
2. Compreender a percepção da eSF quanto às práticas de coordenação no âmbito da gravidez de alto risco gestacional e cânceres de colo uterino e mama quando os usuários são transferidos para outros níveis de atenção (atenção secundária e terciária).
3. Conhecer especificidades locais que interferem na coordenação do cuidado.
4. Conhecer as estratégias e desafios existentes na APS que afetam o trabalho de coordenação do cuidado.

4. MÉTODO

O presente estudo faz parte do projeto denominado: Avaliação das equipes de atenção básica de acordo com domínios do atributo Coordenação do cuidado: estudo qualitativo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ-AB 2º ciclo do Ministério da Saúde. O objetivo desse projeto foi compreender a coordenação do cuidado por meio da etnometodologia. Para isso, algumas condições foram exploradas, dentre elas a gravidez e os cânceres de mama e de colo de útero.

Desse modo, nesta dissertação foram analisados os resultados referentes a esses grupos. Quanto aos municípios participantes, foram três no total. Dois deles da região Centro-Oeste, sendo um deles uma capital e o outro um município de médio porte. E, por fim, o terceiro município participante, é classificado como de pequeno porte, pertencente ao Norte do Brasil.

Nessas cidades foram realizados grupos de discussões (GD) com profissionais de equipes de saúde da família (eSF) e entrevistas em profundidade com Secretários de Saúde e Coordenadores de Atenção Primária à Saúde municipais.

Os grupos e as entrevistas foram gravados com o consentimento dos participantes, depois foram transcritos e analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2004) e os domínios de coordenação do cuidado de McDonald *et al.*, (2014).

4.1 Contexto do estudo

O projeto “Avaliação das equipes de atenção básica de acordo com domínios do atributo Coordenação do cuidado: estudo qualitativo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ-AB 2º ciclo” foi uma parceria do Ministério da Saúde e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O propósito foi aprofundar a compreensão da qualidade do atributo coordenação do cuidado na Atenção Primária de Saúde (APS) através de pesquisa científica qualitativa, a partir dos dados produzidos e analisados na avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo.

O presente estudo se apresenta enquanto um recorte dessa pesquisa realizada, focalizando a coordenação do cuidado no que tange a gravidez, o câncer de colo uterino e de mama a partir da análise do material das regiões Norte e Centro-Oeste.

4.2 Municípios selecionados

O processo de seleção dos municípios seguiu duas etapas, uma referente ao projeto de pesquisa e a outra desenvolvida para a dissertação em questão.

4.2.1 Primeira etapa de seleção

O universo do projeto - Avaliação das equipes de atenção básica de acordo com domínios do atributo Coordenação do cuidado: estudo qualitativo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ-AB 2º ciclo - foi o conjunto de municípios que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB 2º ciclo, que ocorreu entre 2013 e 2014.

Para seleção das equipes a serem avaliadas foram utilizados dois critérios: um oriundo de análise espacial das equipes de saúde avaliadas pelo PMAQ-AB 2º ciclo, de acordo com a sua certificação (muito acima da média, acima da média ou regular, abaixo da média), realizada por Abreu *et al.*, (2018b), e outro oriundo de um índice baseado na certificação das equipes na categoria coordenação do cuidado.

- Certificação das equipes e análise espacial

O estudo realizado por Abreu *et al.*, (2018b), teve como objetivo caracterizar e identificar a presença de padrões espaciais na distribuição das equipes de Atenção Básica em Saúde (ABS), avaliadas pelo PMAQ-AB 2º Ciclo, de acordo com as categorias de desempenho para certificação no Programa. Foi criado um indicador municipal de atenção básica que considerou variáveis sobre gestão municipal, estrutura e condições de financiamento, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção, acesso, utilização e participação do usuário, bem como a nota da certificação obtida pelas equipes.

A certificação das equipes foi realizada por processo tripartite que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A classificação das equipes na certificação segue categorias em relação ao desempenho das equipes de seu estrato. O estrato é uma categorização realizada pelo Ministério da Saúde que se refere ao conjunto de municípios agregados entre si de acordo com indicadores sociais, econômicos e demográficos, com o objetivo de assegurar maior equidade na comparação das EAB no processo de certificação.

As categorias de classificação são: Muito acima da média – a equipe ficou com o desempenho ótimo em relação às equipes do seu estrato; Acima da média – a equipe ficou com o desempenho bom em relação às equipes do seu estrato; Mediano ou abaixo da média – a equipe ficou com o desempenho regular em relação às equipes do seu estrato; e Insatisfatório – equipes desclassificadas pelo não cumprimento dos compromissos mínimos assumidos no momento da adesão. Houve também equipes excluídas do programa. Neste caso, os critérios de exclusão foram: equipes que se recusaram a ser avaliadas; sem profissional de nível superior para responder a avaliação externa no momento da entrevista; ou quando o gestor municipal desistiu de participar da avaliação externa para a equipe contratualizada.

Uma vez construído o indicador da ABS, a distribuição espacial do mesmo foi analisada por meio de um mapa temático que permitiu uma primeira análise espacial da distribuição da qualidade das equipes. Posteriormente, foi utilizada a análise por meio de indicadores locais de autocorrelação espacial LISA – *Local Indicator of Spatial Autocorrelation* para identificar a presença do espaço como variável relevante no indicador municipal da ABS. Assim, foi possível comparar os valores de uma variável numa dada área com os valores encontrados em seus vizinhos. Os indicadores locais de autocorrelação espacial permitiram a identificação de quatro agrupamentos ou clusters (ABREU et al, 2018b):

- Alto/Alto: equipes com valores acima da média, com vizinhança também acima da média;

- Baixo/Baixo: equipes com valores abaixo da média, com vizinhos na mesma situação;
- Alto/Baixo: equipes com valores acima da média, com vizinhos abaixo da média;
- Baixo/Alto: equipes com valores abaixo da média cercadas por valores altos.

Os principais resultados desse estudo apontam para diferenças entre as regiões brasileiras. Na região Norte, há um aglomerado de municípios de padrão Baixo-Baixo, ou seja, municípios com valor baixo no indicador cujos vizinhos também apresentam nível baixo – que ocupa parte importante dos estados do Acre, do Amazonas, de Roraima e do Amapá. Em Rondônia, é interessante observar que, além do aglomerado de padrão Baixo-Baixo, há também uma concentração importante de municípios com classificação entre as mais altas com vizinhos de classificação baixa.

O aglomerado mais extenso de municípios de padrão Alto-Alto é observado em, praticamente, todo o estado de Santa Catarina. Na região central de Minas Gerais e no oeste de São Paulo, observam-se, também, aglomerados de padrão Alto-Alto, bem como no noroeste do Rio Grande do Sul. Há, também, dois aglomerados de padrão Alto-Alto no centro e no leste do Piauí. Ou seja, esses aglomerados indicam a presença de municípios com valor alto no indicador de avaliação da ABS cujos vizinhos também tiveram desempenho superior. No norte do Rio de Janeiro e no sul do Espírito Santo, destaca-se a presença de um aglomerado de municípios de padrão baixo-baixo. A presença dos referidos aglomerados indica que há padrões de natureza espacial que influenciam o valor do indicador do PMAQ-AB nos municípios brasileiros (ABREU et al, 2018b).

- Nível de coordenação do cuidado

Após a escolha dos municípios, utilizamos o índice de coordenação do cuidado para a seleção das equipes que irão participar da pesquisa qualitativa. Foram selecionadas duas equipes por município, uma com ALTO e a outra com BAIXO índice de coordenação. A construção desse índice se deu a partir de banco de dados contendo as EAB avaliadas pelo PMAQ-AB 2º ciclo. Foram selecionadas subdimensões e variáveis que compõem o instrumento de avaliação externa do PMAQ 2º ciclo que avalia as EAB, módulo II e identificam as atividades de coordenação do cuidado realizadas pelas equipes avaliadas. São elas: Ações da Gestão para Organização do

Processo de Trabalho da Equipe; Acolhimento à Demanda Espontânea; Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica; Apoio matricial; Atenção à pessoa com deficiência; Atenção à pessoa com obesidade; Condições de Saúde Mental; Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade; Educação Permanente; Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica; Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde; Padrões de implantação do e-SUS; Perfil da equipe NASF; Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica; População de Referência da Equipe de Atenção Básica; Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio.

Em cada região do Brasil dois municípios foram selecionados, sendo um dentro do cluster alto-alto e outro do baixo-baixo, exceto na Região Norte onde somente existem municípios dos clusters baixo-baixo, somando o total de 09 municípios. Em cada um desses municípios, foram selecionadas duas equipes, uma com ALTO e a outra com BAIXO índice de coordenação (SANTOS et al., 2020). No entanto, é preciso esclarecer que o presente estudo não analisou de modo comparativo as equipes por esse índice de coordenação, uma vez que durante a coleta de dados os participantes mostraram processos comuns independente da classificação entre alto ou baixo valor de coordenação.

4.2.2 Segunda etapa de seleção

Dentre os 09 municípios visitados pelo projeto, foram selecionados 03 para compor o presente estudo. Este segundo momento de seleção se justifica pela natureza da análise qualitativa. Para que o aprofundamento crítico seja alcançado se faz necessário delimitar unidades de análise menores. Contudo, buscando a compreensão de realidades diferentes, os municípios selecionados apresentam características distintas, sendo dois da região Centro-Oeste e um da Norte:

QUADRO 1: Municípios do estudo segundo dados do IBGE

Municípios ²	População Estimada (2020)	IDHM (2010)
Capital do Centro-Oeste	618.124	0,785
Município do interior do Centro-Oeste	53.259	0,720
Município do interior do Norte	10.420	0,589

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Portal Cidades

As informações do quadro anterior são para contextualizar o leitor sobre algumas diferenças sociodemográficas entre as cidades. A Capital possuía melhores indicadores sociais, representados pelo IDHM. Enquanto o município do interior do Centro-Oeste se enquadra como uma cidade de médio porte e o município do interior do Norte é enquadrado pelo IBGE como de pequeno porte, com um IDHM mais baixo.

Ainda no intuito de caracterizar os municípios, o quadro 3 apresenta dados sobre a estrutura da Atenção Primária à Saúde.

QUADRO 2: Municípios do estudo segundo estrutura de Atenção Primária à Saúde, 2019

Municípios	Nº Estabelecimentos de APS	Nº Equipe de Saúde da família	Indicador de APS*
Capital do Centro-Oeste	641	98	Baixo
Município do interior do Centro-Oeste	33	22	Alto
Município do interior do Norte	07	05	Baixo

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2019.

*Segundo análise espacial de Abreu *et al.* (2018b).

Em relação a estruturas de APS, a Capital acumula o maior quantitativo quando comparado aos outros municípios. A mesma relação ocorre em relação ao número de equipes da ESF. No entanto, quando realizado um cálculo simples para estimar a cobertura populacional da estratégia (quantidade de equipes x 3000 / população total), a Capital do Centro-Oeste apresenta o menor percentual. Considerando a cobertura ideal de 3.000 usuários por equipe, as 98 eSF da capital conseguiriam

² Em respeito ao Código de Ética em pesquisa os nomes dos municípios não foram citados ao longo do texto.

alcançar aproximadamente 47,6% da população. Enquanto os outros dois municípios possuíam um quantitativo de equipes suficiente para uma cobertura de 100% (dados não apresentados no quadro). Por fim quanto ao indicador de APS dois dos municípios apresentaram baixo indicador de APS, enquanto o interior do Centro-Oeste se destacou por um alto indicador.

Desse modo, as distintas composições sociais, de porte municipal e estruturais revelam contextos específicos, que podem guardar semelhanças e diferenças para o trabalho de coordenação do cuidado pela APS.

4.3 Abordagem qualitativa

A escolha pela abordagem mais adequada em estudos científicos depende de uma série de fatores, como custo, tempo para realização e objetivo do estudo. Denzin e Lincoln (1998) sistematizaram algumas diferenças fundamentais entre a natureza de abordagens quantitativas e qualitativas. Os estudos quantitativos enfatizam análises estatísticas e relações causais em populações, baseados em um paradigma explicativo. O qualitativo se depreende sobre os processos que envolvem o fenômeno em uma escala local, ancorado no paradigma interpretativo, buscando-se compreender as ações dos sujeitos levando em consideração o seu próprio ponto de vista.

Esse desafio de trazer a perspectiva de outro grupo social requer um aprofundamento do pesquisador no sentido de ampliar a percepção para além do fenômeno estudado, considerando também o contexto em que ele se insere. Desse modo, estabelecer contato com esses sujeitos pode ser uma oportunidade de perceber a relação que eles estabelecem com a vida social e a visão que constroem dela. Assim, Oliveira (2006) destaca a importância fundamental da interação para trabalhos de campo. O autor coloca que a relação entre pesquisador e pesquisado precisa ser construída tendo como base o estabelecimento de confiança. Segundo o autor, a confiança é um ponto crucial em entrevistas para que o diálogo ocorra da forma mais natural possível. O trabalho de campo é um resultado intersubjetivo de uma relação dialógica, funcionando como um espaço de saberes compartilhados entre diferentes sujeitos.

Dessa forma, o pesquisador tem um papel notável na interação, bem como na condução da pesquisa diante de percalços próprios do trabalho de campo. Minayo (2010) reflete que em estudos de natureza qualitativa o pesquisador deve desenvolver uma sensibilidade capaz de capturar o essencial para os objetivos da pesquisa, sem deixar de perceber o fundamental para os sujeitos. Esse exercício é indispensável para alcançar a densidade nesses estudos. Segundo a autora, a contribuição da abordagem qualitativa na área da saúde reside na capacidade de retratar em profundidade fenômenos de saúde e doença, considerando a carga histórica, cultural, política, ideológica e social e a relação que estabelecem com as instituições, os serviços, profissionais e usuários.

Portanto, no presente estudo a abordagem qualitativa foi adotada por meio da etnometodologia. Buscando conhecer por meio do relato dos profissionais como a coordenação do cuidado acontece nos casos de gravidez, câncer de colo uterino e de mama.

4.3.1 O olhar da etnometodologia

A etnometodologia é uma corrente da sociologia americana que surgiu nos anos 1960 com o foco voltado para a compreensão das ações da vida cotidiana. O precursor deste movimento foi Harold Garfinkel com a publicação de *Studies in Ethnomethodology* (1967), obra que reúne pesquisas realizadas ou orientadas por ele (OLIVEIRA E MONTINEGRO, 2012). O autor teve como ponto de partida para seus estudos a teoria da ação social parsoniana. Ele foi influenciado também pela fenomenologia de Schutz e o interacionismo simbólico da Escola de Chicago (COULON, 1995).

Para Parsons (1955) as ações dos atores sociais são motivadas por modelos normativos que preexistem ao indivíduo. Desta forma, quando a pessoa nasce aprende e interioriza um conjunto de regras de conduta e comunicação, que estabelecem como ela vai interagir com o meio ambiente e a comunidade. Garfinkel (2018) retoma essa discussão, no entanto, apresentando uma ruptura quando propõe o paradigma interpretativo para a compreensão da ação social. A partir desse novo ponto de vista a relação entre ator e situação é produzida por processos de

interpretação perante a interação. Os conteúdos culturais e as regras estão presentes e influenciam o ator, no entanto ele interage com elas ao interpretá-las e modificá-las de acordo com a situação (COULON, 1995).

A influência da fenomenologia se concretiza no interesse primordial pela realidade social. Schutz elege enquanto realidade social o conjunto de eventos da vida cotidiana que são compartilhados por diversas pessoas. São os atos rotineiros que ocorrem de forma habitual e são naturalizados pelo senso comum. Este processo aparentemente natural revela o objeto da pesquisa fenomenológica e etnometodológica. Para ocorrer a interação os atores interpretam constantemente suas próprias ações e as dos outros. Desta forma, o mundo social é estabelecido enquanto intersubjetivo por duas idealizações: a possibilidade que os indivíduos têm de trocar de ponto de vista entre eles e a suposição que todas as pessoas presentes possuem as mesmas razões e interesses na interação (COULON, 1995).

Por fim, o interacionismo simbólico exerceu uma importante contribuição para esta corrente sociológica. O interesse do pesquisador deve ser o ponto de vista dos atores sociais. Os interacionistas apoiam-se na ideia de que os objetos sociais são construídos durante as interações, definidas por uma natureza temporária e negociável. Portanto, devem ser reconstruídas continuamente para interpretação do mundo. É através do sentido que as pessoas atribuem aos objetos, às situações, aos símbolos que os cercam, que constroem o mundo social. A concepção que os indivíduos constroem do mundo social é o objeto essencial da pesquisa sociológica (COULON, 1995).

É neste contexto que Garfinkel estabelece as bases da etnometodologia, que consiste na compreensão dos métodos empregados pelos atores na produção de ações da vida cotidiana. Na literatura da área são destacados conceitos essenciais para a etnometodologia. São eles: prática/realização, indiciabilidade, reflexividade, *accountability* e a noção de membro (COULON, 1995; GUESSER, 2003).

Prática/realização, consiste no estudo dos métodos utilizados pelo indivíduo para atribuir sentido e ao mesmo tempo realizar ações diárias. A realidade social é constantemente criada pelos atores e as regras são atualizadas durante esse processo (COULON, 1995).

Quanto a indiciabilidade é um termo técnico traduzido para explicar a ligação existente entre uma palavra e a situação em que se insere, a ação social ganha significado no contexto. Desta forma, uma interação provém de fatores contextuais que são inseparáveis para sua compreensão (COULON, 1995).

A reflexividade é a capacidade que o indivíduo tem de analisar de forma racional suas práticas, o que para ele é algo natural, que pode ser observado por outros membros e é de interesse do pesquisador (COULON, 1995).

A *accountability* possui a racionalidade e reflexividade como características essenciais. A análise etnometodológica é sobre as atividades cotidianas e os métodos usados pelos membros para relatá-las. Neste sentido, a *accountability* é como um grupo utiliza referências e significados internos para formular uma descrição de suas ações cotidianas (COULON, 1995).

A noção de membro se refere a um conjunto de modos de agir, métodos e atividades adotadas pelo indivíduo que dão a ele a capacidade de inventar dispositivos para dar sentido ao mundo. Membro é alguém que por um conjunto de competências é reconhecido e aceito por outros (COULON, 1995).

Desta forma a etnometodologia tem como fenômeno fundamental a realidade objetiva de fatos sociais cotidianos, reconhecidos perante a relação que estabelecem com o contexto em que ocorrem, ou seja, pela indissociabilidade das explicações indexicais, ou seja contextualizadas. Estas atividades diárias são reconhecíveis pelos membros que a desempenham, portanto são possíveis de serem relatadas e observadas. Neste sentido, o foco da etnometodologia é a relatabilidade racional das ações práticas

cotidianas, que ocorrem de forma continuada, como uma sequência de eventos (GARFINKEL, 2017).

Guessser (2003) define que durante o processo de conversação quando as pessoas elaboram suas narrativas sobre o cotidiano revelam a construção que fazem do mundo e a posição de suas experiências e atividades, assim é possível identificar o raciocínio prático empregado nas ações cotidianas. Neste sentido, grupos de discussões e entrevistas em profundidade são oportunidades para realização de análises guiadas pela perspectiva dos próprios participantes, seguindo assim uma direção de pesquisa mais reflexiva (GUESSER, 2003).

No presente estudo buscou-se por meio do discurso dos profissionais entender as estratégias e ações que refletem na coordenação do cuidado nos casos de gravidez, câncer de colo uterino e de mama, levando em consideração a perspectiva de trabalhadores das equipes de saúde da família e de gestores municipais de três cidades brasileiras.

4.4 Roteiros semiestruturados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados nos grupos de discussão (GD) e entrevistas em profundidade (EP) foram construídos com base nos domínios de coordenação do cuidado de McDonald (2014).

QUADRO 3: Domínios do atributo Coordenação do Cuidado segundo o Atlas de Coordenação do Cuidado, 2014

Domínios da Coordenação do Cuidado
Estabelecer ou negociar responsabilidades
Comunicar (comunicação interpessoal, transferência de informação)
Facilitar transições
Avaliar as necessidades e objetivos

Criar um plano proativo de atendimento
Monitorar, acompanhar e responder às mudanças
Apoiar os objetivos de autocuidado
Utilização de recursos da comunidade
Alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população

Fonte: Adaptado de MCDONALD et al., 2014

Os roteiros (disponíveis na seção apêndice do presente estudo) foram organizados segundo os domínios citados e elaborados no formato semiestruturados. Com questões principais a serem exploradas dentro da temática, deixando espaço para que os participantes colocassem pontos que consideravam relevantes no contexto em que estavam inseridos (GASKELL, 2013). Foram utilizados três roteiros, sendo um para a EP com os secretários de saúde, outro para EP com os coordenadores de atenção básica e por fim um roteiro para o GD com equipes de saúde da família.

De modo geral os roteiros foram elaborados para que os participantes refletissem sobre situações práticas do trabalho, explorando quais os procedimentos adotados para coordenar o cuidado na APS, no caso do presente estudo foram exploradas as ações diante de casos de gravidez e cânceres de mama e de colo uterino. Nesse sentido, a coordenação do cuidado foi abordada em duas dimensões. A primeira referiu-se às ações na própria APS: organização de processos de trabalho, acompanhamento das usuárias, utilização de recursos da comunidade e ações envolvendo a usuária e a família no plano de cuidado.

E a segunda dimensão foi sobre como as equipes de saúde trabalham para organizar e coordenar o cuidado para os pacientes que necessitam de atendimento em outros níveis de atenção, verificando como se dava a transferência de usuárias e informações ao longo da rede, buscando compreender como acontecia a comunicação e qual o grau de formalização desses processos.

Importante destacar que todos os instrumentos passaram por pré-teste e sofreram modificações até chegarem à versão final. Durante essa fase, foi identificado uma multiplicidade de concepções acerca do conceito de coordenação do cuidado. Dessa forma, reconhecendo a diversidade de conceitos na literatura e como uma maneira de unificar a compreensão dos participantes sobre esse atributo foi inserido como introdução aos roteiros uma breve definição de coordenação do cuidado à luz de McDonald *et al.*, (2014).

4.5 Coleta de dados

Conforme mencionado, foram realizados grupos de discussão (GD) e entrevistas em profundidade. Ao total foram 05 GD com os profissionais das equipes de saúde da família, 06 entrevistas com secretários de saúde e 06 com coordenadores de APS dos municípios. A decisão entre entrevistas qualitativas do tipo individual ou grupal depende, sobretudo, do objetivo do pesquisador.

A entrevista individual é adequada para explorar em profundidade assuntos mais sensíveis ou que envolvem uma perspectiva individualizada (GASKELL, 2013). Desse modo, as EP foram utilizadas para coordenadores de Atenção Primária à Saúde e secretários municipais de saúde. Tendo em vista o cargo de responsabilidade desses sujeitos perante a gestão e a atribuição de tomada de decisões estratégicas que possuem.

Já o grupo de discussão (GD) é mais adequado quando envolve um número maior de entrevistados e há um interesse em estabelecer interação entre os participantes. De modo geral o grupo se caracteriza por um debate aberto e acessível a todos, sendo os assuntos de interesse comum (GASKELL, 2013). Levando-se em consideração o objetivo de compreender a coordenação do cuidado realizada pela equipe multiprofissional de saúde da família e considerando que o trabalho da eSF ocorre de forma interprofissional, o grupo de discussão (GD) foi escolhido como forma de resgatar a dinâmica habitual de trabalho.

- Entrevistas com Gestores e coordenadores de APS

Nos três municípios estudados as entrevistas com os secretários de saúde ocorreram conforme previsto. Contaram com a presença exclusiva dos gestores, em ambiente isolado. Nas cidades do Interior do Centro-Oeste e do Norte o cargo era ocupado por mulheres, que estavam há mais de um ano na função. Na capital do Centro-Oeste quem participou foi o Secretário Adjunto de Saúde, uma vez que a prefeitura estava passando por um momento transitório, ele estava no cargo há pouco menos de um ano.

No que diz respeito às entrevistas em profundidade com as coordenadoras, todas as respondentes foram mulheres. Nas duas cidades do Centro-Oeste participaram duas coordenadoras por entrevista, pois a função era compartilhada.

- Grupos de discussão com a equipe de saúde da família

Os GD foram programados para que houvesse presente duas equipes de saúde da família, uma avaliada como alta coordenação e outra como baixa de acordo com os dados do PMAQ-AB 2º ciclo. De cada uma das equipes foram selecionados cinco participantes, sendo um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem, dois(duas) agentes comunitários (as) de saúde. No entanto, conforme recorrente em pesquisas dessa natureza, os grupos ocorreram com alterações no modelo proposto.

Nos grupos da Capital do Centro-Oeste as mudanças foram pequenas, a composição da equipe foi mantida e os GD ocorreram nas unidades de trabalho dos profissionais. Já no grupo que ocorreu no município de Interior as alterações foram maiores, participaram representantes de três equipes diferentes que trabalhavam em unidades distintas. Ainda que o grupo não tenha ocorrido conforme o desenho inicial da pesquisa, todas as categorias profissionais da eSF estavam presentes e por se tratar de um município de interior as realidades eram compartilhadas por todos.

No município de Interior do Norte um dos grupos aconteceu com apenas uma equipe e sem a presença do médico que havia faltado no dia, a recepcionista o substituiu. O outro manteve a composição, ambos ocorreram nas UBS onde as equipes atuavam.

Foi adotado como procedimento preliminar padrão para todos os grupos e entrevistas a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste momento era informado que a conversa era gravada e que não haveria identificação de nomes dos profissionais e dos municípios nos materiais produzidos pela pesquisa.

4.6 Análise do material

Todos os grupos e entrevistas foram transcritos e revisados pelos pesquisadores responsáveis. A análise do material foi realizada em fases cronológicas (BARDIN, 2004), incorporando a etnometodologia e a coordenação do cuidado. Nesse sentido, as categorias foram construídas de acordo com o relato dos profissionais de APS acerca das práticas cotidianas para coordenar o cuidado de usuárias gestantes ou com câncer de mama e colo de útero. A primeira fase da análise foi a pré-análise, foram realizadas leituras flutuantes, procurando uma compreensão do todo.

Na segunda fase o material foi explorado na intenção de identificar categorias semelhantes. Para isso, os conceitos da etnometodologia e coordenação do cuidado foram utilizados para compreender a prática relatada. Os participantes dos grupos e entrevistas (gestores e profissionais da eSF) como membros de grupos sociais compartilham uma linguagem comum, que utilizam para verbalizar o cotidiano, compreendido de forma contextualizada (GARFINKEL, 2018; COULON, 1995). Neste sentido, a análise teve como ponto de partida a prática diária da coordenação do cuidado descrita pelos profissionais e a partir deste relato os fazeres foram relacionados às dimensões do atributo definidas por McDonald *et al.*, (2014).

Por fim, a última fase da análise foi a interpretação dos resultados (BARDIN, 2004). Chegando a três grandes categorias: coordenação do cuidado dentro da APS; coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção; desafios e estratégias para coordenação do cuidado.

- Coordenação do cuidado dentro da APS

Se destacaram ações desenvolvidas de forma concentrada na APS, sem que os profissionais necessitassem de forma direta dos serviços nos outros níveis

assistenciais. Prevaleceram atividades de monitoramento, acompanhamento, educação em saúde e planejamento.

- Coordenação do cuidado entre APS e a rede de atenção

Foram observados os processos que necessitavam de uma interação constante entre os profissionais de APS e aqueles em outros níveis assistenciais, com destaque para a relação com especialistas. Esta categoria foi subdividida em duas: Processos de encaminhamento para especialistas e exames e Comunicação entre APS e outros níveis de atenção.

Processos de encaminhamento para especialistas e exames: emergiu o processo de encaminhamento para realização de exames e consultas com especialistas. Os participantes relataram como o processo acontecia e quais as dificuldades inerentes.

Comunicação entre APS e outros níveis de atenção: foi descrita a forma como se estabelece a comunicação entre níveis de atenção. Com destaque para o processo de referência e contrarreferência. E mencionado, também, o meio de armazenamento das informações referentes aos pacientes.

- Desafios e estratégias para coordenação do cuidado

Nesta categoria emergiu os principais desafios e as estratégias utilizadas pela APS para alcançar a coordenação do cuidado na perspectiva dos gestores, profissionais das equipes e coordenadores de APS.

As duas primeiras categorias acima se referem a processos de trabalho e organização dos serviços, portanto foram organizadas de forma a trazerem algumas informações gerais e as especificidades quanto aos casos de gravidez de alto risco e cânceres de mama e de colo de útero. Já a terceira categoria, diz respeito aos desafios e estratégias da APS para coordenar, portanto não se limita especificamente aos agravos explorados. No entanto, foi essencial para compreensão contextual, contribuindo para compreensão das realidades expostas nas outras categorias de análise.

4.7 Aspectos éticos

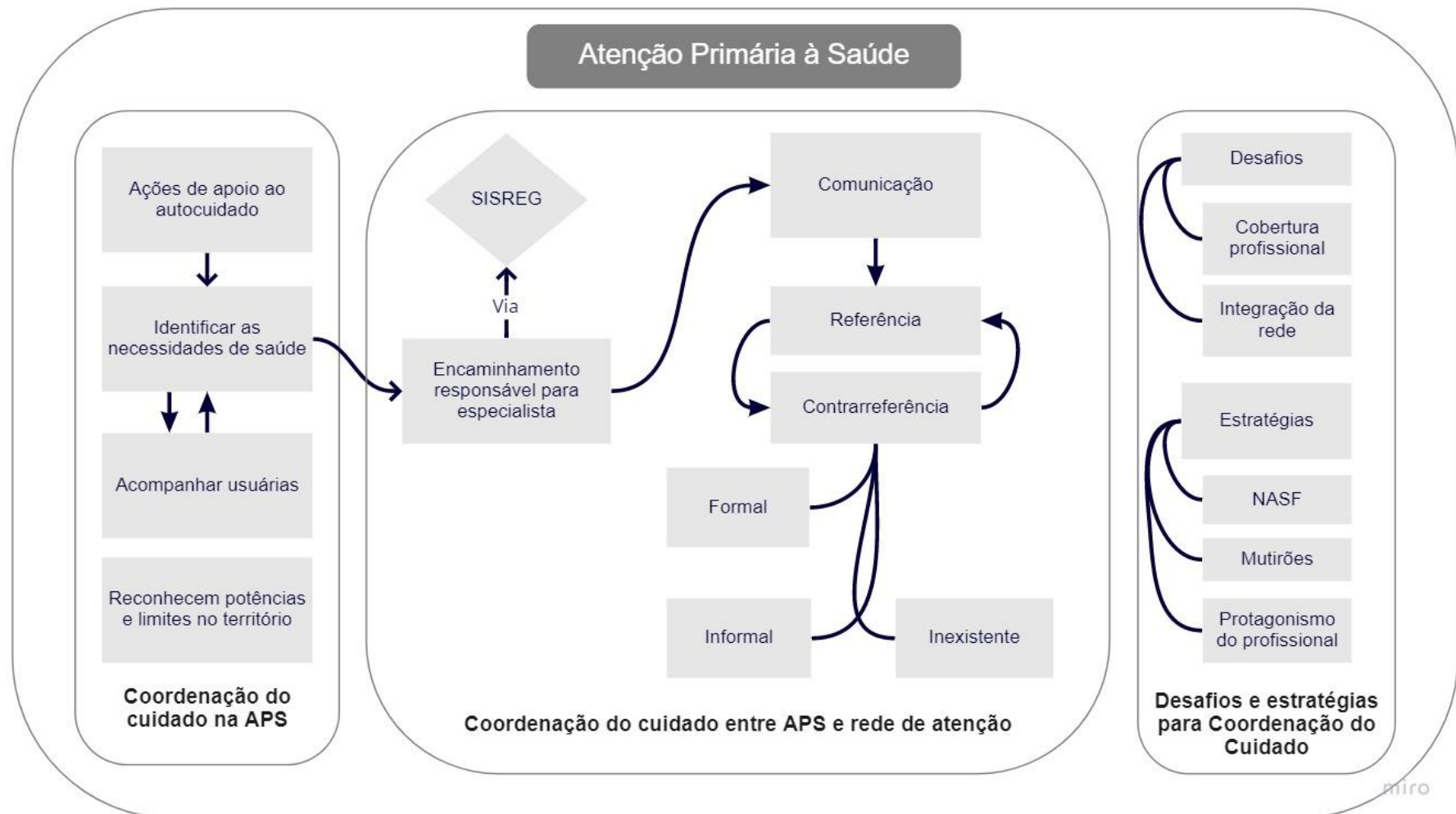
O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Minas Gerais, em 06/02/2019, registro nº 3.135.011, cumprindo os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Por fim, todos os nomes dos profissionais e municípios foram ocultados, permanecendo apenas o cargo e uma breve descrição para diferenciar as cidades, como Capital Centro-Oeste, município de Interior do Centro-Oeste e município de Interior do Norte. Os trechos que trazem nomes de hospitais ou cidades foram substituídos por [] com algum esclarecimento para proporcionar entendimento ao leitor.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo foi organizado de acordo com as três categorias analíticas: Coordenação do cuidado dentro da APS, Coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção e Desafios e estratégias para coordenação do cuidado. O fluxograma a seguir representa os principais resultados de forma esquemática:

IMAGEM 1: Fluxograma de resultados



5.1 Coordenação do cuidado dentro da APS

As ações de coordenação do cuidado que ocorrem na APS envolvem a capacidade dos profissionais em assistir os usuários de acordo com suas necessidades, de forma organizada e com responsabilização (MCDONALD et al., 2014; ALMEIDA et al., 2018). No presente estudo, os domínios da coordenação do cuidado, conforme identificados por McDonald *et al.*, (2014), foram identificados no trabalho interno das equipes de saúde da família para a atenção à gestação e aos cânceres de mama e colo de útero. No entanto, é preciso pontuar que houve uma densidade maior de informações referentes aos processos que envolviam a gestação do que aqueles sobre os cânceres. Essa situação pode ser explicada pela consolidação do pré-natal na atenção básica, sendo uma rotina já estabelecida dentro das equipes de saúde da família (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

- Gestação

Em todos os três municípios os participantes da pesquisa demonstraram domínio sobre as normativas do Ministério da Saúde para assistência a gestante:

...a primeira conduta é o Beta HCG, para confirmar ou uma ultrassonografia, o que for mais em conta para ela naquele momento. E aí elas são encaminhadas para fazer os exames, e retornam geralmente, aquele que reclama de atraso é sempre gravidez, aí já vamos partir para primeira consulta de gestação, pedir todos os exames do primeiro trimestre, realizar teste rápido naquele momento, todas as orientações necessárias já na primeira consulta, encaminhar para exames, já com data já agendada para retorno. (Enfermeira – Interior do Norte)

Assim as gestantes, por exemplo, como é protocolo, a primeira consulta, "ah estou gestante..." já vai e já agenda para enfermeira. Atendemos, fazemos a primeira conduta que é a solicitação de exames, teste rápido, ultrassom, suplemento de ferro, assina todo. Fazemos toda uma conduta do pré-natal. Aí essa consulta já sai com a próxima consulta agendada para o próximo mês. Até 36 semanas, consultas mensais. (6 consultas, começando do terceiro mês). Passou de 36, quinzenais, 37, semanais (2 consultas +/-). Então assim, ou às vezes ela vem duas, três vezes na semana. Vai depender da demanda dela. (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

Agora, alguma gestante que chegou, não tem o... "tô com suspeita de gestação", não tem o exame que comprove, a gente solicita o exame, e esse exame é liberado como prioridade no sistema, ela já faz esse exame, já agenda uma consulta já de imediato, comprovou a gestação, ela entra nesse fluxo. As consultas são realizadas mensais, no primeiro e segundo trimestre, depois ela passa a ser quinzenal, e depois semanal, até o momento do parto... (Médico – Interior do Centro Oeste)

É interessante observar como os discursos se assemelham nas diferentes localidades. Logo que comprovada a gestação as mulheres entravam em um fluxo que envolvia a solicitação de exames e um acompanhamento frequente na APS. Do ponto de vista da coordenação do cuidado, o estabelecimento de protocolos clínicos bem definidos e a utilização dos mesmos, facilita a capacidade que a APS tem em coordenar. Isso porque esses documentos orientam quanto a procedimentos e estabelecem diretrizes para encaminhamento, diminuindo o risco de processos inadequados (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Ainda, em destaque nas falas acima, percebe-se uma estratégia importante para manutenção do seguimento da assistência pré-natal (APN), que é a marcação de consultas periódicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, continuidade e coordenação do cuidado são conceitos interligados, à medida que o usuário consegue acessar os serviços de saúde em tempo oportuno, a capacidade de coordenar seu percurso aumenta (WHO, 2018). Além de que, no caso da APN, o contato constante entre profissional e gestante possibilita a construção de uma relação de confiança, facilitando um atendimento pautado pela integralidade e voltado para as necessidades e preferências da usuária (WHO, 2018). Quando o cuidado é ofertado de modo a compreender os contextos e trajetória dos sujeitos, eles tendem a aderir melhor ao tratamento e alcançar resultados positivos (WHO, 2018).

Para que esse relacionamento seja estabelecido, a definição de responsabilidades se faz necessária. No presente estudo, os profissionais reconheciam a responsabilidade que possuíam na assistência pré-natal (APN):

Então assim, se eu tenho alguma dúvida se olhei um resultado "doutora Carol, esse ultrassom aqui está assim, dá uma olhadinha", a gente tem essa conversa. Então assim, quando sai da minha sala, para ir para sala da doutora, a gente já está com todos aqueles protocolos realizados. Já sai com o toque, mas o teste rápido, é muito raro, a gente não ter. Então sempre, toda consulta a gente faz. Primeiro, segundo, terceiro, e quando necessário então... (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

É só enfermeiro mesmo, o nosso pré-natal é só enfermeiro, a gente sabe que o normal seria enfermeiro/médico, mas aqui não é assim... Só se tiver alguma coisa muito grave que não posso tratar, aí a gente encaminha pro médico, do contrário é nós mesmo. (Enfermeiro – Interior do Norte)

McDonald *et al.*, (2014) estabelecem que os responsáveis pelo cuidado devem ter clareza de suas responsabilidades no processo do cuidado e no caso da APN médicos e enfermeiros mostraram ciência de suas atribuições. Foi perceptível nos discursos a presença da enfermagem no pré-natal. No Interior do Norte essas consultas eram realizadas praticamente de forma exclusiva por enfermeiras(os), enquanto nas duas cidades do Centro-Oeste as consultas eram intercaladas entre enfermeiros e médicos. Ramos *et al.*, (2018) identificaram em estudo realizado com enfermeiros que eles reconhecem enquanto parte de sua rotina as consultas de pré-natal, foram identificadas ações como preenchimento da caderneta da gestante e identificação e encaminhamento em casos de alto risco.

É estabelecido por meio de legislações e pela literatura acadêmica o papel da enfermagem na assistência à gestante de baixo risco (BRASIL, 1986; COSTA *et al.*, 2014). É importante destacar que historicamente no Brasil a APN foi se constituindo em uma prioridade para a atenção básica. Existem evidências sobre o impacto da APN para reduzir a mortalidade infantil, que ainda é alta no país quando comparado a países desenvolvidos (MORSE *et al.*, 2011; VICTORA, 2001). Dessa forma, profissionais reconhecem a importância do indicador e do trabalho necessário para reduzi-lo. No presente estudo, além das responsabilidades bem definidas, os profissionais demonstraram priorizar o atendimento à gestante e relataram contentamento com o trabalho:

...E, por exemplo, às vezes fica sem internet, às vezes a unidade dá um pane assim, teve dia de trabalhar sem água, porque aqui a gente trabalha, e sem energia elétrica, por exemplo, chega no dia da gestante, a doutora vai mandar as gestantes embora? Não vai... (Agente Comunitária de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

...Essa é uma das melhores quadras pra trabalhar é a gestante, né? Que elas ficam com muito medo, então tudo que você orienta, a grande maioria [adere]... Mas é muito diferente de um diabético, de um hipertenso, é muito, assim, esse público de gestante... é bem menor o número de busca ativa por ser faltosas, elas são bem... (Médico – Interior do Centro-Oeste)

... eu gosto mesmo de trabalhar com gestante. Geralmente ela vem do interior e ela quer ser acompanhada aqui. O posto dela de referência é [outro], lá em cima, que é específico da zona rural, mas vem a primeira consulta, vem de longe, ela quer iniciar aqui, eu vou dizer "Não, que o pré-natal é lá em cima.", não, eu não costumo dispensar essa gestante, a gente acolhe. (Enfermeira – Interior do Norte)

Um dos motivos para a satisfação dos profissionais ao trabalhar com gestantes é a contrapartida que elas dão à assistência recebida. Esse tipo de comportamento por parte das usuárias e equipe de ESF permite um ambiente favorável para atividades de apoio ao autocuidado e construção de planos de cuidado coparticipativos. Quanto a este último, ele se constitui em um mecanismo construído de forma compartilhada entre profissional responsável pelo caso, família (quando aplicável) e paciente (CRAIG; BLY; WHITTINGTON, 2011). É por meio dele que acontece o planejamento de ações e definição de objetivos, respeitando as preferências e necessidades individuais, a partir das quais é possível gerenciar o apoio clínico e avaliar possíveis impasses em relação à coordenação do cuidado (MCDONALD *et al.*, 2014).

No que diz respeito a sensibilização dos sujeitos para envolvimento com seus próprios processos terapêuticos, o trabalho envolve atividades de prevenção a doenças e promoção à saúde alinhados às preferências das usuárias. Estas ações encontram nos serviços de atenção básica o lócus de origem, faz parte das atribuições dos integrantes das eSF a execução da educação em saúde e orientações quanto aos hábitos de vida saudável (MACHADO *et al.*, 2007). Tais atividades podem ser desenvolvidas individualmente, no momento da consulta, ou de forma coletiva, por meio de grupos operativos. Os grupos de gestantes são reconhecidos como instrumentos terapêuticos que permitem o aprofundamento em discussões, com potencial para propagação de informações de qualidade e mudança de hábitos (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013).

No entanto, nos dois municípios pesquisados no Centro-Oeste a prática estava inativa. No grupo que ocorreu na cidade de interior a realização de grupos de promoção para gestantes não foi mencionada. A equipe restringiu esse tipo de grupo para os casos de diabetes. Já na capital as equipes pontuaram que os grupos de promoção para gestantes estavam parados no momento e colocaram como empecilhos o quadro reduzido de funcionários e a falta de material educativo:

E a gente tinha uma ajuda maior também que vinha lá de cima, tipo, eles mandavam folders, mandavam as coisas para a gente trabalhar. Hoje em dia está bem defasado, a começar pelo contingente de funcionário mesmo. (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

No mesmo sentido, Roecker, Budó e Marcon (2013) em estudo realizado em escala local encontrou o quadro reduzido de profissionais como barreira ao desenvolvimento de atividades educativas envolvendo a população. Outro ponto dificultador, também em consonância com o presente estudo, foi a indisponibilidade de recursos materiais sendo que, os autores pontuaram que não havia um planejamento financeiro para atividades desse tipo a nível de gestão. Alves et al., (2019) sintetizam evidências sobre o papel de socialização que os grupos desempenham para as gestantes, sendo uma oportunidade para compartilhar sentimentos e angústias, bem como um ambiente capaz de fortalecer a mulher para melhor enfrentar as mudanças advindas com a gestação.

Outra barreira identificada para realização de grupos na capital foi o clima, dado que as altas temperaturas da cidade dificultavam a mobilização de atividades na perspectiva da equipe. Portanto, o trabalho de prevenção e promoção da saúde nos casos das gestantes estava ocorrendo de forma individualizada durante as consultas de pré-natal ou visitas domiciliares:

...Vamos explicando, a enfermeira explicando, a gente fala com o agente para poder ir lá conversar com a pessoa também pois não tem um grupo, é mais individualmente. Hipertenso, diabete, gestante, psiquiatra, então tudo mais individual. (Enfermeira – Capital Centro-Oeste)

A gente sofre também com o problema do clima, nossa cidade é muito quente. Então a gente não pode simplesmente ir em qualquer lugar também porque às vezes passa até mal porque é muito calor... (Médica – Capital Centro-Oeste)

É interessante destacar no discurso acima que a médica identifica o clima da cidade como um desafio para estabelecer atividades envolvendo a população em perspectiva coletiva. Esse tipo de percepção é importante, uma vez que as potencialidades e desafios territoriais aliados às necessidades de saúde dos usuários representam o ponto de partida para o trabalho da equipe multiprofissional (MENDES; DONATO, 2003). A realidade local como base do serviço de APS possibilita maior participação dos usuários aos serviços de atenção básica (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2019). Dessa forma, é possível perceber que embora a prática de grupos estivesse inativa no município, os profissionais reconheciam os limitantes locais e apostavam

em encontros individuais para promover a educação em saúde e incentivar o autocuidado.

Realidade diferente foi encontrada no interior do Norte, as práticas de grupos operativos para gestantes foram mencionadas:

Olha, geralmente, são muitas atividades, no dia que é o grupo delas por exemplo, a gente começa organizando uma palestra, uma dinâmica com ela e a gente vai falar de tudo um pouco, desde a importância do pré-natal, dos exames do pré-natal, do primeiro trimestre, segundo trimestre, desde aleitamento materno, a importância do aleitamento materno... A primeira mama... O contato pele a pele lá na sala, até o acompanhamento que ela vai ter lá na maternidade, existe já o, a rede cegonha, né, que ela favorece o parto humanizado, essa mãe ela já não precisa de ter seu bebê da forma como era, somente naquela posição ginecológica, né, então ela já vai escolher, então, eu trabalho desde da posição, do trabalho de parto, da... é via orientação, e o retorno da consulta do puerperal, o desenvolvimento e o crescimento da criança, o teste do pezinho, até o quinto dia, sétimo dia de vida, então, elas tem uma carga de orientação, né. (Enfermeira – Interior do Norte)

É interessante observar que a enfermeira descreve as informações tratadas nos grupos em uma perspectiva integral, passando desde o pré-natal até os primeiros cuidados com o bebê. No que se refere ao parto, no Brasil é preconizado pelo Ministério da Saúde a recomendação ao parto humanizado, perspectiva na qual a mulher se torna protagonista do processo (BRASIL, 2017a). Contudo, para que a experiência seja positiva para as gestantes, elas precisam ser instrumentalizadas com informações sobre a preparação física, variedade de posições e abordagens possíveis, sendo os grupos operativos o espaço propício para discussões de qualidade (ALVES et al., 2019). Para os autores, os grupos possibilitam a criação de uma relação de confiança entre as gestantes e os profissionais de saúde.

Em algumas das ações dos participantes foi identificado a utilização de recursos da comunidade, a escola e a universidade apareceram como parceiras para atividades de prevenção e promoção:

A nossa saúde na escola que está mais forte né? Todo semestre pelo menos, a gente manda um pouco dos meus alunos irem para escola para fazer palestra. De 2 anos para cá, a gente tenha abordado muitos temas como suicídio, a depressão, bullying, automutilação, gestação na adolescência. (Médica – Capital do Centro-Oeste)

...Eu já tive casos de alguns, que pela localidade dele, eu só vou conseguir entrar em contato se for pela escola, eles me dão o telefone da escola, aí eu ligo "o paciente tal, deixou esse número", "ah tá, é da escola, eu conheço", é da comunidade dele entendeu? Aí entram em contato com ele ou com o ACS e aí eles vêm até aqui. (Recepcionista administrativo – Interior do Norte)

Os relatos exemplificam ações de intersetorialidade entre saúde e educação, no âmbito local. Frente a necessidade de estreitar a relação entre as diferentes áreas sociais, em 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE). Entre as diretrizes do programa estão a territorialização, interdisciplinaridade e a integralidade (BRASIL, 2007). Nesse sentido o território é reconhecido como um ambiente dinâmico e cultural, composto por diferentes dispositivos que podem potencializar a atenção prestada ao usuário (SANTOS; RIGOTTO, 2010). Para a coordenação do cuidado, considerar os serviços comunitários que auxiliam e apoiam o bem-estar dos pacientes pode ajudar a equipe de saúde a atingir suas metas de atendimento (MCDONALD *et al.*, 2014).

Quando questionados sobre as gestantes faltosas o trabalho de busca ativa dos ACS foi destacado:

[E quando essa gestante não vem fazer o pré-natal?] Busca ativa. (Vários – Interior do Centro-Oeste)

Mas aí também tem um papel nosso, de agente de saúde, que a gente vai, busca as informações, traz para enfermeira. Então muitas vezes, assim, tem uma paciente minha que fui fazer uma visita, ela estava lá acamada. Ela estava grávida e estava muito desidratada. Eu trouxe para [enfermeira], [ela] atendeu e encaminhou... Então assim, a gente vai fazer a visita, a gente relata as informações e passa para enfermeira. (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

O trabalho de busca ativa de gestantes para o pré-natal é uma das recomendações presentes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Estudo realizado por Costa, Guilhem e Walter (2005) associou uma alta priorização do pré-natal ao trabalho de busca ativa. Esta função é reconhecida como parte da rotina do ACS, bem como a visita domiciliar, que juntas contribuem para a prevenção de agravos e possibilita o conhecimento das reais necessidades de saúde da população (GOMES *et al.*, 2009).

No mesmo sentido, a busca ativa foi reconhecida pelos gestores. No entanto, a falta de cobertura de profissional ACS, foi apontado como empecilho para a atividade ocorrer de forma adequada:

Nós, é uma realidade triste, mas nós não temos todas as microáreas cobertas por agentes de saúde. Aquela microárea que é coberta geralmente quem faz a busca ativa é o agente de saúde. (Coordenadora de APS – Interior do Centro-Oeste)

Chega em torno de 837 ACS que nós precisamos contratar, isso aí pra fazer essa busca... Mas o ideal seria o ACS ir na casa do paciente fazer a busca ativa: "o João, você não foi lá? Não foi? E aí como que foi a consulta? (Secretário Adjunto de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

Apesar da busca ativa ter sido identificada no Interior do Norte, predominou nos relatos a assiduidade das gestantes:

É difícil elas não aparecer, elas são fiéis, muito raro faltar (Técnica de Enfermagem – Interior do Norte)

...Mas elas vêm, felizmente elas vêm, zona rural que tem essa coisa, né? Mora lá na zona rural e elas sabem que se não fizer um total "x" de consulta durante o pré-natal, elas não vão conseguir fazer o benefício, né?!

[O que vocês tão chamando de benefício?] É o dinheiro que elas recebem.

É o salário maternidade que a gente chama aqui. (Enfermeiro – Interior do Norte)

O salário maternidade é um benefício concedido a gestantes de zonas rurais e que preencham aos critérios estabelecidos, elas recebem em torno de 5.000 reais por gestação. Embora essa concessão tenha sido criada no intuito de prestar um apoio para populações em situação de vulnerabilidade social, no presente estudo os participantes creditaram ao benefício um efeito maléfico:

Porque tá incentivando. Elas chegam, é muita grávida que eu atendo e elas chegam pra mim e diz assim "ah, enfermeira, o marido não permite", que elas usem anticoncepcional. "Meu marido disse enfermeira, que isso aqui é um boi", entendeu? ...É como se aquilo ali fosse um bem, fosse um negócio. Então todo ano elas têm prolapso de útero, bexiga baixa, a maioria delas, meninas com 25 anos tem que fazer períneo... A sequela que aquela menina tem, uma jovem com 25 anos com 5, 6 filhos, 7 filhos e a gente tem o planejamento familiar aqui, o DIU que tá sendo incentivado em todo Brasil, a gente coloca "você quer DIU?" No pré-natal, "quero", chegar lá na maternidade, tem o bebê e já saí com o DIU, a maioria não quer DIU. Como eu sou obstetra, tenho o conhecimento lá na ponta, lá na maternidade. (Enfermeira – Interior do Norte)

Na visão dos profissionais o valor recebido pelas famílias era um incentivo a múltiplas gestações e em certos casos - como ilustrado na fala acima - contrariava a liberdade da mulher em optar por se tornar mãe ou não. Desse modo, ainda que o benefício funcionasse como um facilitador na adesão ao pré-natal, ele possuía um efeito perverso à medida que representava uma barreira ao direito das mulheres em acessar métodos contraceptivos de sua preferência. Direito esse, firmado em diferentes normativas e em especial na estratégia Rede Cegonha. Criada no intuito de estabelecer uma rede de cuidados para garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, bem como à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento seguro. A Rede Cegonha estabelece, também, à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Nota-se uma completude de normativas estabelecidas pela Rede Cegonha, que partem desde a decisão pela gestação até o acompanhamento da criança. Desse modo, além da atenção ao pré-natal, o apoio adequado ao parto e aos cuidados no puerpério são intrínsecos à gestação e essenciais para coordenação do cuidado de usuárias grávidas. Essa visão integrativa do processo de atenção foi identificada, os profissionais mostraram conhecer as ações para APN – como foi discutido anteriormente – e também o seguimento para parto e cuidados com a criança:

Porque aqui, é porque eu tenho orientações da enfermeira "Se chegar assim, com sintoma tal, tal e tal é maternidade", porque aqui não tem como fazer nada, nós não temos sala parto, né, e também nós não temos um ginecologista, obstetra, né. Então, é maternidade mesmo, porque lá que é a referência delas, né. (Técnica de enfermagem - Interior do Norte)

...Na primeira consulta a gente sempre orienta, "olha, a nossa unidade de referência para gestante da regional sul é [nome da maternidade]. Só que você tem total liberdade, porque tem gente que não gosta, "ah, eu não quero...", tem total liberdade para ir para o teu hospital. A nossa referência é [nome da maternidade]. (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

E depois do parto a gente acompanha o bebê, né? O bebê tem que ser acompanhado até dois anos. (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

Então no final da gestação dela, o fluxo nosso é assim: chegou no final da gestação, se eu identificar que essa gestante precisa ter um parto de cesárea, eu vou fazer um AIH, Autorização Internação Hospitalar, essa gestante vai na secretaria de saúde, onde ela é referenciada pra rede, pra fazer o parto de cesárea dentro do que foi o indicado. Lógico que tem uma avaliação do ginecologista, se realmente há a necessidade desse parto

pra ela. As gestantes que é fluxo, que é a gestante que tá normal, parto normal, eu ia ensinar esses sintomas hospitalar de parto, até um pouco antecipado, para gestante saber quando ela tá em início de trabalho de parto pra ela ir pro pronto atendimento, que é a porta de entrada dessa gestante é a UPA, ela vai pra UPA, e na UPA ela é referenciada, ou pra [Capital] ou para rede municipal, os conveniados da rede. (Médico – Interior do Centro-Oeste)

Percebe-se pelos relatos acima que a vinculação à maternidade de referência estava presente em dois dos municípios estudados. No entanto, no Interior do Centro-Oeste as gestantes desconheciam o local de parto, sendo encaminhadas para a UPA, para que de lá fossem direcionadas para um hospital de acordo com a disponibilidade da rede. Dados do primeiro ciclo do PMAQ revelam que 33% das gestantes a nível nacional não sabiam para qual maternidade deveriam se deslocar para realização do parto (BRASIL, 2003). Este dado chama a atenção uma vez que a vinculação à maternidade é um fator reconhecido para diminuir a peregrinação no momento do parto, possibilitando a mulher um atendimento oportuno (POLGLIANE *et al.*, 2014; MAIA, 2014). Sendo, também, parte do trabalho de coordenação do cuidado, uma vez que a continuidade assistencial é um dos componentes do atributo coordenação conforme observado por Bittencourt *et al.* (2020). Os autores investigaram a adoção de ações recomendadas para a continuidade do cuidado. Atingiram patamar parcial de adequação e insatisfatório a orientação sobre qual maternidade procurar para ter o parto e a consulta de puerpério respectivamente.

De modo geral, as ações de coordenação do cuidado intrínsecas à APS para atenção às gestantes incorporam os domínios definidos por McDonald *et al.* (2014). Os profissionais reconheceram as responsabilidades que possuem dentro do processo de cuidado, mostrando ciência das normativas estabelecidas. O apoio ao autocuidado foi presente nas narrativas, adaptado de acordo com as preferências das usuárias, sendo incentivado em grupos operativos ou de forma individualizada em consultas. A avaliação de necessidades, objetivos, bem como o acompanhamento contínuo das gestantes apareceram como processos rotineiros da eSF. Ainda que a construção de planos de atendimentos formais não tenha emergido nos grupos e entrevistas, o planejamento pode ser percebido por meio da marcação antecipada de consultas e o acompanhamento realizado através de listas e busca ativa. Por fim, os participantes

demonstraram utilizar recursos da comunidade, reconhecendo a escola e a universidade, além de identificarem limitantes locais.

- **Câncer de mama e de colo de útero**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel importante no rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres de mama e de colo de útero. No entanto, apenas no interior do Norte foram descritas atividades de prevenção e rastreio precoce voltadas para esses agravos:

A gente tem essa oferta, a gente trabalha essa parte da palestra, são temas específicos e entre esses temas, entra essa questão também, da coleta... A enfermeira deu uma palestra sobre aids e HIV, suas diferenças, suas causas, suas consequências, quais as suas diferenças... aí ela ensinou a mulher a usar o preservativo na prática. Então essa questão da conscientização, tanto da coleta, quanto do uso, aqui é muito bem trabalhada. (Recepcionista – Interior do Norte)

Os meus ACSs, eu sempre faço reunião com eles lá e digo "olha gente, vocês fiquem de olho naquelas mulheres de 40 e poucos anos, vocês fiquem de olho lá" é o meu jeito de falar, "vocês fica de olhos, vocês perguntem a ela se ela fez mamografia, se não fizeram, vocês me avisa", então eu tenho esse contato. (Enfermeira – Interior do Norte)

A prática de atividades em grupo, como as palestras, voltadas para prevenção às doenças sexualmente transmissíveis tem grande potencial transformador. Percebe-se pelo primeiro relato acima dois pontos cruciais para a prevenção: a utilização correta de preservativos e a realização do exame Papanicolau. O exame preventivo possibilita o rastreio precoce do Papilomavírus Humano (HPV), vírus associado ao câncer de colo uterino. Contudo, no Brasil, embora o quantitativo de testes realizados seja suficiente para cobrir toda a população feminina na faixa etária indicada, observa-se que mais da metade dos testes são repetições desnecessárias (BRASIL, 2013). Portanto, informações sobre o uso de preservativos e realização do exame Papanicolau são essenciais para incentivar a adesão ao autocuidado, contribuindo para prevenção e rastreio precoce do câncer de colo uterino.

No mesmo sentido, a APS pode contribuir com o rastreio precoce do câncer de mama, mobilizando as mulheres para o autocuidado e realização da mamografia. Quanto ao exame, no presente estudo, houve menção no interior do Norte, a

enfermeira revelou buscar as mulheres com mais de 40 anos para marcação da mamografia. Contudo, de acordo com as Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil (2015) a faixa etária ideal para realização do exame é de 50 a 69 anos, fora dessa faixa os riscos e incertezas podem aumentar.

Quanto ao acompanhamento das mulheres com câncer de mama e de colo de útero, a prática não foi descrita como algo presente na rotina das equipes, como ocorreu com a gravidez. Não foram identificados mecanismos como listas de controle para busca ativa. Predominou um entendimento que nesses casos a responsabilidade de acompanhamento não era da atenção básica. Ainda assim, foram relatadas algumas formas de acompanhamento e monitoramento das mulheres:

Travou em [especialista] a gente só faz assistência básica aqui... É, isso é mais o agente, a gente não tem o acompanhamento, assim, cronometrado disso, não... Então a gente sabe que ele é acompanhado lá: 'ah, o paciente tá com melhora, o paciente já tá começando queda de cabelo'. O agente de saúde sempre traz essas situações para nós. (Coordenador de APS – Interior do Centro-Oeste)

Tem alguns casos onde o paciente está debilitado, não tem condição de vir até aqui, a gente agenda consulta com a médica para estar fazendo o acompanhamento, porque o tratamento dele mesmo, o tratamento para câncer é lá no [hospital]. Mas aí tem o acompanhamento que a unidade presta. (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

O que predominou foi o não reconhecimento da responsabilidade formal que a equipe de saúde da família tem em acompanhar e monitorar as necessidades das usuárias com câncer. Ainda que o ACS contribua trazendo alguma informação, não foi identificado um processo estruturado de acompanhamento. Esse achado vai em desconformidade ao modelo teórico da coordenação do cuidado em que o profissional de APS deve conhecer o percurso e necessidades das usuárias em tratamento especializado (MENDES, 2011). No entanto, em outro estudo brasileiro foi observado que uma parcela significativa de médicos da atenção básica não tinha certeza sobre os atendimentos que seus pacientes recebiam nos outros níveis assistenciais (CARNEIRO et al., 2014). As contribuições positivas da APS para atenção aos cânceres foram observadas por Houdt *et al.*, (2014). Os autores identificaram como essencial o trabalho de profissionais de cuidados primários em visitar constantemente

as mulheres em tratamento de câncer de mama para melhor aceitação aos processos de cuidado.

Em contrapartida, conforme mencionado, as ações dos profissionais no presente estudo, se restringiram a identificar a necessidade de encaminhamento para os cânceres. Depois que diagnosticada a doença, as mulheres iniciavam o tratamento em centros especializados e na perspectiva dos participantes da pesquisa a responsabilidade pelo cuidado passava para essas referências. Quando não existe uma responsabilização formal, a perda de acompanhamento de mulheres em tratamento oncológico pode ser uma realidade (INCA, 2011). Por se tratar de doenças que abrangem um período longo de tratamento, devido a incorporação de recursos terapêuticos com melhor prognóstico, e a necessidade de serviços especializados, os cânceres de mama e de colo uterino demandam uma coordenação do cuidado efetiva. A organização dos serviços e do papel do profissional em apoiar, encaminhar e informar os usuários em relação à doença são essenciais para otimizar o tratamento oncológico (WALSH et al., 2011).

De modo geral, quando se tratou de processos internos a APS, os domínios da coordenação do cuidado não apareceram de forma estruturada para abordagem dos cânceres de mama e colo de útero. No interior do Norte predominou o apoio ao autocuidado, os participantes demonstraram desempenhar atividades coletivas e individuais de cunho informativo e preventivo. No entanto, esse tipo de prática representou um espaço consideravelmente menor na agenda dos profissionais, quando comparado com aquelas direcionadas à gestação. No Centro-Oeste um acompanhamento ocasional foi observado, em que o ACS levava informações sobre o estado de saúde das mulheres em tratamento de câncer.

5.2 Coordenação do cuidado entre APS e rede de atenção

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, conforme mencionado anteriormente, concentra diversas atividades que envolvem assistência, educação em saúde, prevenção e promoção, bem como a organização da rede de atenção (TASCA et al.,

2019). Nas RAS o profissional da eSF acolhe o usuário - e de acordo com as necessidades observadas - encaminha o sujeito para outros níveis de atenção. Nesse processo a coordenação do cuidado pode ser observada no que tange a relação da APS com a rede de atenção (MENDES, 2011).

Sobre a conexão entre níveis, no presente estudo foram identificados dois domínios principais, conforme descritos por McDonald *et al.* (2014), facilitar transições e comunicar. No primeiro houve um destaque para aspectos de regulação, apresentados na subcategoria: processos de encaminhamento para especialistas e exames. Enquanto no segundo, processos de referência e contrarreferência se destacaram, além de outras possibilidades para obtenção de informações sobre as consultas com especialistas, estas temáticas foram exploradas na subcategoria: comunicação entre APS e outros níveis de atenção.

5.2.1 Processos de encaminhamento para especialistas e exames

De modo geral, nos três municípios, foi relatado que os encaminhamentos para realização de consultas especializadas e exames aconteciam via Sistema de Regulação (SISREG). As centrais de regulação são estruturas de gestão que permitem integrar as demandas dos usuários com a disponibilidade do SUS, a tomada de decisão nesses espaços envolve protocolos e mecanismos de priorização (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Bastos *et al.*, (2020) identificaram desafios e potencialidades da regulação no Brasil, um ponto positivo destacado pelos autores foi a melhor compreensão por parte dos gestores sobre a realidade da população. Segundo os autores, apesar da implementação das centrais de regulação pelo Brasil, ainda persistem barreiras estruturais e organizacionais, como a disponibilidade de recursos humanos e a não consolidação das regiões de saúde.

Não obstante, estudo conduzido em cidades brasileiras de grande porte encontrou na utilização do SISREG uma potencialidade para prestação de cuidados coordenados. Em duas cidades que estavam com a implementação do sistema avançada foi observado um movimento de expansão da regulação para as UBS, reforçando assim o papel centralizador da equipe de atenção básica (ALMEIDA *et al.*, 2010).

No entanto, este é um processo ainda em construção, no presente estudo apenas na Capital do Centro-Oeste todas as marcações de consultas especializadas eram realizadas nas UBS. No interior do Norte os usuários precisavam se deslocar até a Secretaria de Saúde Municipal para agendar pela central de regulação. Já no interior do Centro-Oeste havia as duas formas de agendamento, quando se tratava de uma especialidade disponível no município a recepcionista da UBS agendava.

A maioria das especialidades o paciente já sai da unidade com a especialidade agendada... a especialidade que não é de grande uso, assim com tanta frequência, igual a otorrino e outras mais, aí sim, vai pra [capital]. Mas a grande maioria é no município, ginecologista, oftalmo, neuro... (Enfermeiro – Interior do Centro-Oeste)

Conforme relatado, grande parte da demanda por especialistas era resolvida sem a necessidade de consultas fora de domicílio na cidade do interior do Centro-Oeste. Desse modo, enquanto a capital dispunha de toda uma rede estruturada, a cidade de interior do Centro-Oeste possuía alguns serviços especializados e a cidade do interior do Norte, por outro lado, contava apenas com APS. Estas distintas estruturas, conseqüentemente, refletem em necessidades organizacionais e desafios de diferentes ordens.

Na Capital, como o SISREG já era amplamente utilizado nas unidades, os profissionais das equipes multiprofissionais levantaram limitações quanto ao uso cotidiano do sistema:

...Então hoje eu sei que a classificação de risco, ela não funciona. Ela foi desativada no SISREG, essa é a palestra recentemente da coordenadora do SISREG, da central de regulação, responsável pela regulação... (ACS - Capital)

...Mesma coisa do SISREG, ele veio de goela a abaixo, no último mês, em dezembro e assim, ninguém teve uma capacitação decente. (Enfermeira - Capital)

...tô preferindo não solicitar, aguardar uma vez no mês, que abre as vagas, porque o que acontece... por exemplo, se eu entrar no dia 24, eu entrei no dia 24 do mês passado e aí, eu consegui bonitinho marcar, um monte de oftalmo, um monte de cardiologista, que não estavam solicitados e quem estava na fila, continuou na fila. Então, existe esse furo... (ACS - Capital)

Conforme pode ser percebido pelas falas, não existia um consenso sobre o funcionamento do SISREG entre os profissionais. Eles se sentiam desorientados e agiam de diferentes formas com base em informações recebidas por múltiplas fontes. No mesmo sentido, estudos desenvolvidos, também na perspectiva dos profissionais, identificaram dificuldades na manipulação de sistemas de regulação (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020). Os autores ressaltam a importância de institucionalizar capacitações para os profissionais de APS, uma vez que a regulação tem um papel para alcançar a equidade em saúde.

Já do ponto de vista da gestão o problema em relação a regulação era a fila de espera por especialista:

“Hoje nossa fila de espera não é real... eu tenho, por exemplo, gente aguardando uma UTI por 3 anos. Você acha que há pessoas que precisam de UTI há 3 anos? Não! Ou morreu ou melhorou. Não tem como aguardar uma UTI por 3 anos... Então a gente está fazendo um chamamento público para triar essas pessoas de novo e realmente ver quem precisa e quem não precisa.” (Secretário Adjunto de Saúde - Capital)

A sobrecarga em sistemas de regulação é algo recorrente na literatura da área, se constituindo em um desafio para que a APS logre sucesso na função de ordenadora de fluxos (CECILIO; REIS, 2018; ALMEIDA; SANTOS, 2016). Almeida e Santos (2016) encontraram longas filas de espera como situações corriqueiras na opinião de gestores e usuários, sendo que para os primeiros a solução do problema não passava simplesmente pela ampliação do serviço especializado, uma vez que a dificuldade era a provisão de profissionais em municípios de menor porte.

Em consonância com esses apontamentos, os municípios interioranos pesquisados relataram obstáculos em relação à regulação. Além da gestão de filas, os desafios envolviam a regionalização em saúde. Nesse sentido destaca-se a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a legislação que estabelece as redes de saúde, prevê relações entre os entes para efetivar os serviços articulados (BRASIL, 2011). No interior do Centro-Oeste existia a pactuação, mas de acordo com as gestoras ela não refletia as necessidades do município:

...como a gente tem muita dificuldade, porque a nossa pactuação, através de PPI, com a atenção especializada é [capital]... Só que [a capital] não está nos atendendo, nem a nível de consultas especializadas, nem a nível de pequenas cirurgias, nem a nível de internação... A gente trouxe pra cá a ressonância, tomografia, foi um trabalho árduo com esses prestadores... Então hoje a gente trouxe pra dentro do hospital municipal o ultrassom, que antes não tinha também... a gente compra serviço conveniado de ressonância, tomografia, ecodoppler, essa parte mais especializada de exames... (Secretária de Saúde – Interior Centro-Oeste)

...Hoje, no município, eu acredito que a comunidade é privilegiada, porque hoje a gente dispõe de várias especialidades... (Coordenadora de APS – Interior Centro-Oeste)

Já no interior do Norte as gestoras não participavam da PPI:

Na verdade, eles determinam a quantidade X de vagas [para especialistas]. Eles que determinam a quantidade de vagas para cada município.

E isso não é negociado com vocês não?

Não. É vinda determinado já deles. Já determinado pela regulação do estado. Tipo " tu vais ter tantas vagas X de ginecologia por mês. Vai ser liberada para ti tantas vagas para cardiologista. " É eles que determinam. (Secretária de Saúde – Interior do Norte)

Sem rede estruturada no interior do Norte, segundo as gestoras, predominava uma demanda reprimida importante, especialmente em relação à Ortopedia. Outro estudo conduzido, também, no Norte do Brasil identificou uma participação incipiente dos gestores municipais em espaços de pactuação (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2019). É importante pontuar que o processo de descentralização brasileiro possui dois grandes marcos, o primeiro é a autonomia municipal e o segundo a construção de Regiões de Saúde. Esse último encontra-se em processo de consolidação, portanto apresenta ainda fragilidades organizacionais (VIANA et al., 2018). Nesse contexto, para que as equipes de atenção básica se constituam como referência e ponto de partida do sistema de saúde, a expansão da APS precisa se articular ao processo de regionalização (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Esse panorama geral de como funcionava a regulação e quais eram os desafios dos municípios é imprescindível para o entendimento contextual dos encaminhamentos específicos para os casos de gestação de alto risco e cânceres de mama e de colo uterino.

- **Gestação de alto risco**

As condições que classificam o risco gravídico envolvem tanto as condições clínico-obstétricas quanto os aspectos psicoemocionais. O alto risco gestacional pode ser identificado a qualquer momento durante o pré-natal. Existem fatores perceptíveis logo na primeira consulta, como idade da mãe, presença de doenças crônicas e doenças sexualmente transmissíveis. E outros agravos que podem surgir durante a gestação (ALVES et al., 2019). Na pesquisa os participantes citaram, em consonância com a literatura, essas condições para identificar a gestação de alto risco:

...muita de menor. E aí, entre elas, apresenta muito, é, DSTs, que já na primeira consulta já identifico, porque através do teste rápido já é DST, já encaminhado, já notifico, já encaminhado. Todas elas, menores são notificadas pela a idade... Então assim, encaminhei muita hipertensa, muitas mulheres com hipertensão, na terceira consulta é diagnosticada já, 14, 12, e aí começa o mapeamento semanal, e orientação, dieta e aquela coisa toda e nada de diminuir. Às vezes na consulta já contacta (Enfermeira – Interior do Norte)

Logo que percebida a gestação de alto risco o encaminhamento para ginecologia especializada foi mencionado, o processo ocorria conforme a estrutura do município. O SISREG estava presente em todos os três municípios. No entanto na Capital não houve consenso sobre a utilização do sistema, uma equipe e os gestores mencionaram que a gestante seguia outro fluxo:

É, encaminhamento, se a gente encaminhar para o [hospital] é de porta aberta. (Enfermeira – Capital)

Quanto à gestante, é tranquilo, assim, quando tem uma intercorrência elas vêm aqui, aí, manda encaminhamento, eles atendem de pronto. Não temos dificuldade em dizer assim "Ah, a gestante voltou.", não, nesse sentido não, e ela não é via SISREG, esse serviço aí. (Agente Comunitária de Saúde – Capital)

Hoje na verdade não precisa de encaminhamento, né? Hoje tem o cartãozinho dela, se ela tiver com o cartão, tá tudo escrito, né? Todas as consultas, tudo que foi feito. Hoje é somente achar o cartão dela, lá no [hospital] é porta aberta, igual eu falei. Não tem necessidade de ter um encaminhamento realizado lá... (Secretário Adjunto de Saúde – Capital)

É interessante observar, conforme pontuado na categoria anterior, que os profissionais conhecem e aplicam as normativas referentes à gestação. No entanto, o

fluxo para encaminhamento dos casos de alto risco não foi unânime nos discursos. A inexistência de fluxos ou a fragilidade dos mesmos entre níveis assistenciais foi identificada em um estudo com profissionais qualificados em gestão de APS (BANDEIRA, CAMPOS E GONÇALVES, 2019). Os autores ressaltaram que essa situação era um empecilho para consolidação de redes de atenção bem estruturadas. Além de enfraquecer a capacidade de coordenação do cuidado pela APS, haja vista que o estabelecimento formal do percurso a ser percorrido pelo usuário ao longo do sistema de saúde é um dos mecanismos propícios para o atributo (ALMEIDA *et al.*, 2019).

McDonald *et al.*, (2014) destacam que para uma melhor adesão dos profissionais aos protocolos, esses documentos precisam ser construídos envolvendo a equipe de APS, especialistas e gestores. Em um dos grupos da Capital do Centro-Oeste foi mencionada a existência de protocolos de atendimento já definidos, mas sem funcionamento na prática:

Não [tem protocolo]... Inclusive, os protocolos de atendimento nas unidades básicas é uma cobrança já antiga. Eu já estou a 10 anos, 11 anos na rede e desde que entrei que a gente cobra os protocolos de atendimentos de todos os fluxos na atenção básica... Tem protocolo de atendimento do enfermeiro para gestante, para hipertenso, para criança e adolescente, tudo pronto, há mais de 5 anos aguardando validação. Aí o secretário de saúde não valida, e assim vai passando de uma gestão para outra, então essa é a nossa grande dificuldade na ponta... (Enfermeira – Capital)

A falta de protocolos bem definidos entre APS e os outros níveis de atenção foi percebida, também, no interior do Centro-Oeste. As coordenadoras de APS do município apontaram que embora reconheçam as definições de alto risco gestacional com base no Ministério da Saúde, não conseguem encaminhar as usuárias que se enquadram nos critérios:

...Por exemplo, se chegar um encaminhamento aqui de uma adolescente de 15 anos, só pela idade, ela não vai sair pra essa vaga, tem que ter uma outra condicionalidade. Se chegar uma mulher com 35 anos aqui, porque o Ministério já considera um alto risco... só pela idade, essa vaga não vai sair, a gente já deixa claro, a gente lança tudo, ela tem que ter, infelizmente, uma outra condicionalidade... (Coordenadora de APS – Interior do Centro-Oeste)

De modo geral, os profissionais das equipes participantes da pesquisa relataram dificuldade em conseguir a consulta de pré-natal de alto risco em tempo oportuno.

A gente encaminha pra maternidade, faz o encaminhamento, explicamos o motivo para essa paciente estar sendo encaminhada pra lá... Não é tanta facilidade porque a maternidade [da capital], infelizmente, a demanda é muito alta. Às vezes demora, já aconteceu caso de encaminhar paciente pra lá e ela voltar pra cá, porque não conseguiu atendimento lá e voltou pra nós. (Enfermeiro – Interior Norte)

E às vezes você precisa ligar lá e conversar, porque se você colocar no SISREG é quando sai a vaga?! (Médica – Capital)

É interessante observar a presença de estratégias informais para garantia da atenção à gestante. Esse tipo de processo cria um fluxo alternativo de atendimento, que desafia a racionalidade do sistema de saúde (VIANA et al., 2018). Uma vez que, ele desconsidera a regulação e o papel de decisão acaba sendo tomado sem critério por meio de contatos pessoais, ligações telefônicas ou contatos por WhatsApp (GOLDWASSER et al., 2018). Embora não seja o ideal, é preciso destacar que essa é uma das práticas cotidianas relatadas para solucionar um problema identificado pelos profissionais, que é a insuficiência de vagas para atendimento com especialista. Na falta de funcionalidade dos dispositivos formais dos sistemas de saúde, os sujeitos tendem a se valer de experiências individuais buscando acesso (AQUINO et al., 2015).

Outras estratégias, para alcançar a continuidade do cuidado, foram mencionadas pelos profissionais, como o acompanhamento exclusivo da gestação de alto risco na APS ou até o momento em que sai a liberação para o serviço especializado:

Às vezes quando sai a vaga, já tem vários meses de gestação. (Médica – Capital)

É, nós já fizemos muito alto risco aqui, de gestação. Hipertensão mesmo, eu já fiz um ano. Praticamente a gente que faz. (Enfermeira – Capital)

Aí essa paciente vem mais vezes, em vez de vir mensal, vem 15 dias, semanal, para poder acompanhar até sair uma vaga lá para alto risco... (Enfermeira – Capital)

Isso, alto risco e aqui, até porque a demanda está muito grande e não consegue marcar uma consulta muito perto uma da outra, então às vezes

passa um pouquinho, mas mandam o feedback para gente estar acompanhando junto. (Médica – Capital)

Quando conseguiam o atendimento especializado para o alto risco gestacional, a prática de acompanhamento compartilhado com a APS foi identificada:

Na unidade. Ela é acompanhada paralelamente, ela faz o pré-natal na unidade e o médico da unidade acompanha em paralelo essas consultas que ela está fazendo no pré-natal de alto risco. (Secretaria de Saúde – Interior Centro-Oeste)

...aí eu sempre deixo bem esclarecido "Não deixe de retornar na unidade.", já deixo o agendamento, às vezes elas vão lá e vão aqui, e ficam, qualquer dúvida elas me mandam... (Enfermeira – Interior Norte)

Eu faço as consultas mensais, particularmente, eu faço as consultas mensalmente, bonitinho e elas continuam indo no alto risco lá também, entendeu. Então aí, até para eu ficar sabendo o que está acontecendo e tudo mais, para estar acompanhando de perto. (Enfermeiro – Capital)

Como pode ser percebido pelos relatos, os profissionais mantêm uma rotina de cuidados com as gestantes de alto risco. Moyers e Metzler (2014) investigaram a prática interprofissional colaborativa para a coordenação do cuidado. A separação das funções próprias a cada profissão e a colaboração entre elas é um dos componentes dos sistemas de cuidado centrados no paciente. Este tipo de compartilhamento de habilidades e conhecimentos promove respeito entre os profissionais e qualifica o cuidado prestado. Portanto, práticas interprofissionais colaborativas são recomendadas quando se trata de modelos de saúde fundados na coordenação do cuidado. Para tanto, os autores sugerem que ações e conhecimentos interprofissionais devem constar nas diretrizes curriculares educacionais, assim o trabalho colaborativo pode acontecer com maior frequência, incluindo além de experiências profissionais diferentes, pacientes, a família e a comunidade.

Apesar da prática de cuidados compartilhados entre a APS e especialista para o pré-natal de alto risco ter sido identificada nos grupos com as equipes de saúde da família dos municípios, os gestores da Capital apontaram que o pré-natal de alto risco ocorria exclusivamente no serviço especializado:

O hospital é referência para a gente, para gestação de alto risco. Por exemplo, ela vai para o [hospital] e lá ela já não volta mais para nós, da

atenção básica. E lá, ela já vai ter o parto dela lá, é tudo acompanhado lá.
(Coordenadora de APS – Capital)

Essa falta de compatibilidade nos discursos pode ser explicada pela baixa interação entre equipe gestora e profissionais da ponta. A rotina de reuniões periódicas entre integrantes da APS nos municípios não foi identificada em todas as cidades estudadas. Esta situação fragiliza a coordenação do cuidado à medida que dificulta o planejamento focado nas necessidades locais. Voltolini *et al.*, (2019) destacam que a equipe de saúde da família tem a capacidade de observar demandas da população. Portanto, a participação dela nos processos de planejamento é essencial para conhecer a situação atual e estabelecer objetivos futuros.

Desse modo, o conjunto de barreiras de acesso ao serviço especializado - seja pela indisponibilidade de vagas, seja pela falta de fluxos bem definidos - configuram desafios para os profissionais de APS. Somando ainda a este cenário de desafios, nos três municípios estudados, a dificuldade de adesão das gestantes ao pré-natal de alto risco foi mencionada. O principal empecilho encontrado foi a necessidade de deslocamento para fora da área de atuação da UBS:

Inclusive elas não gostam de ir para lá porque é longe para estar indo toda semana. Elas preferem, ainda ficam questionando, "mas eu tenho que lá? Não posso ficar só aqui. (Médica – Capital)

...a gente tem a dificuldade da distância, e nossa população é bastante carente... ela vai precisar de no mínimo 20 reais, para você ir e voltar. Porque são quatro e pouco de dois ônibus mais a volta. (Enfermeira – Capital)

...O médico faz pré-natal, ele vai acompanhar se essa gestante é uma gestante de alto risco, se ela for de alto risco ela é referenciada. Geralmente as gestantes referenciadas, mesmo que ela vá pra esse alto risco, eu faço esse segmento delas, porque o alto risco às vezes ela vai pra [capital], ela acaba perdendo uma consulta... (Médico – Interior Centro-Oeste)

Eu deixo sempre aquela data de retorno lá no cartão, até chegar o dia de consulta na maternidade, agendada, "Oh a sua referência é aqui.", para ela não ficar solta, que muitas preferem nem ir [para o alto risco], fica por aqui mesmo, até... elas querem fazer no máximo de consulta por aqui (Enfermeira – Interior Norte)

É interessante observar que a necessidade de deslocamento se configura em um problema nos três municípios. No caso da Capital, a dificuldade de acesso no âmbito

do próprio território, e nas outras cidades interioranas o desafio é o transporte intermunicipal. Houdt *et al.*, (2014) definiram fatores para a coordenação do cuidado que são externos à equipe de cuidados primários, entre eles estão a estrutura do sistema de saúde e as dinâmicas de ordem culturais e sociais. O caminho que os usuários percorrem em busca de atendimento é uma relação entre comportamento individual e a orientação do profissional dentro das possibilidades existentes na rede (AQUINO; SOUTO, 2015).

Contudo, as dificuldades de acessibilidade geográfica, bem como o tempo gasto de deslocamento se configuram barreiras importantes no acesso e adesão aos serviços especializados (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Estudo conduzido na região Norte encontrou o acesso precário aos serviços de saúde e as distâncias físicas entre os municípios como limitantes para continuidade da assistência nos serviços especializados (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2016)

No que diz respeito ao encaminhamento para realização do exame de ultrassom, o fluxo também passava pelo SISREG. Na Capital e no município de Interior do Norte foram mencionadas dificuldades de disponibilidade do exame na rede:

Todos os ultrassons de gestante têm que ser particulares praticamente...
(Agente Comunitária de Saúde – Capital)

Mas é muito pouco... tem uma planilha, e eles falam assim que é para mandar para responsável técnica lá, na planilha né. Primeiro fazer autorização no SISREG, aí coloca na planilha e devolve. Só que as minhas não foram sendo contempladas não. (Enfermeira – Capital)

É, as ultrassonografias, infelizmente, quem tem poder aquisitivo faz particular, quando do contrário a gente orienta que procure as URAPs da vida, as policlínicas, se tiver conhecido lá, consegue fazer por lá, mas geralmente nossas grávidas conseguem fazer os ultrassons, dá um jeitinho brasileiro, faz particular ou dá uma chorada ali na policlínica e consegue fazer. (Enfermeiro – Norte)

Essa realização de exames particulares exemplifica a complexa relação do mix público-privado no Brasil. O pagamento por exames de imagem, consultas especializadas, entre outros, cria uma barreira econômica para grande parte dos usuários (VIANA *et al.* 2018). Na visão de Paim (2012) o cerne da questão são os diferentes objetivos quando se trata de prestadores públicos e privados. As RAS

construídas em sistemas universais de saúde se baseiam na coordenação do cuidado para articular a atenção integral, enquanto nas redes em sistemas privados a coordenação tem como princípio a competição mercadológica.

É importante pontuar que no ponto de vista da gestão, esse era um problema que estava sendo solucionado. A coordenadora de APS da capital destacou que havia organizado recente o fluxo da gestante no município, para que ao menos um exame de ultrassom fosse garantido a mulher:

Quer dizer que nossas gestantes hoje, todas elas, um ultrassom no mínimo ela consegue fazer dentro da gravidez dela. Assim, a gente está tentando colocar até duas, que é o mínimo que o ministério coloca... (Coordenadora de APS –Capital)

No município de Interior do Centro-Oeste o ultrassom também era agendado via SISREG. De modo geral, as equipes e gestoras relataram que as gestantes conseguiam realizar o exame no tempo adequado. Existia uma cota mensal que segundo os relatos atendia de forma suficiente a população, sendo necessários pequenos arranjos:

Não, o ultrassom tem as vagas limitadas, né? Por mês. Aí não dei conta de agendar todo mundo esse mês, o restante fica pro mês que vem. (Enfermeira – Interior Centro-Oeste)

E tem unidade também que já deixa separado a cota de exames para gestante, que a gestante já sai de lá com exame marcado... Ultrassom, tudo. Já sai tudo marcado. (Coordenadora de APS – Interior Centro-Oeste)

De modo geral, percebe-se que os profissionais têm as definições claras quanto a classificação de alto risco gestacional. No entanto, falta estabelecer fluxos envolvendo a gestão, as equipes de saúde da família e os profissionais dos outros níveis de atenção. Embora o SISREG tenha aparecido como principal meio para encaminhamento, o que é recomendado para a coordenação do cuidado organizada, predominaram desafios, como a não adesão das gestantes ao serviço especializado e o tempo de espera por atendimento. Frente a essa realidade, os profissionais encontraram na informalidade o caminho para garantir a continuidade da atenção.

- **Câncer de mama e de colo de útero**

Quanto ao fluxo de encaminhamento nos casos de câncer de mama e de colo de útero, os profissionais das equipes de saúde da família e os gestores participantes da pesquisa relataram rotinas semelhantes nos municípios. De modo geral, os casos suspeitos e confirmados eram encaminhados via SISREG:

...temos mastologistas, oncologistas, ginecologistas e cai dentro do SISREG também, tá? E nesse SISREG é encaminhado para um... acompanhamento diretamente lá com o especialista. (Secretário Adjunto de Saúde – Capital)

Ultimamente eu, é tudo via SISREG a gente não tem tido dificuldade, com linfoma, a pouco tempo eu encaminhei, foi muito rápido o atendimento, tratamento, foi tudo muito rápido. (Enfermeira – Capital)

Nenhum é feito aqui. No caso do preventivo é realizado aqui, nas unidades básicas de saúde, porém a mamografia a gente não executa aqui no município. Todos são via solicitação, encaminhados para [capital]. A gente não tem mamógrafo aqui. (Secretária de Saúde – Interior do Norte)

[É na capital] então nós não temos gargalo, nós já fazemos, às vezes, até a gente já faz os exames aqui pra adiantar, e em paralelo ao diagnóstico já faz a regulação com lá, mas não é o caso igual cirurgias, lá não é gargalo porque não tem paciente que precisa esperando. (Secretária de Saúde – Interior do Centro-Oeste)

Na Capital do Centro-Oeste, nos casos suspeitos, em que não foram realizados exames, a paciente era encaminhada para o especialista. O mastologista no caso da mama, para análise clínica e pedido de exames quando avaliado como necessário. Quando a suspeita era de câncer de colo de útero o encaminhamento ocorria para ginecologia especializada, para realização da colposcopia em um centro de saúde da mulher. Já os casos em que a paciente possuía um exame confirmando a presença de algum nódulo ou uma colposcopia alterada o encaminhamento era realizado direto para o hospital do câncer:

Por exemplo, se tem um nódulo grau 4, precisa de uma biópsia. Então você vai pro mastologista. Então você vai para fila do SISREG. Às vezes a gente mesmo pede a biópsia. Se vir a biópsia a gente faz o encaminhamento para o hospital do câncer, mas tem que passar pelo SISREG.” (Médica – Capital)

Lá no [centro de referência para saúde da mulher] ele faz o acompanhamento do câncer suspeito, né? A gente tem muitas vezes, que a gente faz direto, às vezes a gente precisa ligar para avisar para poder ir já lá fazer a colposcopia, e se por acaso, tiver que fazer qualquer outro procedimento, lá mesmo eles fazem o agendamento deles... (Médica – Capital)

No relato da médica ela menciona a possibilidade de solicitar exames de apoio diagnóstico na atenção básica. Esse tipo de prática está em consonância com o protocolo para atendimento aos cânceres no nível primário (BRASIL, 2013). A solicitação de exames especializados na APS antes de encaminhar pode resultar em maior resolubilidade para o nível primário, além de contribuir para diminuição o volume de transferências desnecessárias para os outros níveis de atenção (ALMEIDA; SANTOS, 2016). Esse mecanismo também foi identificado no Interior do Centro-Oeste:

O fluxo é: esse paciente, se realmente ele vai ter um exame alterado, geralmente eu conduzo, por exemplo, mama. Mamografia para as pacientes com a idade preconizada, tem todo um protocolo para pedido de exames, esse exame vem alterado, eu pesquisei pós-ultrassom, porque o exame de rastreio é mamografia, exame de procedimento de investigação é ultrassom. Ultrassom alterado, algum nódulo, alguma coisa, eu peço "pulsão", que é a biópsia né. Fez essa biópsia, tem comprovando alguma alteração eu já encaminho direto já para o mastologista, ou pro próprio ginecologista dar seguimento... [esse processo] é rápido. (Médico – Interior do Centro-Oeste)

Quando o médico na APS consegue viabilizar o acesso a exames diagnósticos, além de melhorar a capacidade de resposta da atenção básica, ele evita deslocamentos desnecessários para a usuária. Nos dois municípios interioranos estudados os tratamentos de câncer ocorriam nas capitais dos estados, portanto as usuárias precisavam viajar para conseguir o atendimento. Autores apontam que as longas distâncias percorridas por pacientes em busca de diagnósticos ou terapêuticas interferem na adesão ao serviço especializado (AQUINO; SOUTO, 2015; SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011). Dentre os motivadores para essa realidade estão os gastos diretos com transporte e outras eventualidades, bem como o estado debilitante da pessoa para viajar (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011). Desse modo, quando as usuárias chegam no serviço especializado com os exames já realizados o tratamento começa mais rápido.

No que se refere especificamente ao câncer de colo de útero, médicos ou enfermeiros são responsáveis por coletar o material para realização do exame Papanicolau (CCO) nas UBS, em seguida o material é enviado para um laboratório para análise. Essa rotina foi encontrada nos municípios de interior:

A gente faz a coleta e a colega da administrativa pega as coletas leva e manda pro CECON, todas as coletas aqui, públicas, é feita no CECON. Demora uma média de 30 dias, com 30 dias eles liberam o exame. Antigamente tinha que esperar eles mandarem, a tecnologia avançou, você coloca o número do SUS da mulher, se tiver pronto lá a gente já imprime aqui... (Enfermeira – Interior do Norte)

Um fluxo diferente foi identificado na Capital. Segundo os participantes o exame não era mais coletado na UBS e precisava ser solicitado via SISREG, divergindo das recomendações ministeriais (BRASIL, 2013). Essa mudança resultou em demora, tanto na coleta do material, quanto na entrega do resultado. O exame dependia exclusivamente de um único hospital do município:

Inclusive também, uma coisa que a gente está tendo uma grande dificuldade agora, apesar da grande procura, é com relação ao CCO, o exame preventivo. Está tendo um atraso muito grande na entrega dos resultados desses exames. E para fazer o exame também agora, inventaram que tem que ter vaga porque a gente depende exclusivamente do hospital do Câncer. E aí tem que ter vaga nessa área. (Agente Comunitário de Saúde – Capital)

Tem que regular no mesmo sistema SISREG. Aí para fazer preventivo, é muito tempo, 3 ou 4 meses. (Agente Comunitário de Saúde – Capital)

Atualmente, está quase um ano sem realizar preventivo... problema do laboratório... e também por falta de insumo. E aqui nós estamos sem receber a escovinha. (Enfermeira – Capital)

O exame Papanicolau é essencial para detecção de neoplasia, bem como de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e outros distúrbios ginecológicos. No caso do câncer de colo de útero a realização do preventivo possibilita o rastreamento precoce do HPV, ação importante para melhor prognóstico da paciente (BARBEIRO et al., 2009). Desta forma, barreiras de acesso ao exame colocam em risco o objetivo de diminuir a incidência dessa neoplasia, conforme exposto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

No Brasil os empecilhos para adesão ao exame preventivo de forma regular são de diferentes ordens. Andrade et al., (2014) encontraram associações entre a não adesão ao exame, a baixa escolaridade das mulheres e o não uso de métodos contraceptivos ao conhecimento inadequado sobre o Papanicolau. Outro ponto que emergiu nesta pesquisa que contribuiu para a não adesão ao Papanicolau foi a não

utilização dos serviços de atenção básica locais. Melo *et al.*, (2012) destacam que a equipe de saúde da família, em especial o enfermeiro, tem um papel importante na sensibilização de mulheres quanto a métodos contraceptivos e exames preventivos. Desse modo, a falta de material adequado e as falhas estruturais, expostas nas falas dos participantes do presente estudo, podem implicar em descontinuidades assistenciais, que enfraquecem a capacidade de coordenação do cuidado pela APS.

A descontinuidade da detecção precoce do câncer de colo de útero é correlacionada a periodicidade inadequada na realização do teste, que pode ser explicada por fatores individuais ou por fragilidades dos serviços de saúde (CUNHA, 2014). Quanto a este segundo grupo de fatores, destaca-se que o processo de elaboração do exame Papanicolau envolve esforços de todos os níveis de atenção à saúde. Uma vez que, o material precisa ser coletado em serviços primários, analisados por laboratórios e os resultados devem retornar ao profissional de atenção básica. Portanto, a integração das redes é condição necessária para diagnósticos em tempo oportuno (INCA, 2011).

Além da rede integrada, a sensibilização dos profissionais para a importância do exame se faz necessária. Assim como observado nos casos de gravidez, o protagonismo do profissional para garantir o atendimento foi observado. A grande diferença é que os casos de cânceres de mama e de colo de útero são menos diagnosticados nos serviços de APS. Portanto, não ocupam a rotina das equipes como ocorre com o pré-natal. Nos três municípios essas neoplasias não representam um grande problema de acesso à rede especializada:

A gente não perde, porque se essa mulher não fizer hoje, que é quando ela tá disponível, quando é que a gente vai pegar ela, né? Então graças a deus tem o material, tem espécuro, tem as escovinhas, a gente tem o fixador, tem maca, a gente tem tudo, funciona. (Enfermeira – Interior Norte)

A palavrinha mágica câncer abre as portas... Até para seguimento de pós-câncer. Por exemplo, pedido de exame. (Médica – Capital)

Essa percepção de facilidade no encaminhamento dos casos de câncer para serviços especializados pode ser explicada pela lei nº 12.732 de 2012. A legislação determina que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro

tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for feito o diagnóstico. Considerando que os vários tipos de cânceres afetam a vida do indivíduo em sua completude, influenciando nas interações sociais, condições de trabalho e sustento e a saúde mental, outros dispositivos legais tratam dos direitos das pessoas em tratamento de neoplasias (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011). Além do pleno direito ao tratamento pelo SUS, elas podem solicitar auxílio-doença, aposentadoria, isenção fiscal, entre outros. No entanto, pesquisa realizada junto a pacientes oncológicos demonstrou baixo conhecimento por eles da variedade de direitos que possuem (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Conhecer a amplitude de dispositivos sociais que podem afetar positivamente a experiência do usuário para alcançar um melhor estado de bem-estar está relacionado com a coordenação do cuidado (MCDONALD *et al.*, 2014). Esta perspectiva é respaldada pelo conceito ampliado de saúde, firmado em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu as bases do SUS. Na concepção dos formuladores a saúde compreende um conjunto de condições alimentares, habitacionais, educacionais, de renda e trabalho, bem como contextos sociais (FIOCRUZ, 2011). Assim, fatores biomédicos não são os únicos responsáveis pelo adoecimento e é por esse motivo que as políticas e ações de saúde precisam acontecer de forma intersetorial.

Quanto ao exame de mamografia, não foram relatados grandes empecilhos para realização do mesmo nos municípios estudados. Na Capital, em função dos problemas de utilização do SISREG encontrados pelos profissionais das equipes, a marcação do exame exigia uma organização:

É médio. É como eu falei para você, eu agora não estou solicitando a mamografia. Uma vez por mês eu entro via SISREG no horário do meu almoço, para poder acessar essas vagas. Esse mês todas as mamografias que tinha, foram... (Agente Comunitário de Saúde – Capital)

A rotina adequada de mamografias é reconhecida como meio eficiente para rastreamento precoce de anormalidades nas mamas. Segundo estimativa utilizando

dados do VIGITEL e da PNAD (2003) a cobertura de mamografia para o conjunto de capitais brasileiras estava em torno de 70% em 2007 (VIACAVA; SOUZA-JUNIOR; MOREIRA, 2009). Contudo, os autores alertam para as grandes diferenças regionais, destaca-se, na região Norte, Porto Velho com apenas 41,1%, porcentagem abaixo da meta estipulada em 60% pelo Ministério da Saúde. No Centro-Oeste estudo sobre a disponibilidade de mamógrafos demonstrou que em linhas gerais Goiás têm um quantitativo suficiente para cobrir a população de mulheres, no entanto com importantes variações locais (CORRÊA et al., 2011). No mesmo sentido, Xavier *et al.*, (2016) alertam para uma distribuição desigual dos equipamentos no território brasileiro, caracterizada por melhores condições no Sul e Sudeste.

Bem como foi relatado nos casos da gestação de alto risco, o SISREG foi mencionado como padrão de encaminhamento. No entanto, ainda que os cânceres não tenham representado gargalos para encaminhamento das usuárias, a situação da Capital do Centro-Oeste chama atenção. Uma vez que, a baixa realização do Papanicolau pode implicar em subnotificações, bem como a falta de domínio dos profissionais em relação ao SISREG representa um empecilho para plena funcionalidade da regulação no município.

5.2.2 Comunicação entre APS e outros níveis de atenção

Os sistemas de saúde com funcionamento em rede necessitam de mecanismos para interação entre diferentes serviços. No Brasil os dispositivos de referência e contrarreferência desempenham um papel centralizador para comunicação entre profissionais de atenção básica e especialistas (BOUSQUAT *et al.*, 2017). De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, a dinâmica era a seguinte: quando identificada a necessidade na APS o encaminhamento era realizado através do SISREG. Assim que liberada a consulta, o usuário recebia a folha guia preenchida pelo médico da atenção básica com as informações de referência. Nessa mesma folha havia um espaço destinado ao registro da contrarreferência. Contudo, foi destacado que a contrarreferência raramente acontecia, normalmente as folhas retornavam com o espaço destinado ao especialista em branco. Predominou nos

discursos a falta de interação entre os especialistas e profissionais da equipe multiprofissional na APS:

Na verdade, essa ficha tem o lugar que a gente encaminha e teria a contrarreferência, mas eu nunca recebi. Não sei se a Dra., que tem mais tempo...

Eu nunca recebi também. (Médicas – Capital do Centro-Oeste)

Às vezes o que a gente não tem na rede é a contrarreferência, o cardiologista geralmente trata desse paciente e ele não envia nenhuma contrarreferência. (Médico – Interior do Centro-Oeste)

Diversos estudos brasileiros registram a falta de envio da contrarreferência para os serviços de APS (ROLIM et al., 2019; CECILIO; REIS, 2018; FAUSTO et al., 2014). Rolim *et al.*, (2019) ressaltam que o processo de comunicação na rede de saúde é unidirecional, os profissionais da equipe de ESF costumam preencher as informações referentes ao motivo do encaminhamento, no entanto revelam não receber um retorno do serviço especializado. É preciso destacar que poucos estudos consideram a experiência dos especialistas. Mendes e Almeida (2020) sensíveis a esta situação desenvolveram um estudo trazendo a perspectiva destes profissionais. Os autores buscaram identificar o conhecimento e a utilização dos médicos de APS e especialistas sobre mecanismos de coordenação do cuidado. Foi mostrado que a referência e contrarreferência era amplamente conhecida por ambos, no entanto pouco utilizada, principalmente na atenção especializada.

No presente estudo, em um dos grupos da Capital Centro-Oeste foram identificados alguns casos específicos em que a contrarreferência ocorria com maior frequência. Eram eles quando o especialista considerava o encaminhamento desnecessário ou quando a conduta era realizada em universidade ou ambulatório escola.

Às vezes eles fazem a contrarreferência quando eles querem que o caso só fique com a gente. Aí a contrarreferência, geralmente a gente pega igual dos outros pacientes, na consulta com o paciente, a gente questiona e ele fala o que que aconteceu, o que foi solicitado.

...Então a gente tem um acesso mais fácil a faculdade, a UNIVAG, e lá eles têm ambulatório de especialidade. Então quando eu consigo direcionar para lá, muitas vezes retornam com essa ficha preenchida. Mas pela nossa central mesmo, muito raro. (Médicas – Capital Centro-Oeste)

Para McDonald *et al.*, (2014) o processo de comunicação entre os níveis de atenção pode ocorrer por uma variedade de canais. Ela se distingue em dois tipos: a comunicação interpessoal - que seria a interação entre ESF e especialistas para discussão dos casos - e a transferência de informações - ou seja, os dados clínicos, histórico de saúde, resultados de exames - no caso do Brasil seria por meio da referência e contrarreferência. A primeira forma de comunicação não foi identificada no presente estudo e a segunda apareceu, no entanto, marcada pela informalidade.

Quanto aos casos específicos de gravidez de alto risco gestacional, a Caderneta da Gestante apareceu como possibilidade de contrarreferência de informações especializadas. Nos casos de cânceres de mama e de colo de útero a falta de interação entre níveis de atenção teve maior destaque. No entanto, apesar dessas diferenças, é interessante observar semelhanças entre os casos, o papel do ACS e o relato da própria usuária foram mencionados como formas alternativas de contrarreferência.

- **Gravidez de alto risco – Caderneta da Gestante**

Em relação a gravidez de alto risco na capital, os grupos divergiram em relação ao preenchimento de informações pelo especialista na Caderneta da Gestante (GD). Em um dos grupos da Capital Centro-Oeste foi relatado que a contrarreferência acontecia por meio da CG, em que eram registrados os procedimentos realizados.

Vem via o cartão da gestante [a informação do pré-natal realizado no hospital de referência] (Enfermeira – Capital Centro-Oeste)

...Tem algumas [gestantes] que elas são atendidas em algumas consultas [no alto risco] e aí, ela estabilizou o quadro e retornam para a unidade. (Agente Comunitária de Saúde – Capital Centro-Oeste)... Essas trazem contrarreferência. (Auxiliar de enfermagem – Capital Centro-Oeste)

A atual Caderneta da Gestante (CG) foi sofrendo modificações ao longo do tempo, hoje se apresenta como um documento completo para registro de dados, clínicos e sociodemográficos, e como fonte de informações. Nela foram incluídas orientações sobre amamentação, gravidez saudável, direitos das mulheres, bem como informações sobre prevenção e tratamento de doenças como sífilis e dengue

(BRASIL, 2016). Ainda que a caderneta seja um importante mecanismo, ela precisa ser devidamente preenchida para gerar impactos positivos na assistência pré-natal. Gonzalez e Cesar (2019) observaram que a posse da CG no momento do parto era baixa e estava em queda. Os autores, bem como em outro estudo, encontraram falhas nos registros, com destaque para os exames laboratoriais. Castro *et al.* (2020) levantaram a necessidade de investigar o tempo de espera para os resultados, podendo ser um fator relevante para a falha no preenchimento dos exames. Neste sentido, o diálogo entre esferas gestoras e equipe de saúde é imprescindível.

A incompletude do CG compromete o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que deve ser completada ainda na maternidade. Estudo sobre a CSC, também, revelou falhas de registro, especialmente na documentação de informações sobre pré-natal, dados do recém-nascido, resultados de exames e alta hospitalar (ROSOLEM *et al.*, 2019). Os autores chamam a atenção para o impacto negativo do registro inadequado, uma vez que o instrumento tem um potencial de transitar informações entre diferentes serviços, possibilitando a continuidade e a coordenação do cuidado pela APS.

Em consonância com a literatura, no outro grupo, realizado na Capital do Centro-Oeste, foi ressaltado a falta de informações precisas de contrarreferência e o preenchimento inadequado do CG:

Não tem [contrarreferência]. Só através do paciente, mal preenchem o cartão. (Agente Comunitária de Saúde – Capital Centro-Oeste)

E a gestante tem o cartão, o cartão eles passam lá para preencher. E às vezes quando ela vai nessa referência, às vezes eles preenchem e a gente vê também pela conduta que foi tomada ali no cantinho do cartão, dá para saber mais ou menos a conduta que foi tomada. (Enfermeira – Capital Centro-Oeste)

Conforme discutido na categoria “Processos de encaminhamento para especialista e exames” as equipes de saúde da família acompanham de forma compartilhada as gestantes em tratamento no serviço especializado de pré-natal de alto risco gestacional. Dessa forma, ainda que a contrarreferência formal não ocorra em todos os casos, o contato constante permite uma troca maior de informações:

...a gente também tem um direcionamento especializado onde a gente, nesse caso sim, das gestantes a gente tem uma contrarreferência, a gente acompanha essa gestante. Ela pode ser um soropositivo, ela é acompanhada no SAE lá em Rio Branco, dentro da fundação, mas ela volta para todas as consultas mensais dela aqui para que a enfermeira acompanha. (Coordenadora de APS – Interior do Norte)

- **Câncer de mama e de colo de útero**

Já nos casos de câncer de mama e do colo de útero, a falta de contrarreferência do especialista e de interação entre os níveis de atenção foi mais marcante nos discursos da equipe e coordenadores de APS.

Não. Porque quando dá CA positivo, elas vão começar o caminho de tratamento e esse caminho de tratamento demora anos, pode até ser que elas voltem, mas pela rotatividade a gente não consegue mais encontrar elas, entendeu? (Enfermeira – Interior do Norte)

Não tem retorno... quando essa paciente é identificada, que ela tem mesmo, aí ela é referenciada para [capital], aí vai, geralmente essa parte oncológica é bem assistida.

É interessante observar, como discutido anteriormente, que na visão de alguns profissionais a atenção básica não tem responsabilidades definidas nos casos de câncer, sendo que a contrarreferência não apareceu como algo necessário. Já nas entrevistas com os secretários, foi pontuado como o mecanismo deveria operar:

“Mas uma vez encaminhado, o paciente dificilmente volta, porque vai pra lá, pra essa rede, e todo tratamento é realizado por lá. Aí quando precisar de acompanhamento, eles que dão uma contrarreferência pra básica: ‘paciente em tratamento, foi realizado, isso, isso e isso, encaminhado pro acompanhamento na atenção básica, se necessário encaminhar novamente. (Secretário Adjunto de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

[Tem contrarreferência?] Sim e tem, também, a equipe de saúde da família também faz a interlocução com o SADE pra acompanhar esses pacientes com a equipe de serviços de atendimento domiciliar que a gente tem... (Secretária – Interior do Centro-Oeste)

Esses relatos estão em consonância com apontamentos feitos por Viana *et al.*, (2018), os autores observaram que gestores se limitavam a reproduzir diretrizes políticas, como se a existência de um arcabouço teórico fosse suficiente para a aplicação prática. Outro estudo desenvolvido sob a perspectiva de gestores encontrou que uma vez referenciada para o tratamento do câncer de mama, não havia retorno

da informação clínica para as centrais, programas de Saúde da Mulher e UBSs. Esta falta de contrarreferência criava uma ruptura entre a relação da usuária com a atenção básica, impossibilitando a coordenação do cuidado efetiva (ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020).

Ainda que a assistência a mulheres com câncer não tenha aparecido como algo pertencente à rotina da APS, as equipes e coordenadores pontuaram mecanismos alternativos que possibilitavam reunir informações sobre as mulheres em serviços especializados. Tais mecanismos foram percebidos tanto para abordagem dos cânceres quanto da gestação e serão discutidos no próximo tópico.

- **Interseções no processo de comunicação para os casos de cânceres e a gestação de alto risco**

Tanto nos casos dos cânceres de mama de colo de útero, quanto nos de gestação de alto risco, o processo para obtenção de informações sobre consultas especializadas foi caracterizado pela informalidade. O ACS apareceu como figura chave, conforme pode ser percebido nos relatos abaixo sobre as gestantes em atendimento especializado:

Acompanhamos também. Ela veio na unidade, vem com a enfermeira, quando precisa vem no médico, mesmo ela sendo atendida lá no materno infantil, ela não deixou a unidade.

Na própria visita mensal que a gente faz também, ela já mostra pra gente a data do retorno da consulta, a gente já programa para, vamos supor, se ela foi ontem a gente vai hoje, a gente tem esse acompanhamento também. (Agentes Comunitárias de Saúde – Interior do Centro-Oeste)

Um ponto positivo é que a gente fica sabendo sobre essa contrarreferência é através da visita domiciliar, quando a gente vai fazer a visita na casa, os pacientes relatam para a gente como foi o encaminhamento, o que o médico de lá pediu, se pediu para voltar, qual que foi os procedimentos que foram tomados, através da visita domiciliar.

Geralmente quando eu faço as visitas, o relato é feito no protocolo, e quando eu chego aqui eu passo para o prontuário. Facilita mais para até a enfermeira quanto para a médica quando ela pegar o prontuário, ela vai saber já que tem informação e como que ficou aquilo, o que aconteceu depois do procedimento. (Agentes Comunitários de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

A busca ativa e a visita domiciliar se destacam como ações favoráveis à contrarreferência. O mesmo ocorria nos casos de câncer de colo de útero e de mama:

[Informação sobre as pacientes com câncer de mama e de colo de útero em tratamento] pelos ACS... A contrarreferência aqui é o ACS. (Agente Comunitário de Saúde – Interior Centro-Oeste)

Até porque ele sabe tudo da vida do paciente, você fala "agente de saúde, o paciente, seu cadastrado tal, tal, assim, não veio na consulta e não sei o que", aí ele já relata tudo pra você... (Coordenadora APS – Interior Centro-Oeste)

[Vocês ficam sabendo o que que aconteceu na consulta?] A gente pergunta. Nós ACSs quando a gente faz visita, eles falam, aí a gente estende mais a visita, que aí eles contam tudo mesmo... No relatório da gente, a gente entrega um relatório mensal, a gente traz tudo no relatório. (Agente Comunitária de Saúde – Interior do Norte)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi identificado como facilitador da contrarreferência. A proximidade física que esse profissional tem com o território de atuação possibilita a construção de vínculos permanentes. Esta categoria profissional é a única de atuação exclusiva no SUS e está em constante contato com a comunidade, o que reflete em maior capacidade para interligar serviço e usuário. O ACS leva informações de saúde para a população e traz para a equipe as necessidades emergentes nas áreas de atuação (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Desse modo, este profissional exerce um papel estratégico para o alcance das ações e serviços de APS, ele representa o elo entre a equipe de saúde e os usuários (BORNSTEIN, 2007).

Ainda que o ACS exerça um papel importante ao interligar comunidade e serviços, a contrarreferência que ele executa é limitada à história contada pelos pacientes, conforme expresso nos relatos acima. Desse modo, a memória e o entendimento da usuária quanto aos eventos ocorridos durante a consulta com especialista eram determinantes para os três tipos de agravos estudados. Nos casos dos cânceres foi mencionada a iniciativa das usuárias, após o atendimento no nível secundário ou terciário em procurar a unidade de saúde básica para dar prosseguimento ao acompanhamento médico:

Não [recebemos contrarreferência] do profissional... Não como cartinha, mas do paciente. (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

É algo quase imediato, elas vêm, entendeu, falar o que que teve, o tratamento que está fazendo, porque a maioria são moradores, são pessoas que moram aqui do lado. Não tem como fugir da gente. (Capital do Centro-Oeste)

O feedback que a gente tem geralmente é da paciente, da paciente com a equipe, o feedback muito, só interpessoal mesmo. (Médico – Interior do Centro-Oeste)

E vago né, às vezes né, porque o paciente não sabe nem falar o tipo de procedimento que ele passou, medicação... às vezes fica vago. (Enfermeiro – Interior do Centro-Oeste)

Estes achados estão em consonância com os de Almeida, Almeida e Melo (2020), que notaram o fluxo de informações sob responsabilidade das mulheres que passavam por diferentes serviços. Embora seja essencial ouvir o relato dos pacientes para a construção de um cuidado compartilhado entre médico e paciente, o retorno direto do especialista é imprescindível visando o direcionamento adequado do caso. Alguns termos técnicos da profissão médica nem sempre são amplamente compreendidos por usuários (DESLANDES, 2004). Portanto o canal de comunicação entre profissionais precisa ser estruturado para alcançar uma assistência integral. Houdt *et al.*, (2014) destacam a importância de serviços em rede e coordenados para casos de câncer, esse tipo de doença envolve, normalmente, um tratamento longo e intenso, portanto exige um controle para evitar tratamentos desnecessários.

No mesmo sentido, a gestação de alto risco exige uma gestão do caso para que todos os exames e procedimentos de pré-natal sejam realizados e registrados, repercutindo em melhores condições para o parto. No Interior do Norte, objetivando melhor qualidade na informação relatada pela paciente, a enfermeira descreveu a estratégia que utilizava:

Eu já tenho o telefone delas, eu já anoto ali, tenho a agenda, mesmo que eu não tenha tempo de entrar em contato no dia seguinte, elas retornam para mim, ou no dia seguinte, ou 2 dias depois. Primeiro, eu estive lá, lá eu fiz exame tal, lá eu fui atendida assim, alguns médicos fazem o relatório daquele atendimento e pede para trazer cá, outros não, aí eu já digo 'Pede a cópia dos exames que fizer lá, para mim saber o tipo de tratamento que está sendo feito.', né, eu sempre costumo orientar elas para que elas saibam o que elas vão fazer no retorno, né, o que elas vão me dizer, e a gente consegue, mas comunicação mesmo, verbalmente, entre eu e elas esse feedback de retorno, o que foi feito lá, o que vai dar continuidade, entre eu e elas mesmo. (Enfermeira – Interior Norte)

Pelo relato é possível perceber que existia uma preocupação em preparar a gestante para a consulta especialista de modo que ela conseguisse trazer para a atenção básica as informações adequadas. Mais uma vez, destaca-se este tipo de rotina como atitudes práticas, adotadas pelos profissionais para solução de um problema percebido. Neste caso, na inexistência da contrarreferência formal, a enfermeira busca instrumentalizar a usuária para que ela mesma possa cobrar do especialista o retorno a que ela tem direito.

- **Registro de informações**

Quanto ao registro de informações sobre os pacientes, os municípios adotavam o e-SUS quando realizado o trabalho de campo. Do ponto de vista da coordenação do cuidado, o prontuário eletrônico possibilita operacionalizar as dimensões do atributo, com destaque para a facilidade em acompanhar as necessidades de saúde do usuário (DIAS; GIOVANELLA, 2013). Os benefícios desse tipo de mecanismo são reconhecidos por profissionais de saúde, eles avaliaram como positiva a coordenação do cuidado pela presença de prontuários eletrônicos na hora da consulta (ROLIM et al., 2019). Em consonância com a literatura foram identificados benefícios na utilização dos prontuários eletrônicos:

Com essa questão de histórico do paciente é muito bom, muito interessante, que abre lá, vê a consulta, vê o que foi feito naquela consulta, que que foi prescrito, qual foi a orientação que foi dada. (Enfermeiro – Interior do Norte)

Até pra gente, ACS, o e-SUS é muito bom. Porque antes a gente trazia tudo anotado, não sabia o que realmente fazer com aquilo e hoje não, a gente digita tudinho. (Agente Comunitária de Saúde – Interior do Norte)

Ainda que a informatização das informações acarrete impactos positivos para o nível primário, alguns desafios persistem. No GD2 Capital Centro-Oeste foram relatados problemas com o sistema, houve uma pane que acarretou na perda de dados dos usuários no período de um ano. Kvist e Kidd (2006) alertam para a necessidade de sistemas eletrônicos acompanharem uma estrutura capaz de recuperar dados anteriores, uma vez que o uso de tecnologias envolve riscos que devem ser considerados. Na falta deste tipo de ferramenta, por precaução, a equipe instituiu a rotina de registrar por duas vezes as informações da consulta:

...então coitada da doutora que ela demora, perde-se mais tempo de atendimento devido a fazer duas vezes o mesmo serviço, eletrônico e manual. (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

O e-SUS foi apontado como principal fonte de informações sobre os pacientes em todos os grupos. No entanto, outros meios foram citados, como o caderno do ACS e as listas utilizadas para acompanhamento de casos crônicos:

Não fez teste, vamos dizer, sumiu... Tem o caderno também, além do computador tem o registro no caderno, você consegue cadastrar ele e vê "uai, cadê essa mulher, ela sumiu daqui, cadê ela?", não vê no sistema, cadê essa paciente? (Enfermeiro – Interior Centro-Oeste)

A gente tem as planilhas também, né? Lá tem a vida do paciente. Por exemplo, a gente tem lá um caderninho com os diabéticos, com os hipertensos, tá tudo, toda rede que a gente atende tá lá. (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

Eu anoto tudinho. Ontem mesmo, teve um paciente que teve um AVC e eu chego para doutora e passo qual que está a situação dele... (Agente Comunitária de Saúde – Capital do Centro-Oeste) ...E eu entendo que tudo isso aí teria que ser realmente registrado, porque né, ela me passou essa informação, mas é aquela coisa, foi no corredor. E eu fiz a orientação ali, quando devia realmente ser registrado, no prontuário do paciente, né." (Médica – Capital do Centro-Oeste)

As listas e os cadernos dos ACS representam meios importantes para o acompanhamento sistemático, no entanto, o prontuário deve ser priorizado como forma de manter o histórico do paciente ao longo do tempo. Uma vantagem relacionada ao prontuário em ambiente eletrônico é a possibilidade de utilização para ensino e pesquisa, se mostrando uma fonte completa para compreender diagnósticos e comparar condutas. Ele possibilita, também, o compartilhamento eficiente de informações do paciente ao longo da RAS e diminui a barreira de comunicação causada pela ilegibilidade do prontuário em papel (GONÇALVES et al., 2013).

Embora, no presente estudo, a integração do prontuário eletrônico pela rede não tenha sido identificada, uma das participantes apresentou expectativas positivas quanto a sua implementação e possibilidades do mecanismo:

Acho que o objetivo, lá na frente, o e-SUS é unificar inteiro, né, todo o sistema do SUS ele ficar o e-SUS unificado, então o paciente que foi atendido na UPA, ou na cardiologia, tudo vai ser anotado e aí nós teríamos acesso a essas informações. (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

Portanto, a dimensão referente a comunicação do sistema de saúde, conforme expressa por McDonald *et al.*, (2014) foi incipiente do presente estudo. Não foi observada uma utilização do prontuário eletrônico em todos os níveis de atenção. No mesmo sentido, a contrarreferência formal foi pouco mencionada, predominando o relato da própria usuária como forma de obtenção quanto às consultas especializadas. O ACS, também, se destaca no processo por meio da busca ativa e visita domiciliar. Alguns facilitadores foram encontrados como no caso da gestante o compartilhamento da APN entre APS e especialistas e a caderneta da gestante.

5.3 Desafios e estratégias para coordenação do cuidado

Foram identificados nos discursos dos profissionais de APS desafios para alcançar a coordenação do cuidado no âmbito municipal. Dentre as dificuldades, apareceu com recorrência a falta de cobertura de ACS:

Acho que a cobertura ajuda muito nessa linha do cuidado, cobertura 100% de agentes de saúde... (Enfermeiro – Interior do Centro-Oeste)

Então, eu acho assim, uma grande falha da gestão é não ter 100% de cobertura e não ter 100% de cobertura de ACS. Unidade que não tem 100% de cobertura de ACS ele anda de joelho com as pernas tortas. Porque é o ACS que traz de lá para a gente... (Enfermeira – Capital do Centro-Oeste)

Então, a coordenação do cuidado eu penso que seria melhor, seria um sonho, se nós tivéssemos uma cobertura a nível de agente de saúde e que esse crescimento populacional ele fosse planejado... (Coordenadora de APS – Interior do Centro-Oeste)

Nos relatos acima é perceptível o reconhecimento do papel estratégico do ACS para os cuidados primários. No entanto, o desafio de alcançar uma cobertura universal destes profissionais no sistema de saúde ficou ainda maior com a PNAB 2017, uma vez que o caráter de obrigatoriedade deixa de existir. Levantamento em uma capital brasileira revelou diminuição do número mínimo de ACS em equipes de saúde da família após vigência da nova PNAB (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Ademais, o viés comunitário das ações do ACS também estão em risco à medida que a nova política estabelece funções técnicas a rotina de trabalho do profissional.

Nesse conjunto de alterações vinculadas à nova PNAB surgem questionamentos sobre qual o modelo de saúde objetiva-se alcançar. Silva e Andrade (2014) observaram uma tendência de valorização da APS por meio da ESF ao longo dos anos, portarias foram estabelecidas para avanço da regionalização. Entretanto, desde 2017 uma série de medidas de austeridade foram tomadas. Na visão do movimento sanitário o Brasil convive hoje com uma forte tendência à privatização do setor saúde, com vias a enfraquecer a universalidade, equidade e integralidade da APS, transformando o nível primário em focalizado, seletivo e mercantilizado (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A ausência de um sistema interligando os níveis de atenção, também teve destaque entre os desafios:

Era pra todo mundo usar o e-SUS, usar melhor o e-SUS... só um histórico, ia ser muito mais prático. (Médico – Interior do Centro-Oeste)

Eu acho que isso, a nível de Estado, mudar essa PPI e o Estado ofertar esse serviço especializado, ele trazer pra ele essa gestão desses hospitais estaduais, tirar do município, e a gente conseguir um programa informatizado a nível de 'UPA-CARES', a gente conseguir um prontuário único para toda rede, é o que eu acho que vai melhorar... (Secretária de Saúde – Interior do Centro-Oeste)

Conforme exposto nas falas acima a regionalização é um anseio do ponto de vista da gestão, bem como o estabelecimento de um sistema interligando os níveis de atenção. Uma experiência realizada em um hospital dos Estados Unidos da América testou os impactos de um sistema informatizado para compartilhamento de cuidados entre prestadores de serviços primários e especialistas. Os participantes avaliaram que o sistema melhorou a comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços. Possibilitando ao profissional do nível primário o recebimento de orientações especializadas em tempo oportuno, encaminhamentos facilitados quando necessário e melhor gestão das informações por meio da unificação do prontuário (REA *et al.*, 2018).

Outro exemplo positivo do uso de um prontuário eletrônico compartilhado entre diferentes níveis assistenciais foi observado em Belo Horizonte, cidade que possui

uma experiência exitosa em APS. Os autores encontraram melhora na coordenação do cuidado, maior proporção de respostas dos atendimentos especializados e redução na duplicação de exames. No entanto, é preciso esclarecer que ainda assim, a contrarreferência foi destacada como um ponto frágil. O sistema utilizado pelos profissionais possuía uma guia destinada às recomendações do especialista, mas raramente era preenchida adequadamente segundo os médicos da atenção básica (DIAS; GIOVANELLA, 2013).

Para além das falhas de integração entre os diferentes níveis de atenção, no Interior do Norte foi destacada a ausência de comunicação entre a própria APS:

Tem a questão da comunicação, ACS, secretaria, unidade, que não comunica, muita gente vem aqui e diz "nem sabia que ia ter esse atendimento", então há uma distorção de informação, que não chega até a pessoa que vai ter atendimento na base e a pessoa acaba não indo. (Enfermeiro – Interior do Norte)

A interação entre as diferentes instâncias da APS, conforme discutido nas outras categorias, é um fato importante para o reconhecimento das necessidades locais. Portanto, uma coordenação do cuidado de qualidade depende da conexão entre profissionais e gestores de atenção básica e entre esses e os serviços disponíveis nos outros níveis de atenção. Outro fator intrínseco a uma coordenação eficiente é a disponibilidade de recursos humanos na rede de atenção. No entanto, a falta de profissionais no SUS também foi apontada nos discursos:

E para a rede funcionar ela precisa da cobertura. Nós temos déficit desde da básica, secundária e as especialidades. Nós temos hoje filas que, pessoalmente na regulação, que ela não consegue avançar para algumas especialidades... (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

É assim, vocês estão falando só do hiperdia, né, mas no nosso município tem a necessidade, né, tem coisas boas, mas necessidade do pediatra, do ginecologista, que não tem... (Agente Comunitária de Saúde – Interior do Norte)

O provimento de médicos para atuação no SUS é um problema reconhecido pela literatura e por políticas públicas, especialmente quando se trata de localidades rurais de difícil acesso. Os especialistas são ainda mais difíceis de estabelecerem vínculos

nessas regiões, isso porque muitos municípios não possuem uma estrutura atrativa para esses grupos de profissionais (VERAS et al., 2018). A vacância de médicos na atenção secundária pode impactar na resolutividade da rede de atenção, interferindo na qualidade dos serviços de APS percebida pelos usuários (ALMEIDA et al., 2019). Nesse sentido Augusto *et al.*, (2019) encontraram uma associação entre condições crônicas de saúde e pior avaliação da coordenação do cuidado. Esses achados corroboram com a ideia de que pessoas que transitam mais pelos diferentes níveis de atenção tendem a avaliar mais negativamente o serviço (CECILIO; REIS, 2018). Nesse sentido, a disponibilidade de profissionais especialistas e consequentemente de vagas para consulta, se destacam para que a atenção básica alcance melhores indicadores de coordenação do cuidado.

Embora os desafios tenham se destacado, nos discursos dos profissionais, eles demonstraram, também, estratégias desenvolvidas para ao menos amenizar o problema de acesso à atenção especializada. Elas foram mencionadas a nível formal e informal. A presença do NASF-AB, mutirões e telessaúde são exemplos de estratégias formais:

Gente, mas vamos assim, eu gostaria de lembrar coisas positivas também... o município tem feito mutirão, lá no centro de especialidade médica eles têm ligado para os pacientes que tem aí muitos anos nessas filas...que são válidos porque a intenção é tentar um pouco desafogar essa questão dessas vagas... O NASF é algo que veio para dar suporte, às vezes, a gente quer que ele resolva tudo, mas ele não vai fazer isso, ele é um núcleo de apoio de saúde, ele vai dar um apoio, um suporte mínimo, ou alguns casos mais graves tentar encaminhar e ter uma resolução dos problemas... (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

Quando tem alguma demanda reprimida, por exemplo, amanhã mesmo, amanhã vai ter mutirão, que vai ter oftalmo, ultrassom, vários atendimentos para desafogar um pouco essas demandas, que ficou um pouco reprimida... (Agente Comunitário de Saúde – Interior do Centro-Oeste)

O telessaúde tem ajudado bastante. Às vezes quando os médicos precisam, tirar alguma dúvida, até mesmo os enfermeiros, tirar alguma dúvida, ou de algum suporte, alguma coisa, eles entram em contato com o telessaúde, é a web, o chat-web. Então a gente tem um suporte bem grande de telessaúde, tem trazido grandes melhorias para a gente, para o atendimento. (Secretária de Saúde – Interior do Norte)

Estas são estratégias que permitem o alinhamento de recursos de acordo com as demandas da população. Esse tipo de ação envolve um processo de negociação

entre a gestão e a equipe de saúde. Em especial o NASF-AB e o telessaúde são dispositivos de apoio à APS. Eles são responsáveis por aumentar a resolubilidade da APS e por qualificar os encaminhamentos para os outros níveis de atenção. Sendo identificados em estudos como uma das principais estratégias para fortalecer a coordenação dos cuidados das ESF (SILVA; ANDRADE, 2014; ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017). Contudo, a Nota Técnica nº 3/2020 publicada pela Secretaria de Atenção Primária em Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde (SAPS/MS), revoga os serviços do NASF-AB e institui o programa Previne Brasil. O documento abre a possibilidade para que o gestor municipal componha a equipe multiprofissional de atenção básica, definindo as categorias profissionais e a carga horária.

Do ponto de vista das estratégias informais, nos grupos realizados os profissionais de saúde mencionaram situações que extrapolam suas competências ocupacionais:

...cheguei um pouco atrasado porque peguei uma paciente que não é da nossa cobertura, é de fora da cobertura, mas a gente tinha contato, e fui deixar [no hospital] porque hoje os ônibus estão de greve... Então eu tive que pegar meu carro... (Agente Comunitário de Saúde – Capital do Centro-Oeste)

Olha, semana passada, eu tinha três gestantes que estão lá com 30 semanas de gravidez, não fizeram a rotina do segundo trimestre... [Pedi meu] marido, 6h da manhã, faz favor de estar na unidade, e veio as três pacientes de dentro do carro, eu falei "põe lá no [laboratório]" (risos)... Então gente, pelo menos os exames eu sei que ela fez...a gente tem a dificuldade da distância, e nossa população é bastante carente... ela vai precisar de no mínimo 20 reais, para você ir e voltar. Porque são 4 e pouco de dois ônibus mais 4 e pouco de dois ônibus. (Enfermeira – Capital Centro-Oeste)

Chama atenção nos relatos acima, para além do uso de carros particulares dos profissionais para transporte de usuários, a preocupação dos integrantes da equipe em criar condições de acesso aos outros níveis de atenção à saúde. Eles organizam o transporte, envolvem familiares no processo e dispõem do tempo livre para esse trabalho. Este tipo de ação surge do reconhecimento da realidade socioeconômica e das necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades. Frente a um contexto de baixa formalização de processos, principalmente quando envolve a relação entre os diversos serviços da rede de saúde, o protagonismo dos profissionais é decisivo para o alcance de um cuidado integral. No entanto, é importante levantar que essas ações possuem um caráter circunstancial, uma vez que dependem da disposição do sujeito.

E essa disposição vai além de uma opção racional, pode envolver o estado de saúde física e mental, ou até mesmo a carga de informações que o profissional acumulou ao longo da vida (NOGUEIRA, 2008).

O desafio, portanto, passa pela formalização de fluxos e pela disponibilidade da rede de atenção. De modo que a equipe de atenção básica consiga alinhar as potencialidades locais, identificando contextos e demandas, ao trabalho assistencial. As atuais alterações advindas com a PNAB 2017 e com o programa Previner Brasil, bem como outras portarias ministeriais, configuram incertezas ao futuro da coordenação do cuidado realizada pela APS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coordenação do cuidado, entendida pelo referencial teórico de McDonald *et al.* (2014), teve melhor desempenho nas atividades intrínseca à Atenção Primária à Saúde (APS). Quando as usuárias necessitavam de atendimentos em serviços especializados as fragilidades em coordenar o cuidado se destacaram. Essa relação pode ser percebida pela diferença significativa entre a abordagem para os casos de gestação e cânceres (de mama e de colo de útero). O primeiro grupo de casos ocupou maior espaço nos discursos e foram identificados um quantitativo maior de domínios do atributo nas ações das equipes de saúde da família (eSF) para atenção às gestantes. Ao passo que nos casos dos cânceres a coordenação do cuidado foi praticamente inexistente.

Desse modo, o único domínio do atributo que emergiu nas ações internas à APS para atenção aos cânceres de mama e de colo de útero foi o apoio aos objetivos de autocuidado. Contudo, apenas no interior do Norte foram relatadas atividades em grupo e de orientação individual sobre educação em saúde, prevenção de DST e realização de exames para rastreamento precoce dos cânceres. No que se refere a atividades de mesma natureza voltadas para gestantes, em todos os municípios, os profissionais demonstraram apoiar as grávidas com informação de qualidade sobre as diferentes fases da gestação, buscando compreender a realidade local. O reconhecimento das especificidades locais é uma atividade essencial para o domínio: utilização de recursos da comunidade. No presente estudo, a escola da comunidade e a universidade foram citadas como parceiras para ações de educação em saúde e assistência.

Outros domínios do atributo foram observados, ainda nas ações internas à APS, contudo, estes tiveram destaque apenas na coordenação do cuidado das gestantes. Começando pela definição clara de responsabilidades que cada profissional possui na assistência às mulheres gestantes. Os médicos e a equipe de enfermagem identificaram, como parte do trabalho que desempenham, o atendimento clínico e a educação em saúde. Enquanto os ACS se destacaram como figuras essenciais para busca ativa. Além de reconhecerem suas responsabilidades profissionais, a equipe mostrou estratégias para manter o vínculo dessas mulheres com o serviço de saúde.

Ainda que a construção de planos proativos de atendimento não tenha aparecido nos grupos e entrevistas, outras formas que contribuem para o planejamento e acompanhamento da APN foram mencionadas. Como a marcação de consultas antecipadas, listagens de controle, busca ativa e as cadernetas da gestante e criança. A vinculação à maternidade de referência, outra atividade essencial para a coordenação do cuidado, uma vez que representa parte do seguimento assistencial da gestante, foi observada em dois dos municípios estudados. Contemplando assim os domínios: avaliar as necessidades e objetivos; monitorar, acompanhar e responder às mudanças.

Portanto, ações internas à APS de coordenação do cuidado para os casos de gestação agregaram domínios do atributo. Entretanto, barreiras importantes foram identificadas. Nos dois municípios do Centro-Oeste a falta de profissional ACS foi destacada como um empecilho para a busca ativa generalizada. Sendo que, na Capital da região os participantes ressaltaram, também, o contingente insuficiente de recursos humanos e materiais nas unidades básicas de saúde como dificultador para ações de cunho educativo. Já no interior no Norte o principal desafio para a coordenação do cuidado foi a disponibilidade de serviços especializados.

Quanto às ações de coordenação do cuidado envolvendo o trabalho dos profissionais da APS em conjunto com o restante da rede de atenção, os outros três domínios de McDonald et al. (2014) apareceram: facilitar transições, comunicar e alinhar recursos com as necessidades do paciente. O primeiro diz respeito ao processo de transferência do paciente entre os serviços de acordo com as necessidades apresentadas. De forma geral, os participantes da pesquisa colocaram de forma unânime o SISREG como meio para encaminhamento da usuária com suspeita ou confirmação de câncer, tanto para realização de exames, como para consultas especializadas.

Realidade distinta foi observada nos casos da gestação de alto risco, em que não houve consenso sobre o uso do SISREG. Mesmo na Capital do Centro-Oeste, onde o uso do sistema de regulação foi mais difundido, foram mencionadas alternativas no encaminhamento das grávidas. De modo geral, foram mencionados obstáculos para acesso ao pré-natal de alto risco gestacional e ao ultrassom nos municípios.

Causadas pela falta de vagas ou pela indisponibilidade das gestantes para deslocamento. No que diz respeito ao ultrassom, foram identificados em dois municípios um quantitativo insuficiente de exames na rede. Desse modo, ainda que os profissionais dominassem os protocolos para identificar uma gestação de alto risco, a falta de consenso sobre o processo de encaminhamento e a dificuldade para atendimento em tempo oportuno se destacaram.

Após a transferência do paciente, de acordo com o referencial teórico, inicia-se uma relação de comunicação entre os profissionais locados nos serviços de diferentes níveis de complexidade. No Brasil, o principal mecanismo para troca de informações entre níveis é o sistema de referência e contrarreferência. Contudo, no presente estudo a contrarreferência apareceu como uma importante lacuna na APS para os dois grupos de agravos – cânceres (de mama e de colo de útero) e gestação de alto risco. Os profissionais relataram um baixo recebimento de informações diretas dos especialistas, predominando estratégias informais para garantia da continuidade do cuidado. Neste sentido, o trabalho do ACS em contato constante com a população, por meio de visitas domiciliares e busca ativa, apareceu como facilitador para a contrarreferência especializada. Nos casos específicos de gestação de alto risco foram identificadas especificidades. A caderneta da gestante quando preenchida adequadamente, bem como o acompanhamento compartilhado entre APS e especialistas, facilitavam a obtenção de informações. O prontuário eletrônico, por sua vez, estava presente em todos os municípios, no entanto, não era utilizado por todos os níveis de atenção.

Assim, a fragmentação entre os diferentes níveis de atenção se destacou no presente estudo. As ações de coordenação do cuidado que envolvem os outros níveis de atenção à saúde dependem da funcionalidade de serviços especializados e de uma estrutura de comunicação eficiente. No entanto, conforme expresso anteriormente, a indisponibilidade de consultas e exames, bem como a falha na troca de informações formais entre profissionais representam rupturas importantes na atividade de coordenação. Sem a contrapartida do sistema organizado, por meio de fluxos bem definidos, disponibilidade de estruturas e integralidade dos serviços, a coordenação pela APS se torna uma utopia.

Contudo, foi possível perceber, ainda, como a estrutura física e teórica, do nível primário, está melhor adaptada para assistir à gestação, revelando uma estreita relação com programas governamentais centrados no binômio mãe/filho(a). Ainda que não seja uma responsabilidade formal da APS realizar de forma exclusiva consultas de pré-natal a uma gestante de alto risco, os profissionais entendem como responsabilidade deles e buscam uma solução. Sendo que, nesta perspectiva, a falta de assistência não pode ser uma realidade.

Quanto ao último domínio - alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população - do ponto de vista das equipes ações de identificação de necessidades das gestantes emergiram. Contudo, esse domínio exige um trabalho integrado entre gestão e equipes de saúde, o que não foi identificado como uma rotina nos municípios. Destaca-se que na Capital estudada houveram controvérsias entre os discursos das equipes de saúde da família, coordenadores e gestores. O que pode sugerir uma falha importante de coordenação do cuidado. A Programação Pactuada Integrada (PPI), importante instrumento para alcançar as demandas por atendimento, foi mencionada em dois municípios, no entanto, os gestores destacaram que a pactuação não era suficiente para atender as necessidades da população.

As demandas locais se diferenciavam especialmente pelas distinções entre as estruturas de saúde presentes nos municípios. Na capital a organização da rede era mais complexa, envolvendo estruturas de saúde de todos os níveis assistenciais. Enquanto no interior do Centro-Oeste o município estudado era de porte médio, com alguns serviços especializados instalados. E por fim, no interior do Norte o município era de pequeno porte, apenas com atendimento de atenção básica e com altos índices de vulnerabilidade social. Sobre este ponto das diferenças locais cabe uma observação, apesar das diferenças entre alta e baixa coordenação do cuidado, conforme observado pelos dados quantitativos do PMAQ, observou-se na prática uma uniformidade de ações. Portanto, não houve uma relação entre melhor capacidade de coordenar o cuidado com ações práticas melhores estruturadas.

As distintas composições dos municípios foram importantes para responder ao terceiro objetivo específico do estudo – conhecer especificidades locais que interferem na coordenação do cuidado. Assim, as ações para coordenar o cuidado

encontravam peculiaridades em relação a cada município. Na Capital as longas filas de espera foram citadas como desafios para continuidade da atenção, sendo que o município atendia pacientes de outras localidades. Já no Interior do Centro-Oeste, uma visão positiva predominou, ainda que a PPI não estivesse atendendo a todas as necessidades, a estrutura construída foi colocada como suficiente para a maior parte das especialidades. Enquanto no Norte, os gargalos foram marcantes nas narrativas, nesse sentido, o grande destaque para coordenar o cuidado no município foi a iniciativa de profissionais, que apesar de importante tem um caráter circunstancial, dependendo das subjetividades dos profissionais.

O protagonismo dos profissionais de saúde também foram destaque como resposta ao quarto objetivo específico do estudo - conhecer as estratégias e desafios existentes na APS que afetam o trabalho de coordenação do cuidado. O envolvimento interpessoal da equipe de saúde com a população, o NASF e os mutirões emergiram como estratégias para operar um cuidado oportuno e contínuo, acompanhado pela APS. Enquanto os principais desafios foram a integração da rede de atenção à saúde e o quantitativo de profissionais atuando nas eSF.

Portanto, o quarto objetivo específico do presente estudo – conhecer o nível de responsabilização da equipe de saúde da família quanto ao acompanhamento dos casos de gravidez em alto risco gestacional e cânceres de colo uterino e mama – já foi respondido nos outros objetivos. No caso da gestação, além de reconhecerem suas responsabilidades profissionais, a equipe mostrou estratégias para manter o vínculo dessas mulheres com o serviço de saúde. Já nos casos dos cânceres, predominou uma percepção de que a função da APS terminava ao encaminhar os casos, sendo procedimentos de comunicação e acompanhamentos processos não essenciais.

Desse modo, entendendo a coordenação do cuidado pela definição de McDonald *et al.* (2014), falhas essenciais nas ações práticas dos profissionais de APS foram identificadas, especialmente nos processos de interação entre a APS e os outros níveis de atenção à saúde. Ainda que tenha sido utilizado um referencial desenvolvido fora da realidade brasileira, alguns pontos são decisivos para classificar como incipiente a coordenação do cuidado. São eles a falta de comunicação direta entre

profissionais, bem como a baixa formalização de processos de encaminhamento para gestação de alto risco e a inexistência de um acompanhamento continuado nos casos de cânceres. Em contrapartida, conforme mencionado anteriormente, foi identificada uma maior capacidade das equipes em coordenar o cuidado das gestantes que permanecem todo o pré-natal nos serviços de atenção básica.

Além dos achados sobre os diferentes domínios da coordenação do cuidado, foi possível tecer observações importantes sobre atenção à saúde da mulher nas cidades estudadas. Assim, ainda que o município da região Norte fosse o menor e com maiores problemas relatados, atividades de educação em saúde para prevenção de DST e rastreamento dos cânceres apareceram melhores estruturadas. O município se destacou também no que tange os grupos para gestante, abarcando todo o ciclo da gravidez. Como ponto crítico os participantes ressaltaram o auxílio maternidade que desafiava o planejamento familiar local. Já na Capital, o destaque foi para a falta de preventivos, os profissionais relataram não realizar o exame há cerca de um ano, esse achado pode ser um indicativo de subnotificação para câncer de colo de útero.

De modo geral, nos três municípios a ideia de que os cânceres não são gargalos para a APS pode ser explicada por duas teorias. A primeira é a baixa identificação dessas patologias ainda em estágios primários por profissionais de atenção básica. Portanto, se tornando distante da realidade das equipes. E a segunda explicação pode ser o avanço das legislações que visam reduzir o tempo para atendimento de pessoas em tratamento oncológico no SUS.

Por fim, é preciso destacar o contexto em que o presente estudo foi desenvolvido. Ainda que as fragilidades na coordenação tenham emergido, foi possível identificar possibilidades de aprimoramento. A presença de sistemas de regulação (SISREG), prontuários eletrônicos e o trabalho interno da equipe de saúde da família, especialmente para a gestação, são indicativos de um cenário favorável para efetivar o atributo. Contudo, atualmente o cenário da APS brasileira passa por diversas rupturas. Frente a PNAB de 2017 e o Programa Previne Brasil crescem as especulações sobre a presença cada vez maior da privatização e da seletividade na APS, colocando em xeque a universalidade e os atributos essenciais do nível primário. Nesse sentido, um questionamento vem à tona por parte do movimento

sanitário: qual o modelo de APS vem sendo construído (ou desconstruído) no Brasil? As incertezas sobre o futuro da APS são muitas, conseqüentemente sobre os rumos do atributo coordenação do cuidado também.

- Limites e possibilidades

A etnometodologia possibilitou identificar ações cotidianas de coordenação do cuidado que provavelmente não poderiam ser visualizadas com o uso de metodologias rígidas, como por exemplo abordagens quantitativas por meio de *surveys*. Pela compreensão aprofundada do fenômeno emergiram atividades de coordenação, sobretudo para os casos de gestação, que embora não sejam idênticas ao referencial teórico de McDonald et al. (2014), são eficientes para que a usuária tenha seu processo de cuidado acompanhado de forma responsável e contínua por uma equipe de saúde da família.

Quanto aos limites, o principal se relaciona a abordagem qualitativa e a etnometodologia. Estudos desta natureza, centrados em ações cotidianas contextuais são fidedignos ao tempo e espaço em que ocorrem. Portanto, levando em consideração que os sujeitos estão em processos ininterruptos de modificação, a reprodução idêntica da pesquisa não necessariamente encontrará os mesmos resultados. No mesmo sentido, os achados não podem ser generalizados para outros contextos.

Para estudos futuros, recomenda-se investigar os impactos, a curto e longo prazo, da legislação recente de atenção básica no atributo da coordenação do cuidado. A redução do quantitativo de ACS nas equipes e falta de financiamento exclusivo para o NASF-AB e eSF indicam mudanças importantes no modelo de APS vigente, que conseqüentemente desafiam os atributos essenciais. Outro ponto importante a ser investigado em pesquisas posteriores é a capacidade da coordenação do cuidado pela APS às gestantes no contexto da pandemia de Covid-19. Visto que os serviços habituais na atenção básica e nos outros níveis do sistema foram afetados resultando em desassistência em muitos casos.

7. APÊNDICES

MODELO DE ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

Identificação do entrevistado

Nome:

Função:

Formação:

Tempo de trabalho na função:

Agradecemos a sua disponibilidade para a realização da entrevista. O propósito da pesquisa é aprofundar no âmbito do PMAQ-AB a compreensão do atributo coordenação do cuidado. Pretendemos, por meio do estudo, identificar quais são as práticas das equipes de atenção básica visando a coordenação do cuidado e em que condições esses processos ocorrem.

Conceito: A nossa pesquisa é sobre como as equipes de saúde trabalham para organizar e coordenar o cuidado para os pacientes que necessitam de atendimento na atenção básica e outros níveis de atendimento. No Brasil, sabemos que existem muitas formas distintas de uma equipe se organizar e coordenar o cuidado. A pesquisa, portanto, é sobre isto: como é realizada a coordenação do cuidado. Nos dias atuais a utopia da atenção primária é coordenação do cuidado. Antes era ter uma equipe com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e por fim o agente comunitário de saúde, hoje a questão é a coordenação do cuidado. Será que nossas equipes e a gestão municipal têm condição de coordenar o cuidado de cada paciente na rede, ou seja, no âmbito da atenção primária junto aos especialistas, junto aos hospitais. Será que temos essa condição de ter esse atributo.

Introdução: Gostaria de ouvi-lo sobre a coordenação do cuidado no seu município em relação ao atendimento de pacientes de casos mais complexos no âmbito da própria atenção primária, no Centro de Saúde e em outros níveis de atenção.

Como é feito o encaminhamento do paciente para o especialista nos casos de gestação de alto risco, câncer de mama e de colo do útero?

2. Há central de marcação de consulta, internação e exames? Se sim, atende as necessidades do município? Tem um fluxo de informação definido?
3. Como é realizado esse fluxo de informação de dados clínicos entre os pontos da rede de atenção?
4. Há interação entre as equipes e os especialistas? Como ela se dá?
5. Há construção de protocolos efetivos entre atenção básica e especialistas/hospitais/outros serviços?
6. Quais são as atividades de coordenação do cuidado, no âmbito da AB, que as equipes desenvolvem?
7. Qual é o papel de cada um dos membros da equipe na coordenação do cuidado?
8. Existe no nível municipal um processo de planejamento para atender as demandas por especialista ou internação?
9. O município tem suas responsabilidades da coordenação do cuidado definidas? Elas se distribuem entre a gestão, coordenação da atenção básica e equipes de AB? Como são estabelecidas essas responsabilidades? Estas responsabilidades estão acordadas formalmente?
10. Qual é o papel do gestor no processo de coordenação do cuidado?
11. Existe no nível regional ou municipal um processo de planejamento para atender as demandas por especialista ou internação?
12. Como a coordenação se dá com os outros municípios?
13. Como é feita a Programação Pactuada Integrada - PPI na sua região?
14. A PPI reflete a necessidade do município?
15. Como você avalia a coordenação do cuidado em seu município?
16. O que você acha que é necessário para melhoria da coordenação do cuidado? O que pode ser feito pela gestão e equipes?

MODELO DE ROTEIRO PARA ENTREVISTA GESTOR

Identificação do entrevistado

Nome:

Função:

Formação:

Tempo de trabalho na função:

Agradecemos a sua disponibilidade para a realização da entrevista. O propósito da pesquisa é aprofundar no âmbito do PMAQ-AB a compreensão do atributo coordenação do cuidado. Pretendemos, por meio do estudo, identificar quais são as práticas das equipes de atenção básica visando a coordenação do cuidado e em que condições esses processos ocorrem.

Conceito: A nossa pesquisa é sobre como as equipes de saúde trabalham para organizar e coordenar o cuidado para os pacientes que necessitam de atendimento na atenção básica e outros níveis de atendimento. No Brasil, sabemos que existem muitas formas distintas de uma equipe se organizar e coordenar o cuidado. A pesquisa, portanto, é sobre isto: como é realizada a coordenação do cuidado. Nos dias atuais a utopia da atenção primária é coordenação do cuidado. Antes era ter uma equipe com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e por fim o agente comunitário de saúde, hoje a questão é a coordenação do cuidado. Será que nossas equipes e a gestão municipal têm condição de coordenar o cuidado de cada paciente na rede, ou seja, no âmbito da atenção primária junto aos especialistas, junto aos hospitais. Será que temos essa condição de ter esse atributo.

Introdução: Gostaria de ouvi-lo sobre a coordenação do cuidado no seu município em relação ao atendimento de pacientes de casos mais complexos no âmbito da própria atenção primária, no Centro de Saúde e em outros níveis de atenção.

Abordaremos o encaminhamento das pacientes para especialistas em caso de suspeita de câncer de colo de útero e mama, bem como gestantes de alto risco.

1. Quando há demanda por atendimento de especialista, como é feito o encaminhamento do paciente? E no caso de internação e de exames?
2. Há central de marcação de consulta, internação e exames? Se sim, atende as necessidades do município?
3. Tem um fluxo de informação definido? Como é realizado esse fluxo de informação de dados clínicos entre os pontos da rede da atenção? Para atendimento de especialista? Para internação?
4. Há interação entre as equipes e os especialistas? Há construção de protocolos efetivos entre atenção básica e especialistas? Como se dá a referência e a contrareferência?
5. Para qual serviços os usuários são encaminhados quando precisam de especialistas? Exames?
6. Como é o processo de encaminhamento para os especialistas?
7. Existe no nível regional ou municipal um processo de planejamento para atender as demandas por especialista? E para internação?
8. Como é feita a Programação Pactuada Integrada - PPI na sua região? A PPI reflete a necessidade do município? As equipes de AB participam da elaboração da PPI?
9. O município tem suas responsabilidades da coordenação do cuidado definidas? Elas se distribuem entre a gestão, coordenação da atenção básica e equipes de AB? Como são estabelecidas essas responsabilidades? Estas responsabilidades estão acordadas formalmente?
10. Como você avalia a coordenação do cuidado em seu município?
11. O que você acha que é necessário para melhoria da coordenação do cuidado? O que pode ser feito pela gestão e equipes?

MODELO DE ROTEIRO PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO

1º Agradecimento pela participação na pesquisa.

2º Apresentação dos participantes: nome, formação, tempo de trabalho na equipe.

3º Introdução: A nossa pesquisa é sobre como as equipes de saúde trabalham para organizar e coordenar o cuidado para os pacientes que necessitam de atendimento na atenção básica e outros níveis de atendimento. No Brasil, sabemos que existem muitas formas distintas de uma equipe se organizar e coordenar o cuidado. A pesquisa, portanto, é sobre isto: como é realizada a coordenação do cuidado.

Nos dias atuais a utopia da atenção primária é coordenação do cuidado. Antes era ter uma equipe com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e por fim o agente comunitário de saúde, hoje a questão é a coordenação do cuidado.

Será que nossas equipes têm condição de coordenar o cuidado de cada paciente na rede, ou seja, no âmbito da atenção primária junto aos especialistas, junto aos hospitais. Será que temos essa condição de ter esse atributo.

4º INTRODUÇÃO: Queremos discutir sobre a coordenação do cuidado em relação ao atendimento de pacientes de casos mais complexos no âmbito da própria atenção primária e em outros níveis de atenção.

Pacientes GESTANTES:

Agora abordaremos sobre a coordenação do cuidado de casos no âmbito da própria atenção primária, no Centro de Saúde:

1. Como fazem para identificar as gestantes?
2. Como fazem com os casos identificados?
3. Quais são as ações realizadas com as gestantes?
4. Como fazem com as gestantes que não comparecem às consultas?
5. Vocês fazem um Plano de Cuidados? O Plano de Cuidados envolve a família? Envolve o Nasf? De que forma? Vocês acompanham o Plano de Cuidados? De que forma?
6. Existe grupo de promoção para as gestantes? Como funciona e quais atividades são realizadas?
7. Os profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, ACS, auxiliar de enfermagem) têm suas responsabilidades com a coordenação do cuidado definidas - no âmbito da APS (dentro da unidade e NASF) e fora da unidade?

8. Estas responsabilidades estão acordadas formalmente? Como são estabelecidas essas responsabilidades por função? Caso tenha algum problema no cuidado, o responsável por falha(s) no(s) aspecto(s) de cuidados é responsabilizado? Como isso funciona?

Encaminhamento para especialistas:

9. Como é feito esse encaminhamento?
10. Como é repassado o caso, discutido e acompanhado (reunião com especialistas, contato telefone, whatsapp, e-mail, ou outras formas, entre a equipe de atenção básica e outros pontos da rede de atenção)?
11. Tem um **fluxo de informação** definido?
12. Como é realizado esse fluxo de informação de dados clínicos entre os pontos da rede de atenção?
13. Como se dá a referência e a contrarreferência?
14. Há central de marcação de consulta? Se sim, atende as necessidades da equipe?
15. Há construção de protocolos efetivos entre atenção básica e especialistas?
16. Os **protocolos** incluem metas, serviços, intervenções e contatos de referência?
17. Qual a porcentagem de pacientes que precisam de atendimento do especialista e são atendidos efetivamente nos casos de gravidez de alto risco?
18. Quando a oferta de especialistas é insuficiente ou inexistente, como vocês agem?
19. Quais são as principais dificuldades/obstáculos que a equipe encontra no acompanhamento do paciente para atendimento de especialista?

Pacientes MULHERES (SAÚDE DA MULHER – CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO)

Agora abordaremos sobre a coordenação do cuidado de casos no âmbito da própria atenção primária, no Centro de Saúde:

20. Como fazem para identificar as mulheres com câncer de mama e colo do útero?
21. Como fazem com os casos identificados?
22. Quais são as ações realizadas com essas mulheres?

23. Como fazem quando essas mulheres não comparecem às consultas?
24. Vocês fazem um Plano de Cuidados? O Plano de Cuidados envolve a família? Envolve o Nasf? De que forma? Vocês acompanham o Plano de Cuidados? De que forma?
25. Existe grupo de promoção para a saúde da mulher? Como funciona e quais atividades são realizadas?
26. Os profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, ACS, auxiliar de enfermagem) têm suas responsabilidades com a coordenação do cuidado definidas - no âmbito da APS (dentro da unidade e NASF) e fora da unidade?
27. Estas responsabilidades estão acordadas formalmente? Como são estabelecidas essas responsabilidades por função? Caso tenha algum problema no cuidado, o responsável por falha(s) no(s) aspecto(s) de cuidados é responsabilizado? Como isso funciona?

Encaminhamento para especialistas:

28. Como é feito esse encaminhamento?
29. Como é repassado o caso, discutido e acompanhado (reunião com especialistas, contato telefone, whatsapp, e-mail, ou outras formas, entre a equipe de atenção básica e outros pontos da rede de atenção)?
30. Tem um **fluxo de informação** definido?
31. Como é realizado esse fluxo de informação de dados clínicos entre os pontos da rede de atenção?
32. Como se dá a referência e a contrarreferência?
33. Há central de marcação de consulta, internação e exames? Se sim, atende as necessidades da equipe?
34. Há construção de protocolos efetivos entre atenção básica e especialistas?
35. Os **protocolos** incluem metas, serviços, intervenções e contatos de referência?
36. Qual a percentagem de pacientes que precisam de atendimento do especialista e são atendidos efetivamente nos casos da saúde da mulher?
37. Quando a oferta de especialistas é insuficiente ou inexistente, como vocês agem?
38. Quais são as principais dificuldades/obstáculos que a equipe encontra no acompanhamento do paciente para atendimento de especialista?

39. Em termos gerais se os profissionais não estiverem presentes, como obter informações sobre a situação e o acompanhamento realizado a determinado paciente?
40. O que acham que é necessário para melhoria da coordenação do cuidado? O que pode ser feito pela equipe?

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU M.N.S, et al., a. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 849-860, 2018a.
- ABREU, D. M. X. de. et al., b. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, (spe1), p. 67-80, 2018b.
- ACERA POZZI, R. et al. Pregnancy in the severely mentally ill patient as an opportunity for global coordination of care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 210, n. 1, p. 32–37, 2014.
- ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação docença primária à saúde: Estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste Brasileiro. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–1856, 2017.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375–391, 2012.
- ALMEIDA, P. F. DE; SANTOS, A. M. DOS. Primary Health Care: Care coordinator in regionalized networks? **Revista de Saude Publica**, v. 50, p. 1–13, 2016.
- ALMEIDA M.M.M.; ALMEIDA P.F.; MELO E.A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, v. 24, supl. 1, 2020.
- ALMEIDA P.F.; MARIN J.; CASOTTI E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017.
- ALMEIDA P.F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018.
- ALVES, F. L. C. et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, p. e20180023, 2019.
- ALVES M.O.; MAGALHÃES S.C.M.; COELHO B.A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n.1, p. 141-154, 2017.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2017. Atlanta, 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- ANDRADE, M. S. et al. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 111–120, 2014.
- AQUINO, P. T. DE; SOUTO, B. G. A. High risk gestational problems common in primary care. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 568–576, 2015.

AUGUSTO, D. K. et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 28, n. 1, p. e2018128, 2019.

ARANTES L.J.; SHIMIZU H.E.; HAMANN M.E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BANDEIRA, F. J. S.; CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. Rede De Atenção: Fragilidades No Processo De Implementação Na Perspectiva De Especialistas Em Gestão Da Atenção Primária. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, p. 24–29, 2019.

BANFIELD, M. et al. Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. **International Psychogeriatrics**, v. 27, n. 2, p. 279–288, 2015.

BARBEIRO, S. et al. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online – Aspectos Históricos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 1, 2009.

BARBOSA, R. H. S. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 49–54, 2016.

BASTOS, L. B. R. et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 25, p. 1–13, 2020.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: **Edições 70**, 2004.

BERTUSSO F.R.; RIZZOTTO M.L.F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**, v. 42 n. 117, p. 408-419, 2018.

BITTENCOURT, S. D. DE A. et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. v. 18, n. 4, p. 744–755, 2020.

BOUSQUAT, A. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers' and users' perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BORNSTEIN V.J. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA MEDIAÇÃO DE SABERES. 231P. TESE (DOUTORADO) - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, 2007.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF): 25 de junho de 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 2004. Brasília. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25.Out.2019

BRASIL. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 (BR). Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF): 27 dez 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária/ Rastreamento 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre a criação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União [periódico na internet]. Brasília (DF): 24 jun 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progesteres - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

BRASIL, a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL, c. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial União 2012; 23 nov.

BRASIL, a. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/ GM, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2013. Brasília. 2. ed. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acesso em: 15.Out.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: **Ministério da Saúde**, 51 p., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017. Acesso em: 10 Out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), Brasília. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019. Acesso em 12 Nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. 2020. Acessado 16 de jan. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Cobertura de Estratégia Saúde da Família em dezembro de 2020. Acessado em: 12 de maio de 2021.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 29–41, 2009.

CAMPOS, C. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. **Rev APS**, n. 21, p. 181–190, 2005.

CARDOSO A.S.; NASCIMENTO M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1509-1520, 2010.

CARNEIRO, M. DO S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 279–295, 2014.

CARVALHO B.G.; DOMINGOS C.M.; LEITE F.S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 707-717, 2015.

CARVALHO L.P. Políticas de saúde para as mulheres: interseccionalidades e disputas da sociedade civil organizada. **Encontro Associação Brasileira de Ciência Política**, X, 2016, Belo Horizonte, Anais.

CASTRO L.L.S. Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante. Rev. **Enferm. UFSM – REUFSM**, v. 10, n. 16, p. 1-18, 2020.

CECILIO, L. C. DE O.; DOS REIS, A. A. C. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 8, p. 1–14, 2018.

CORDASCO, K. M. et al. Care coordination for pregnant veterans: VA's Maternity Care Coordinator Telephone Care Program. **Translational Behavioral Medicine**, v. 8, n. 3, p. 419–428, 2018.

CORRÊA, R. DA S. et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 27, n. 9, p. 1757–1767, 2011.

COSTA A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768–774, 2005.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 733–743, 2014.

COULON A. Etnometodologia. Petrópolis: **Vozes**, 1995

CRAIG C.; EBY D.; WHITTINGTON J. Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs. **IHI Innovation Series white paper**. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004.

DENZIN N.; LINCOLN Y. Introduction: entering the field of qualitative research. *Strategies of Qualitative Inquiry*. **Thousand Oaks: Sage**, pp. 1-34, 1998.

DIAS, M. P.; GIOVANELLA, L. Prontuário eletrônico-uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 7, n. 2, 2013.

DOMINGUES, R.M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reprod Health**, v. 13, Suppl. 3, 115, 2016.

DOMINGUES, F.; PINTO, F. S.; PEREIRA, V. M. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 150–154, 2018.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. DE. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 1, p. 121–125, 2006.

FACCHINI L.A.; TOMASI E.; DILÉLIO A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

FARIAS A.C.B.; BARBIERI A.R. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160096, 2016.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 13–33, 2014.

FERLAY J. et al. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide. Lyon, France: **IARC**, 2013.

FILHO V.W. et al. Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, v. 3, p. 427-450, 2008.

FLÔRES G.M.S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

FREITAS G.L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009.

GALVÃO L.; DÍAS J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1999.

GASKELL G. Entrevistas individuais e grupais in Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Bauer MW, Gaskell. **Vozes**. 11 ed., 2013.

GARFINKEL H. Estudos de etnometodologia. 1st ed. Vozes, editor. Petrópolis; 2018. 369 p.

GIOVANELLA L; FRANCO C.M.; ALMEIDA P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência e saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GOLDWASSER, R. S. et al. Planning and understanding the intensive care network in the State of Rio de Janeiro (RJ), Brazil: A complex societal problem. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 347–357, 2018.

GOMES, C. B. DE A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, v. 28, n. e20170544, p. 1–15, 2019.

GOMES, K. D. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas The community health agent's praxis in the context of the family health program: strategic reflections. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744–755, 2009.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 43–50, 2013.

GONZALEZ, T. N.; CESAR, J. A. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 19, n. 2, p. 383–390, 2019.

GOLDMAN R.E et al. Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 72, suppl.1, p. 286-92, 2019.

GUESSER A.H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 1, n. 1, p. 149-168, 2003.

HAAS, L. et al. National standards for diabetes self-management education and support. **Diabetes Care**, v. 35, n. 11, p. 2393–2401, 2012.

HARTZ Z.M.A. et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. HARTZ, Z.M.A., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: **Editores FIOCRUZ**, 1997.

HIRATA H.; KERGOAT D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

HOFMARCHER M.M.; OXLEY H.; RUSTICELLI E. Improved Health System Performance through Better Care Coordination. Paris: **OECD**; 2007.

- HONE T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Med**, v. 14, n. 5, 2017.
- HOUDT, S. VAN et al. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: Towards a theoretical framework for the study of care coordination. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2014.
- JORGE, H. M. F. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher : revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140–148, 2015.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2011.
- KIRKHAM, C.; HARRIS, S.; GRZYBOWSKI, S. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. **American Family Physician**, v. 71, n. 7, p. 1307–1322, 2005.
- KRINGOS, D. et al. Building primary care in a changing Europe. **European Observatory on Health Systems and Policies**, n. Observatory Studies Series 38, p. 172, 2015.
- KVIST, M.; KIDD, M. O papel das novas tecnologias da informação e comunicação na atenção primária. In: SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. (Org.). Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde. Reforma organizacional na atenção primária europeia. **Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas**. Nova Iorque: OMS, 2006.
- LEAL, M. D. C. et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018.
- LEITE A.C.N.M.T.; PAES N.A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde**, v. 16, n. 3, p. 705-714, 2009.
- LIMA C.R.N.A. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. **Rev. Estud. Fem. [online]**, v. 26, n. 3, 2018.
- LIMA C.A.; PALMEIRA J.A.V.; CIPOLLOTTI R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, 2006.
- LUZ, L. A. DA; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 111–126, 2018.
- MACINKO J. et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, supl., p. 2-6, 2018.
- MACHADO, M. D. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - Uma revisão conceitual. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335–342, 2007.

- MAIA M. N. A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro. Orientador: Theme Filha, Mariza Miranda Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
- MALTA D.C.; MERHY E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v.14, n. 34, p. 593-606, 2010.
- MCDONALD K.M. et al. Care Coordination Atlas Version. Rockville: **AHRQ Publication**; 2014, 385p.
- MELLO, G. A. et al. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's unified health system, SUS. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017.
- MELO, M. C. S. C. DE et al. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 389–398, 2012.
- MELO, E. A.; DE MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. The economic crisis and primary health care in the SUS of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593–4598, 2019.
- MENDES, L. DOS S.; ALMEIDA, P. F. DE. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 121, p. 1–14, 2020.
- MENDES, R.; DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **Sanare**, v. 4, n. 1, p. 39–42, 2003.
- MENDES E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011, 549 p.
- MELO M.C.S.C. et al. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.
- MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 2010.
- MOYERS, P. A.; METZLER, C. A. Interprofessional Collaborative Practice in Care Coordination. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. 5, p. 501–505, 2014.
- MORSE M.L.; FONSECA S.C.; BARBOSA M.D.; CALIL M.B.; EYER F.P.C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 4, p. 623-38, 2011.
- NOGUEIRA, M. J. Sexualidade e Gênero na Adolescência: Uma Perspectiva Educacional. 2008. 253 f. Tese. Doutorado em Ciências da Saúde. Área de concentração Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa René Rachou. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte, 2008.
- NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, L. M. V. De Sus Instrumentos Y Medidas. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 6, p. 485–495, 2006.
- OLIVEIRA L.R.C.D. O ofício do antropólogo, ou como desvendar evidências simbólicas. Brasília: **Série Antropologia** Vol. 413, 2007.

OLIVEIRA A.S.; MONTENEGRO L.M. Etnometodologia: desvelando a alquimia da vivência cotidiana. **Cad. EBAPE.BR**, v. 10, n. 1, p. 129-145, 2012.

OLIVEIRA E.X.G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.

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), Washington, D.C: **OPAS**, 2007.

OSSIS M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

OKIN S.M. Gênero, o público e o privado. **Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 305-332, 2008.
PATEMAN C. The sexual contract. Stanford, **Stanford University Press**, 1993.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 343–347, 2012.

PARSONS, T. Estrutura da ação social. Editora vozes, vol. 1, 2010.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. DE M.; OLIVEIRA, W. F. DE. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 63–73, 2016.

PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.

PINTO L.F.; GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999–2010, 2014.

RAMOS, P. L. C. et al Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **Journal Of Management e Primary Health Care**, v. 9, n. e3, 2018.

RATTNER D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas. de saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 103-108, 2014.

RASELLA D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**. 2014.

REA, C. J. et al. Shared Care: Using an Electronic Consult Form to Facilitate Primary Care Provider–Specialty Care Coordination. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 7, p. 797–804, 2018.

REIS A.O.A.; MARAZINA I.V.; GALLO P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: Reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477–486, 2007.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. DE L. D.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 157–165, 2013.

ROLIM, L. B. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 24–31, 2019.

SANTOS, A. DE F. et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 5, p. 1–14, 2017.

SANTOS, A. DE F. et al. Disruptura no cuidado dos pacientes: a fragilidade da efetivação das atividades de coordenação na atenção primária no Brasil. In: AKERMAN, M. Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. São Paulo: Hucitec, 2020, 63-87.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010.

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: **SOS Corpo**, 1989.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil) TT - Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 3579–3586, 2010.

SILVA, P. M. C. DA et al. Knowledge and attitudes about human papillomavirus and vaccination. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, p. 1–7, 2018.

SILVA R.M.; ANDRADE L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saude Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

SITONIO F.T. Acesso ao tratamento oncológico no município de São Paulo: o câncer de mama como condição traçadora. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 342–348, 2011.

SOUZA, N. L. DE; ARAÚJO, A. C. P. F. DE; COSTA, I. DO C. C. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro 1. **rev.Latino-am.enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 8, 2013.

SOUZA M.F. et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Revista de Saude Pública**, v.51, n. 87, p. 1-11, 2017.

SOUSA L.P.; GUEDES D.R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 87, 2016.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO, Ministério da Saúde**; 2002, 177 p.

TASCA R. et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2021-2030, 2019.

TEIXEIRA M.S. et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p.1-7, 2017.

TESTON, E. F. et al. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1–8, 2018.

TESTON, E. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2017.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006.

WALSH J. et al. What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. **Eur J Cancer Care**, v. 20, n. 2, p. 220–227, 2011.

WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization, editor. Geneva; 2018. 68 p.

VASCONCELOS M.I.O. et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE**, v. 17, n. 1, p. 65-73, 2018.

VERAS K.B. et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica: uma análise de literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 294-309, 2018.

VIACAVA, F.; SOUZA-JUNIOR, P. R. B. DE; MOREIRA, R. DA S. Estimates of mammography coverage according to health surveys in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. SUPPL. 2, p. 117–125, 2009.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalization and health networks. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, 2018.

VICTORA C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VOLTOLINI, B. C. et al. Reuniões Da Estratégia Saúde Da Família: Um Dispositivo Indispensável Para O Planejamento Local. **Estratégia saúde da família meetings: An indispensable tool for local planning**, v. 28, n. e20170477, p. 1–14, 2019.

XAVIER, D. R. et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 20–35, 2016.