

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Maria Jesus Barreto Cruz Pires

COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
Uma análise na atenção à Saúde da Mulher e da Criança

Belo Horizonte
2020

Maria Jesus Barreto Cruz Pires

COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Uma análise na atenção à Saúde da Mulher e da Criança

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade

Co-orientadora: Alaneir de Fátima dos Santos

Belo Horizonte

2020

P667c Pires, Maria Jesus Barreto Cruz.
Coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde [manuscrito]:
uma análise na atenção à Saúde da Mulher e da Criança. / Maria Jesus
Barreto Cruz Pires. - - Belo Horizonte: 2020.
123f.: il.
Orientador (a): Eli Iola Gurgel Andrade.
Coorientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Saúde da
Criança. 4. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Estudo
Comparativo. 6. Dissertação Acadêmica. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II.
Santos, Alaneir de Fátima dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA MARIA JESUS BARRETO CRUZ PIRES

Realizou-se, no dia 14 de agosto de 2020, às 14:00 horas, com transmissão eletrônica de videoconferência através Plataforma Lifesize - (Link de transmissão pelo Youtube <https://youtu.be/dh48EROITA4>), da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA APS: Uma análise na atenção à Saúde da Mulher e da Criança*, apresentada por MARIA JESUS BARRETO CRUZ PIRES, número de registro 2018853850, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientadora (UFMG), Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos - Coorientadora (UFMG), Prof(a). Antônio Thomaz Gonzaga da Malta Machado (UFMG), Prof(a). Antônio Prates Caldeira (Universidade Estadual de Montes Claros), Prof(a). Aylene Emilia Moraes Bousquat (USP), Prof(a). Liliane da Consolacao Campos Ribeiro (UFVJM).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 14 de agosto de 2020.

Certifico, na condição de presidente da banca, que a defesa realizou-se à distância com a minha participação e dos membros relacionados abaixo, e que, depois das arguições e deliberações realizadas, cada participante à distância afirmou estar de acordo com o resultado redigido nesta ata.

Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade (Doutora) – Presidente da Banca

Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos (Doutora) - Coorientadora

Prof(a). Antônio Thomaz Gonzaga da Malta Machado (Doutor)

Prof(a). Antônio Prates Caldeira (Doutor)

Prof(a). Aylene Emilia Moraes Bousquat (Doutora)

Prof(a). Liliane da Consolacao Campos Ribeiro (Doutora)

AGRADECIMENTOS

Um grande sonho realizado, resultado de muita dedicação, perseverança e amor.

Ao longo desta jornada Deus foi meu grande alicerce e a ele agradeço pela proteção, pelos meus dons e pelo imenso amor.

A meus mentores e amigos espirituais que me inspiraram e estiveram ao meu lado em todos os momentos.

À Faculdade de Medicina da UFMG, pela oportunidade de estudo.

À CAPES e a FAPEMIG pela concessão da bolsa de Doutorado.

A meus pais, companheiros fieis, em especial minha mãe por ser meu exemplo de vida.

A minha irmã, Lana Ivone Barreto Cruz pelo exemplo de coragem, amizade e junto a Marlon Carvalho Heringer me acolheram e cuidaram de mim.

Às minhas sobrinhas, Laura Cruz Heringer e Luísa Cruz Heringer, que nasceram e cresceram ao longo deste doutorado me proporcionaram muita alegria.

A João Matheus Pires, meu esposo, pelo apoio, sempre me lembrando de meu potencial e nunca me deixando desistir.

A minha amada filha Maria Helena Cruz Rocha Pires, que chegou trazendo luz e um incentivo a mais na busca por meus ideais.

Às Professoras Eli Iola Gurgel Andrade e Alaneir de Fátima dos Santos, minhas orientadoras, que estiveram sempre presentes, ofertando ensinamentos valiosos, tendo paciência com minhas fragilidades e estimulando meu desenvolvimento.

Aos meus amigos do Departamento de Enfermagem da UFVJM com quem compartilhei muito aprendizado.

À Equipe de Saúde da Família do distrito de Senador Mourão, onde aprendi a ser enfermeira, a amar a Atenção Primária e ver como posso fazer a diferença para que as pessoas tenham uma vida melhor.

A Delba Fonseca Santos, por despertar em mim o desejo pelo mestrado e doutorado e me incentivar a ir sempre em frente.

E a todos os amigos, colegas conquistados no programa, familiares e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que tudo desse certo.

RESUMO

A coordenação do cuidado é uma estratégia fundamental para uma assistência à saúde de qualidade, sendo um parâmetro para avaliar a robustez do sistema. Este trabalho teve como objetivo avaliar a coordenação do cuidado na Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, focando a associação do atributo com a qualidade na atenção nas áreas de saúde da mulher e da criança. Foi realizado um estudo transversal com base no banco de dados da avaliação externa do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizada nos anos de 2013 e 2014, e do 3º ciclo realizada entre os anos de 2018 e 2019, abrangendo equipes de APS distribuídas em todo o território nacional. Em uma primeira etapa, utilizando os dados do 2º ciclo foram analisadas as atividades de coordenação do cuidado realizadas pelas equipes, além das subdimensões referentes à saúde da mulher e da criança. A variável dependente foi o resultado da qualidade da atenção nas áreas de saúde da mulher e da criança e a variável independente foi o nível de coordenação do cuidado. Foram realizadas análises descritivas e aplicados testes de associação. Em uma segunda etapa do estudo, utilizando o banco de dados do 3º ciclo foram elaboradas três tipologias de coordenação do cuidado: PMAQ, Atlas e Observatório. Foram realizadas análises descritivas e aplicados os testes de Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis. Na primeira etapa, foram avaliadas 28.056 equipes, 68,5% apresentaram nível baixo de coordenação, sendo que os mais baixos foram encontrados nos estratos 1 (78,5%) e 2 (74,7%). Dentre as regiões, o sudeste apresentou o maior percentual de equipes com alto nível (37,6%) e o norte com nível baixo (89,1%). Em relação à assistência à saúde da mulher, o percentual de equipes com baixo nível (70,3%) foi superior, enquanto para a saúde da criança houve um maior percentual com alto nível (63,3%). Verificou-se que possuir alto nível de coordenação - tanto na saúde da mulher (OR: 20,99) como na saúde da criança (OR: 6,42) - esteve associado a um alto nível de assistência nestas áreas. Na segunda etapa, foram avaliadas 35.350 equipes. Constatou-se diferença significativa (valor-p < 0,001) entre os níveis de coordenação, com predomínio de altos e médios níveis, respectivamente, para os três instrumentos, PMAQ (56,07% e 38,35%), Atlas (52,63% e 40,66%) e o Observatório (44,82% e 43,98%). Na comparação dos indicadores, houve diferença significativa entre as tipologias, com associação significativa (valor-p < 0,001) entre os estratos e os níveis de coordenação. Na comparação entre os indicadores, observou-se que pelo menos um estrato difere dos demais, padrão que se repete nas três tipologias. Pode-se concluir que no segundo ciclo houve predomínio de baixos níveis de coordenação do cuidado, uma associação positiva entre altos níveis de coordenação

e altos níveis de assistência, tanto para a saúde da mulher como para a saúde da criança. No terceiro ciclo predominaram altos e médios níveis de coordenação, constataram-se diferenças significativas entre o PMAQ, Atlas e Observatório.

Palavras-chave: Coordenação do cuidado. Saúde da mulher. Saúde da criança. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. Estudo comparativo. Tipologia de avaliação da atenção primária.

ABSTRACT

The coordination of care is a fundamental strategy for quality health care, being a parameter to assess the robustness of the system. This study aimed to evaluate the coordination of care in Primary Health Care (PHC) in Brazil, focusing on the association of the attribute with the quality of care in the areas of women's and children's health. A cross-sectional study was carried out based on the external evaluation database of the 2nd cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB) carried out in the years 2013 and 2014, and the 3rd cycle carried out between years 2018 and 2019, covering PHC teams distributed throughout the national territory. In a first stage, using the data from the 2nd cycle, the care coordination activities carried out by the teams were analyzed, in addition to the sub-dimensions related to the health of women and children. The dependent variable was the result of the quality of care in the areas of women's and children's health and the independent variable was the level of care coordination. Descriptive analyzes were carried out and association tests were applied. In a second stage of the study, using the database of the 3rd cycle, three types of care coordination were developed: PMAQ, Atlas and Observatory. Descriptive analyzes were performed and the Chi-Square and Kruskal-Wallis tests were applied. In the first stage, 28,056 teams were evaluated, 68.5% had a low level of coordination, the lowest being found in strata 1 (78.5%) and 2 (74.7%). Among the regions, the Southeast had the highest percentage of teams with a high level (37.6%) and the North with a low level (89.1%). In relation to women's health care, the percentage of teams with low level (70.3%) was higher, while for children's health there was a higher percentage with high level (63.3%). It was found that having a high level of coordination - both in women's health (OR: 20.99) and in children's health (OR: 6.42) - was associated with a high level of assistance in these areas. In the second stage, 35,350 teams were evaluated. There was a significant difference (p-value <0.001) between the coordination levels, with a predominance of high and medium levels, respectively, for the three instruments, PMAQ (56.07% and 38.35%), Atlas (52, 63% and 40.66%) and the Observatory (44.82% and 43.98%). When comparing the indicators, there was a significant difference between the types, with a significant association (p-value <0.001) between the strata and the levels of coordination. When comparing the indicators, it was observed that at least one stratum differs from the others, a pattern that is repeated in the three typologies. It can be concluded that in the second cycle there was a predominance of low levels of coordination of care, a positive association between high levels of coordination and high levels of assistance, both for the health of the

woman and the health of the child. In the third cycle, high and medium levels of coordination predominated, significant differences were found between the PMAQ, Atlas and Observatory.

Keywords: Coordination of care. Women's health. Child health. Health Care Assessment Mechanisms. Comparative study. Typology of primary care assessment.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

FIGURA 1-	Anel de coordenação do cuidado.....	24
QUADRO 1-	Variáveis utilizadas pelo PCAtool para aferir o atributo coordenação do cuidado – perspectiva dos profissionais.....	31
QUADRO 2-	Variáveis utilizadas pelo PCAtool para aferir o atributo coordenação do cuidado – perspectiva dos usuários.....	31
FIGURA 2-	Diagrama da estruturação de medição da coordenação do cuidado..	32
QUADRO 3-	Domínios da coordenação do cuidado.....	33
QUADRO 4-	Variáveis utilizadas pelo Observatório Europeu para aferir o atributo coordenação do cuidado.....	38
FIGURA 3-	Linha do tempo da evolução das políticas e programas de atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil.....	49
QUADRO 2-	Subdimensões e variáveis utilizadas na análise do atributo coordenação do cuidado nas equipes participantes do PMAQ, Módulo II, Brasil, 2013.....	54
FIGURA 4-	Passo a passo para seleção das questões de coordenação do cuidado no módulo II do Instrumento de Avaliação Externa, PMAQ-AB. Brasil, 2018.....	58

LISTA DE SIGLA E ABREVIATURAS

AHRQ	Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GPs	General Practitioners
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
CIHI	Instituto Canadense de Informações em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NICE	Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QOF	Quality and Outcomes Framework
OR	Odds Ratio
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PCAtool	Primary Care Assessment Tool
PHAMEU	Primary Health Care Activity Monitor for Europe
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSE	Programa Saúde na Escola
QOF	Quality and Outcome Framework
RAS	Redes de Atenção em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Sistemas de Saúde Referência em Avaliação de Qualidade na APS.....	19
2.2	Coordenação do Cuidado.....	23
2.2.1	Desafios de Avaliação da Coordenação do Cuidado.....	29
2.2.2	A coordenação do cuidado no Brasil.....	39
2.3	Saúde da Mulher e da Criança.....	43
2.3.1	Evolução das Políticas de Saúde da Mulher e da Criança no Brasil.....	45
3	OBJETIVOS.....	52
3.1	Objetivos Gerais.....	52
3.2	Objetivos Específicos.....	52
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	53
4.1	Desenho do Estudo.....	53
4.1.1	Variáveis e Análise dos Dados para o 2º ciclo do PMAQ.....	53
4.1.2	Variáveis e Análise dos Dados para o 3º ciclo do PMAQ.....	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
5.1	ARTIGO DE RESULTADOS 1.....	60
5.2	ARTIGO DE RESULTADOS 2.....	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
	ANEXOS.....	114
	ANEXO A- PRODUÇÃO INTELECTUAL DESENVOLVIDA NO	
	CURSO	114
	ANEXO B- RESULTADOS ADICIONAIS RELATIVOS À	
	COORDENAÇÃO DO CUIDADO PRODUZIDOS NO ÂMBITO DA	
	INVESTIGAÇÃO.....	117

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) vem sendo discutida internacionalmente e reconhecida como o modelo capaz de construir uma rede coordenadora do cuidado (REICH *et al.*, 2016, SOUZA *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020) . A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece nesse modelo de atenção o potencial para atender as demandas das sociedades, que anseiam por um sistema de saúde que responda de maneira mais rápida aos desafios do mundo em transformação (WHO, 2008).

As mudanças advindas dos efeitos da globalização, da transição epidemiológica e das diversas crises de financiamento em vários países têm originado demandas para as quais os sistemas de saúde apresentam muitas vezes barreiras estruturais (ALELUIA *et al.*, 2017). Nesse cenário, o crescente aumento dos gastos em saúde, o desafio de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e o elevado consumo de medicamentos, vem intensificando a busca por reformas setoriais, que promovam melhorias na qualidade da assistência, uma maior racionalização, alocação e utilização dos recursos (FARIA *et al.*, 2015; ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017).

Um sistema orientado na APS representa garantia de qualidade na atenção prestada em todas as áreas de cuidado e o desenvolvimento dos atributos interfere diretamente no êxito das ações e na qualidade de vida dos usuários. Essa visão da APS, como estruturante do cuidado foi difundida pela primeira vez pelo Relatório Dawson, documento elaborado em 1920 pelo Ministro de Saúde do Reino Unido. Este relatório apresentava as ideias de regionalização e hierarquização do cuidado e das características estruturais ainda hoje vigentes (CONILL, 2008).

Ao longo dos anos esta concepção foi sendo ampliada e atualmente, a interpretação do conceito exige a compreensão do contexto socioeconômico, político e ideológico, que influenciam as práticas da saúde pelos diversos sistemas (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). A OMS se destaca por desenvolver ações para promover o fortalecimento da APS. Na década de 70 inseriu o assunto na sua agenda política de saúde e tornou-se a principal difusora da ideia; organizou a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, em 1978 (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Este documento convocava a formulação de políticas, estratégias e planos de ação pelos governos para incorporar a APS nos sistema de saúde, reconhecendo como um mecanismo importante para enfrentar os determinantes sociais

e ambientais da saúde, caminho para a oferta de atenção integral a todos sem distinções (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Estudos evidenciam a trajetória de vários países na implantação e incorporação das ideias e práticas da APS. Na Europa, a implementação do modelo consolidou a experiência auxiliando a construção de sistemas eficientes e capazes de ofertar uma assistência mais integrada à saúde. O Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde confirma a opção pela APS em muitos países da União Europeia, que a partir dos anos 90 promoveram reformas orientadas para este modelo de atenção (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006).

De forma geral, a evolução na reforma de alguns sistemas de saúde, com a incorporação da APS, conforme observado em países como Reino Unido e Canadá, evidenciam uma tendência na busca de um acesso amplo e facilitado com maior integração entre os serviços (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). A estruturação de uma APS robusta é determinante para a apropriação do papel de coordenadora do cuidado, sendo este um componente diferenciador na oferta de ações abrangentes que garantam melhor qualidade na atenção.

A importância da coordenação dos cuidados é extensamente discutida em vários estudos, que a relacionam a um acesso amplo e de qualidade, maior longitudinalidade e responsabilidade no cuidado, satisfação dos usuários, eficiência na utilização dos recursos financeiros, além de melhoria nos indicadores de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Tem sido reconhecido na redução das barreiras de acesso, na medida em que oferece uma assistência mais integrada e eficiente, que beneficie a estruturação do sistema como um todo (KRINGOS *et al.*, 2015). Nessa perspectiva a coordenação do cuidado constitui um importante mecanismo no enfrentamento das iniquidades em saúde, sobretudo em populações mais vulneráveis (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Uma estrutura de coordenação do cuidado solidificada favorece a obtenção de resultados positivos para os sistemas de saúde, pois uma articulação bem definida entre os diversos níveis de atenção sustenta o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em várias áreas. Dentre os grandes desafios enfrentados é possível identificar as atividades com foco na saúde materno-infantil, uma vez que são intensamente sensíveis a todos estes acontecimentos e dependem de ações intersetoriais para sua realização (SILVA *et al.*, 2014; LEITE *et al.*, 2019). Em todo o mundo investimentos estão sendo direcionados para a redução da mortalidade materno-infantil, igualdade de gênero, combate à violência contra a mulher, programas de prevenção ao câncer, dentre outros (ZEID *et al.*, 2015).

Iniciativas como a proposta dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, firmado na Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000, representa um marco político para a redução da pobreza no mundo e para a saúde das mulheres e das crianças, uma vez que três dos oito objetivos relacionam-se a demandas nessa área, a saber: promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna (FRANÇA *et al.*, 2010, ROMA, 2019 .). A conquista desses objetivos dependerá de grande empenho político, social e econômico em cada país envolvido, principalmente no que se refere à construção de uma rede de serviços de saúde, que priorize o nível básico de atenção, onde se encontram as grandes fragilidades (WHO, 2008; CURRIE, 2016).

O Brasil nas últimas décadas evoluiu consideravelmente na oferta de ações e serviços destinados à saúde das mulheres e das crianças. Muitos avanços foram conquistados, impulsionados pela evolução dos sistemas e das condições de saúde e dos determinantes sociais (PAIM *et al.*, 2011; VIERA *et al.*, 2014; NÓBREGA *et al.*, 2019). Essa atitude almeja, dentre outros resultados, a redução nas taxas de mortalidade materna e infantil, pois constituem severa violação à vida e que podem ser evitados com ações de promoção e prevenção da saúde (VICTORA *et al.*, 2011).

Diante da necessidade de uma maior qualidade na assistência e de um sistema de saúde baseado em uma APS coordenadora do cuidado, a busca por estratégias para implantação, implementação e avaliação destes sistemas estão se tornando mais frequentes. O estudo da coordenação do cuidado é fundamental diante deste contexto; contudo, alguns trabalhos atentam para a dificuldade em medir tal atributo, sobretudo pela falta de clareza na definição de um conceito (MCDONALD, 2014).

Na literatura são encontrados métodos de avaliação em saúde, desenvolvidos por muitos países, considerando os modelos de atenção adotados por cada um. Muitos abordam as questões da coordenação, porém de forma pontual. Estudo realizado por Fracolli *et al.* (2014) identificou cinco dos principais instrumentos de avaliação destinado a avaliar cuidados primários, sendo eles: APSWHO –*Primary Care Evaluation Tool* (PCET); ADHD *Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ); PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) e PCATools (*Primary Care Assessment Tool*).

Objetivando avaliar de forma específica a coordenação do cuidado, a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), em Rockville, nos Estados Unidos da América,

publicou em 2011 o “Atlas de Medidas para Coordenação do Cuidado”, com revisão em 2014. São aí fornecidas abordagens para mensuração da coordenação do cuidado a partir da análise de múltiplas fontes de dados com o objetivo de auxiliar pesquisadores na escolha das medidas adequadas para avaliar a coordenação do cuidado em saúde (MCDONALD, 2014).

Estratégias para identificar a coordenação do cuidado foram apresentadas também pelo Observatório Europeu de Sistemas e Política de Saúde, em 2015, a partir da publicação do documento “Construção de cuidados primários numa Europa em mudança”. Este documento oferta a análise realizada da APS ofertada aos cidadãos europeus em 31 países e descreve as variações de acessibilidade, continuidade e coordenação com base em mapeamento destes atributos em dimensões e inter-relação entre eles (KRINGOS *et al.*, 2015).

Outro instrumento comumente utilizado para avaliação da APS e da coordenação do cuidado é PCATool, criado no *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*. Este instrumento avalia a APS de um modo geral e a coordenação do cuidado situa-se como um dos atributos essenciais para a existência de uma APS de qualidade. No Brasil, há também um grande interesse no estudo da coordenação do cuidado, e a maior parte das pesquisas utilizam o PCATool pois permite conhecer a perspectiva de usuários ou profissionais da saúde. Nos últimos anos o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, vem sendo também cada vez mais utilizado (UCHÔA *et al.*, 2016). Este programa buscava induzir a ampliação do acesso e da qualidade da atenção, além de estimular o aprimoramento dos padrões e indicadores de qualidade da gestão, permitia avaliar sob a ótica de usuários, profissionais e gestores, além de verificar a qualidade do serviço ofertado (BRASIL, 2012a).

Análises foram realizadas considerando os atributos de forma geral (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; ALELUIA *et al.*, 2017); ou como participante na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (RODRIGUES *et al.*, 2014); outros ainda consideraram a influência no fortalecimento da APS (SILVA; ANDRADE, 2014; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020); avaliando a coordenação de maneira isolada (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; CARNEIRO *et al.*, 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; SOUZA *et al.*, 2017), propondo um sistema de informação do cuidado (PIRES *et al.*, 2015) e, mais recentemente, avaliando as ações de controle da pandemia de coronavírus (SILVEIRA *et al.*, 2020). Estes estudos ilustram a evolução e amadurecimento do atributo – coordenação, na APS no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, avaliar o atributo coordenação do cuidado e verificar se está associado à melhor qualidade na assistência na área de atenção à saúde da mulher e da criança, é de grande relevância. A importância não se limita somente à qualidade da assistência, mas espera-se que o estudo possa contribuir na implementação de políticas públicas específicas na área, ao identificar a influência da coordenação do cuidado no sucesso das ações para a saúde materno- infantil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistemas de Saúde de Referência em Avaliação de Qualidade na APS

As novas demandas advindas das mudanças no perfil etário da população, com aumento das doenças crônicas, maior utilização dos serviços de saúde e alteração no perfil de morbimortalidade, conduziram a movimentos para a renovação da estrutura dos serviços de saúde até então existentes (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). Fenômeno observado em todo mundo, exigiu um amadurecimento rápido para a criação de uma forma de prestação de serviços que priorizasse a qualidade e continuidade do cuidado (WHO, 2008).

Muitos países optaram por modelos nos moldes da saúde pública, já que permitem compreender o contexto de vida das pessoas e como estes interferem na ocorrência das doenças. Esta visão veio se solidificando ao longo dos anos e ganhou notoriedade em 1978 com a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários (PORTELA, 2017). Neste relatório ficou evidente que os cuidados primários são essenciais para a saúde, como também a necessidade na evolução de modelos de atenção integrais e funcionais que priorizem a melhoria nas condições de saúde atendendo as necessidades de todos (BRASIL, 2002, GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Para a OMS (1978), a APS pode ser entendida como o primeiro nível de contato dos indivíduos e famílias com o sistema de saúde e se caracteriza pela oferta de cuidados primários através de tecnologias leves que permitem o acesso de forma universal e a um custo acessível (OPAS/OMS, 1978). Esse órgão preconiza e incentiva a adoção do modelo de baseado em atenção primária a todos os países, sobretudo aqueles em desenvolvimento, onde ainda prevalecem grandes desigualdades socioeconômicas (WHO, 2008).

Por ser um conceito amplo, diferenças contextuais demarcam a amplitude e abrangência desses sistemas conforme níveis de industrialização e desenvolvimento econômico-social, distribuição da renda e a organização jurídico-política dos sistemas nos diversos países. Starfield (2004) define APS como o nível que caracteriza a porta de entrada de um sistema de saúde, que oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, racionalizando todos os recursos disponíveis para promoção, manutenção e melhora da saúde. A evolução da APS no cenário mundial atendeu e vem se conformando segundo as particularidades dos sistemas de saúde de cada país, contudo sempre embasada pelos atributos

essenciais que são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2004).

Diante dos desafios dos sistemas de saúde para a oferta qualificada de atenção a avaliação na área da saúde se tornou uma ferramenta para a criação, implementação e condução de políticas públicas em todo o mundo (FURTADO; GASPARINI, 2019). A institucionalização da avaliação nos serviços de saúde é uma alternativa na busca por melhoria, já que permite identificar os problemas, compreender necessidades, acompanhar a evolução das intervenções, subsidiando a tomada de decisões (NICOLA; PELEGRINI, 2018). Segundo Contandriopoulos e colaboradores (1997), a avaliação é o melhor caminho para a compreensão do funcionamento e eficácia do sistema de saúde. Afirmam ainda que na literatura existe uma grande variedade de definições para avaliação, mas propõem que - avaliar é julgar uma determinada intervenção ou algum de seus componentes, a partir de normas ou métodos científicos de forma que auxilie na tomada de decisão.

De forma geral a avaliação foi incorporada em todas as áreas da saúde. Na APS vem sendo cada vez mais valorizada por permitir, dentre outras razões, obter o conhecimento do serviço, dos problemas e das prioridades regionais, o nível de satisfação dos usuários e a qualidade da assistência ofertada à população. Dentre os principais exemplos é possível citar o Reino Unido e o Canadá que possuem sistemas de saúde públicos e universais que oferecem cuidados primários e especializados de forma gratuita a toda a população (ROLAND; GUTHRIE; THOMÉ, 2012; GIOVANELLA, 2016).

No Reino Unido o *National Health Service* (NHS) vem evoluindo significativamente ao longo de sua história na busca por serviços que atendam às necessidades da população, e, dessa forma, a garantia de qualidade do cuidado faz parte do escopo de ações do governo (CAPUTI, 2020). Dentre as principais ações para atender a este objetivo está a criação do *Quality and Outcomes Framework* (QOF). Trata-se de um programa de pagamento por desempenho pela prestação de cuidados de qualidade pelos *General Practitioners* (GPs) (ROLAND; GUTHRIE; THOMÉ, 2012; CAPUTI, 2020). Foi inicialmente utilizado na área hospitalar e introduzido em 2004 para a APS. É composto por indicadores de processo, estrutura e resultados baseados em evidências desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), que são reformulados anualmente usando o Sistema de Gestão e Análise da Qualidade. Atualmente, o QOF vem sendo aplicado na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte (CAPUTI, 2020; FORBES *et al.*, 2017; SCAVONE, 2020).

O QOF promove a premiação do profissional a partir de pontos obtidos por ações desenvolvidas nas áreas das doenças crônicas mais comuns, implantação de medidas preventivas e na gestão de prioridades para a saúde pública (ROLAND, 2004). Sua aplicação viabiliza ganhos de até 1050 pontos, dependendo da quantidade de indicadores realizados, sendo que alguns ponderam mais fortemente do que outros (CAPUTI, 2020). Apresenta os seguintes domínios norteadores: prevenir mortes prematuras, promover qualidade de vida, ações voltadas às doenças crônicas, satisfação do usuário, ações de saúde ambiental, clínico, Saúde Pública e Serviços Adicionais em Saúde Pública (NHS DIGITAL, 2020).

Ao longo dos anos o QOF se tornou o mais importante programa de pagamento por incentivo do mundo na área da APS e foi largamente estudado com a intenção de identificar as falhas e os acertos para direcionar as mudanças necessárias (FORBES *et al.*, 2017). São identificados como pontos fortes do QOF a redução na internação por condições crônicas e na desigualdade social, acesso mais rápido ao clínico, melhora no pagamento dos médicos, além de uma melhor distribuição do trabalho através da diversificação profissional (CAMPBELL *et al.*, 2002; ROLAND; GUTHRIE; THOMÉ, 2012; MARSHALL; ROLAND, 2017). Os pontos fracos seriam uma manipulação do sistema pelos profissionais na busca por altos resultados, dificuldade no alinhamento de alguns indicadores, o que mascarou resultados sobre a prestação do cuidado, além da impopularidade do sistema juntos aos próprios profissionais (GIBSON *et al.* 2015; ROLAND; GUTHRIE, 2016).

Outro importante avanço do NHS foi à incorporação de tecnologias de informação nos serviços de saúde. Desde o final da década de 1990 as prescrições e registros clínicos já eram processados eletronicamente, e com o surgimento do QOF, o governo promoveu incentivos financeiros aos GPs fortalecendo os sistemas de informação clínicos com o objetivo de medir a qualidade e não o faturamento (ROLAND; GUTHRIE; THOMÉ, 2012). Atualmente todos os registros são realizados de forma digital, facilitando o processo de cuidado como, por exemplo, a transferência de informações entre clínicas e hospitais quando da admissão, alta ou mudança de usuários e através da disponibilização virtual das informações, o que possibilita ao próprio usuário se manter informado sobre seus tratamentos (ROLAND; GUTHRIE; THOMÉ, 2012; NHS DIGITAL, 2020).

A evolução percebida no contexto da APS seja na oferta de ações, organização do sistema, desenvolvimento de programas de avaliação, satisfação do usuário e tantos outros fatores observados, denotam a preocupação na oferta de serviços de qualidade e fazem do Reino Unido uma importante referência de sistema de saúde universal, sobretudo, para países

que caminham em busca deste modelo. Roland, Guthrie e Thomé (2012), afirmam que muitos foram os avanços, mas, como em todos os sistemas de saúde, ainda há muitos desafios para a oferta de um atendimento integral e contínuo do cuidado.

O sistema de saúde canadense também se destaca por ser público, universal e regionalizado (ROMANOW, 2002). O país se inscreve no contexto mundial como referência na implementação e incorporação da APS como principal modelo de oferta de serviço e porta de entrada do usuário. Se notabiliza principalmente pela centralidade de atuação de médicos de família que garantem um excelente nível para o atributo da longitudinalidade (BRANDÃO, 2020). Mesmo tendo optado por essa modalidade de estruturação da APS há pouco tempo, e pelas peculiaridades organizacionais e gerencias de cada província, as evidências científicas confirmam resultados positivos e acertos, com indicativo de avanços futuros na área (BRANDÃO; BRANDÃO, 2019).

O sistema de saúde canadense possui indicadores de monitoramento que auxiliam no conhecimento da realidade do sistema de saúde que busca entender o impacto na qualidade da oferta de serviços ofertados a população (BRANDÃO; BRANDÃO, 2019). Dentre os mecanismos utilizados para obter informações, o Instituto Canadense de Informações em Saúde (CIHI) e o Statistics Canada, são destaques, uma vez que fornecem dados públicos sobre a situação de saúde de regiões, províncias e territórios de saúde (CIHI, 2020). Estes órgãos dispõem de uma grande variedade de informações, geradas a partir de indicadores que subsidiam a elaboração de relatórios comprovando a importância e a necessidade de avaliar e identificar a evolução de cada serviço (FEKRI; LEEB; GUREVICH, 2017).

A crescente demanda por dados, provavelmente, impulsionada pela necessidade de melhoria da qualidade na atenção, conduziu a uma extensa quantidade de indicadores causando uma sobrecarga aos serviços de saúde, pela necessidade de preenchimento e alimentação dos sistemas. Esse acontecimento ficou, inclusive, conhecido como o “caos de indicadores” (HQC, 2011). Dessa forma, o CIHI reconheceu a necessidade de realizar uma avaliação periódica do sistema para garantir que os indicadores e relatórios produzidos refletissem a real situação e contribuíssem para um entendimento mais amplo do desempenho do sistema de saúde (FEKRI; LEEB; GUREVICH, 2017). Os indicadores de saúde também têm sido amplamente utilizados para o conhecimento da realidade e como incentivo financeiro condicionado ao cumprimento de metas pelos médicos, sobretudo nos serviços preventivos (BRANDÃO; BRANDÃO, 2019).

De forma geral, ao longo de todo o percurso da APS em vários países, grandes são as conquistas, especialmente na redução dos índices de mortalidade infantil, mortalidade materna e por condições crônicas, além de contribuir significativamente na redução das disparidades sociais e econômicas. A APS tem se consolidado frente a grandes desafios, alguns permanentes como as constantes mudanças no perfil de adoecimento das populações, outros inesperados como o recrudescimento de doenças infectocontagiosas que conduzem a um aumento na utilização dos serviços públicos e a um endurecimento dos governos, que entendem a racionalização dos gastos como resolução dos problemas.

2.1 Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado é uma estratégia fundamental na oferta de cuidado de qualidade, tornando-se a cada dia, mais essencial aos serviços de saúde que precisam conviver e aprender a conduzir os atuais desafios sociais que acarretam uma maior utilização da rede de serviços. O cuidado bem coordenado favorece o controle nos custos, evita a duplicação de testes de diagnóstico, a polifarmácia, planos terapêuticos conflitantes, menores taxas de hospitalização e de procura por atendimentos de emergência, melhor monitoramento das doenças crônicas e maior sucesso nas ações preventivas (BODENHEIMER, 2008; KRINGOS *et al.*, 2010; SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013; HAYS *et al.*, 2014; KRINGOS *et al.*, 2015; BERKOWITZ *et al.*, 2018).

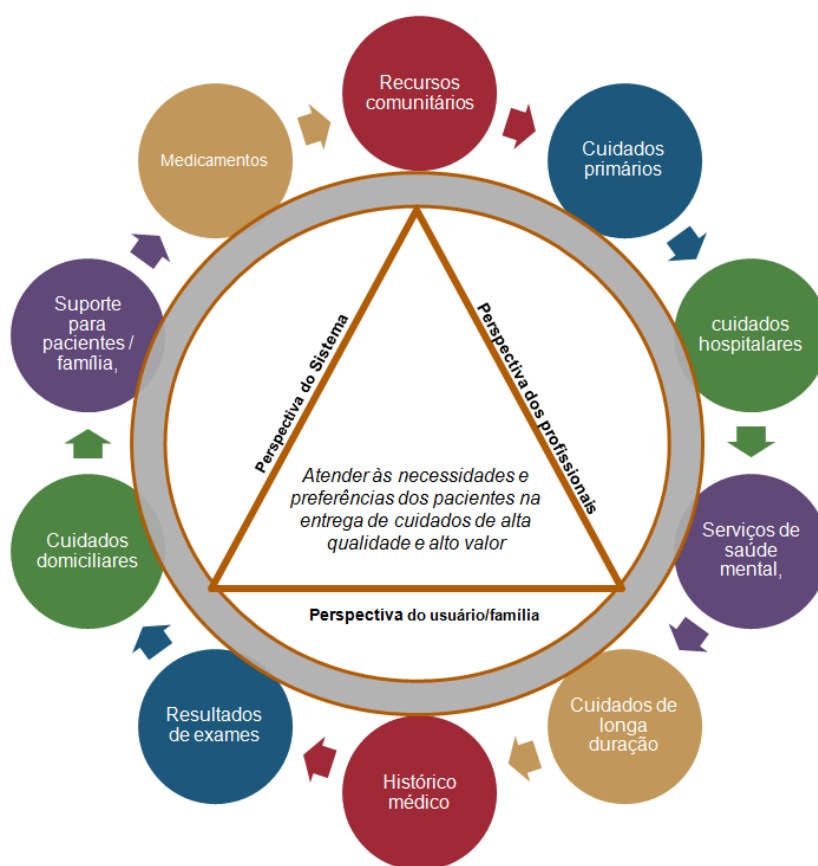
Até o momento muitas são as definições para coordenação do cuidado e ainda não há um consenso sobre o conceito que melhor expresse o verdadeiro sentido do atributo; na literatura internacional são encontrados cerca de quarenta. Pesquisadores da área concordam que os avanços na coordenação das ações na atenção primária foram em grande parte restritos devido a esta compreensão teórica ainda limitada (DAVESON *et al.*, 2014).

Dentre os conceitos mais citados está o proposto por Starfield (2004), que vê a coordenação como um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum”, e o fator marcante é a existência e o reconhecimento de informações sobre todo o processo de cuidado. Para Daveson (2004) a coordenação é uma ação deliberada entre pacientes, funcionários e cuidadores que trabalham de forma conjunta e centrada no paciente, depende de uma rede de comunicação entre os serviços e o sistema de saúde, além de um compartilhamento oportuno e qualificado de informações. Já Popejoy (2015), define como um termo genérico que abrange

desde a gestão de casos, até transição de informações entre os envolvidos no processo de cuidado (POPEJOY *et al.*, 2015).

Ao considerar a multidimensionalidade do atributo, McDonald e colaboradores (2014) afirmam que a coordenação é a organização deliberada de atividades desenvolvidas através do estabelecimento de um vínculo entre os diversos participantes do processo de cuidado, o que inclui o próprio paciente, e visa atender a necessidades específicas, utilizando na grande parte das vezes trocas qualificadas de informação (Figura 1).

Figura 1- Anel de coordenação do cuidado



Fonte: Adaptado de MCDONALD, 2014.

Para a OMS (2018) é uma abordagem proativa para reunir profissionais e prestadores de cuidados, atender às necessidades dos usuários do serviço, garantindo que eles recebam atendimento integrado e focado na pessoa, através de várias configurações. Segundo ela, as evidências sugerem oito principais prioridades acionáveis: continuidade com um profissional

de cuidados primários; planejamento colaborativo de atendimento e compartilhamento, gerenciamento de casos para pessoas com problemas complexos, serviços disponibilizados ou um simples ponto de acesso, cuidados de transição ou intermediários, atendimento abrangente ao longo de todo o caminho, tecnologia para apoiar a continuidade e o cuidado; e criando capacidade da força de trabalho.

No Brasil a definição mais adotada, considera os níveis de integração entre os sistemas, podendo existir a coordenação horizontal, quando as ações são desenvolvidas em um mesmo nível de atenção e vertical quando em diferentes níveis (ALMEIDA *et al.*, 2018). De forma específica, é imprescindível que estes dois tipos de coordenação coexistam, para um efetivo funcionamento da rede de atenção que compreende a interação entre os níveis assistenciais, sendo as ações de APS as ordenadoras de toda a cadeia de acontecimentos.

Na literatura quatro concepções/dimensões de coordenação do cuidado se apresentam interligados: *informacional, gerencial, relacional e assistencial*:

A *coordenação informacional* é a transferência e utilização de informações clínicas entre os prestadores em busca de uma melhor coordenação entre os serviços, diminuindo duplicidades e utilização desnecessária de medicamentos ou serviços (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013).

A *coordenação gerencial* é a oferta de serviços sequenciais e de forma complementar ao usuário, visando garantir um cuidado contínuo e compartilhado entre todos os níveis de assistência (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013).

A *coordenação relacional* se refere às relações entre os prestadores que envolvem a troca de informações, os objetivos, as responsabilidades no processo do cuidado e o respeito entre os profissionais com espírito colaborativo (VAN HOUTT *et al.*, 2013).

Para Almeida e colaboradores (2010), a *coordenação assistencial* se traduz na percepção do usuário sobre a continuidade do cuidado e uma vez realizada com ordenamento dos fluxos e continuidade informacional favorece a articulação entre os participantes da rede de cuidados.

Para a realização da coordenação do cuidado termos como “atividades de coordenação”, “fatores”, “atributos”, “domínios”, dentre outros, são descritos como sendo os mecanismos que permitem a execução do atributo pelos serviços de saúde. Estes arranjos envolvem principalmente transição de informações entre os participantes do cuidado, comunicação, uso de tecnologias de informação, protocolos, responsabilização pelo cuidado, dentre outros (MCDONALD, 2014; DAVESON *et al.*, 2014; POPEJOY *et al.*, 2015).

A necessidade da coordenação de cuidados se estende para além dos serviços e dos profissionais envolvidos, devendo abranger pacientes e familiares, tendo em vista que a continuidade dos cuidados vai além dos episódios de adoecimento (BODENHEIMER, 2008). É importante salientar que o nível de coordenação exigido para a obtenção de um dado resultado aumenta na medida da complexidade da intervenção, da quantidade de serviços e/ou pessoas envolvidas, características de situações de atendimento a doenças crônicas e casos complexos (MCDONALD, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Para Contandriopoulos *et al.* (2001), o nível de coordenação entre os envolvidos vai depender da necessidade do projeto que demanda o trabalho naquele momento. A coordenação do cuidado assume uma grande versatilidade ao conseguir se adaptar a cada realidade, de acordo com as características individuais ou coletivas, ao nível e complexidade do sistema de saúde exigindo a formação de uma rede dinâmica entre os atores e serviços envolvidos favorecendo o alcance de qualidade e acessibilidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Assim, é possível identificar três tipos de coordenação: A *coordenação sequencial* é aquela onde o usuário recebe o cuidado por uma sequência de profissionais e organizações, cada um desempenhando ações específicas; este tipo de coordenação ocorre quando existe uma clareza do resultado que se espera, por exemplo, uma criança com quadro de apendicite encaminhada ao cirurgião pelo médico da Estratégia Saúde da Família (ESF). A *coordenação recíproca* é aquela em que há a participação simultânea de vários profissionais, que consideram as opiniões de cada um, em um processo de cuidado; um exemplo seria a gestante diabética que seria acompanhada pelo médico e enfermeiro da ESF, ginecologista e nutricionista. Nessa modalidade o número de profissionais envolvidos é proporcional a complexidade da intervenção/ condição clínica. Por fim a *coordenação coletiva* ocorre quando vários profissionais trabalham em equipe, devido a uma grande necessidade de interação entre eles, comum em doenças crônicas ou multimorbidades; um exemplo seria o usuário idoso acamado com sequelas por Acidente Vascular Encefálico, que necessita de visitas frequentes do ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, geriatra que compartilham as decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001).

É importante salientar que o modelo ideal de coordenação deve ter o usuário como o centro de todas as ações, e a tomada de decisão deve ser baseada no atendimento aos anseios do usuário, nas particularidades de cada sistema de saúde de forma que sejam organizadas de acordo com cada realidade social (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Contudo,

barreiras para a realização ou para o perfeito funcionamento da coordenação do cuidado são relatados por diversos trabalhos, sendo os mais frequentes, a sobrecarga de atividades pelos profissionais de saúde, número excessivo de usuários que demandam cuidados a curto e longo prazo, falta de um sistema informatizado de registros, inexistência de um sistema integrado de cuidado e baixo incentivo financeiro aos profissionais (MCDONALD, 2014).

A complexidade observada na coordenação do cuidado justifica a dificuldade dos pesquisadores na elaboração de um conceito único. Baseado neste dinamismo de envolvimento entre os atores, na influência do ambiente no desenvolvimento das ações e na intensa variedade de serviços que atuam em uma interação contínua, o termo “ecossistemas de cuidado” vem se tornando comum (LAWER, 2017). Este termo, oriundo da biologia, vem sendo utilizado de forma metafórica em outras áreas para expressar a complexidade das relações, que exigem um maior grau de colaboração entre os envolvidos com valorização de habilidades na busca de propósitos comuns, no entanto sua aplicação prática no campo da saúde ainda demanda estudos mais específicos (DESSERS; MOHR, 2020).

Ainda dentro desta acepção, podem existir variados tipos de ecossistemas, que surgem a partir de um objetivo específico que norteia a criação de uma estratégia definida, considerando a perspectiva do interveniente e dos atores existentes. Dessers e Mohr (2020) exemplificam que a APS seria um ecossistema destinado a prestar serviços de atenção primária para uma população adscrita e para isso seria necessário entender as especificidades daquela população, os mecanismos disponíveis para atender suas demandas e os recursos humanos disponíveis. A aplicação deste conhecimento favorece o entendimento sobre o sistema de saúde e a escolhas das melhores estratégias de ação, especificidade na oferta de cuidado de acordo com a necessidade de cada usuário ou comunidade, alinhamento de condutas e dispositivos para alcance de um mesmo objetivo, fortalecimento nas relações interpessoais entre os envolvidos, otimização no desempenho das atividades a partir de um trabalho em equipe (BODENHEIMER; SINSKY, 2014; WHO, 2016; LAWER, 2017).

Seja em âmbito nacional ou internacional, o alcance do atributo coordenação é entendido como parâmetro para avaliar a robustez dos sistemas, uma vez que é compreendida como imprescindível para atender aos problemas de saúde da população de forma integral (WHO, 2008; HAGGERTY; YAVICH; BÁSCOLO, 2009; SILVA; ANDRADE, 2014). Evidências científicas definem que o compartilhamento de objetivos entre os níveis de cuidado através de redes estruturadas facilitam a comunicação entre os profissionais, melhoram a incorporação de recursos financeiros e valorizam o trabalho em equipe, todos

elementos fundamentais para a garantia de cuidados bem coordenados (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020) .

Embora inovações e o desenvolvimento de tecnologias possam favorecer a coordenação dos cuidados, a organização dos serviços de saúde é um ponto determinante para o bom desempenho deste atributo e a APS é o espaço mais adequado para coordenar o percurso terapêutico, pois é vista como a principal estrutura capaz de coordenar esse processo (BODENHEIMER, 2008; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). Os melhores exemplos de sistemas de saúde são aqueles que possuem uma APS qualificada, fortalecida, orientadora das ações e de serviços com maior eficiência na continuidade da atenção e na satisfação dos usuários (STARFIELD, 2004).

Segundo Starfield (2004) a coordenação é um dos quatro atributos essenciais da atenção primária e o define como um estado de harmonia entre ação ou esforço em comum. Pode ser definida ainda, como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde na busca de intervenções no cuidado que atendam ao usuário de forma contínua, adequadas às necessidades específicas de atenção e compatível com as expectativas pessoais, a partir de uma rede integrada, que vai desde a APS aos prestadores de maior densidade tecnológica (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006; TERRAZA NÚÑEZ *et al.*, 2006).

Dessa forma a APS desempenha um papel primordial na coordenação do atendimento dos pacientes, ao passo que resolve questões que poderiam comprometer o resultado do tratamento, como a organização apropriada dos fluxos de encaminhamentos e a resolução de recomendações clínicas conflitantes (CHANG *et al.*, 2018). A complexidade da rede de cuidados, o deslocamento dos pacientes entre os prestadores de cuidado e as lacunas no processo de comunicação torna desafiador o ato de coordenar o atendimento. Como exemplos disso, as internações hospitalares estão relacionadas a falhas na coordenação do atendimento ambulatorial e têm sido associadas a falta de interação entre os vários provedores (FRANSEN *et al.*, 2015).

Considerando o atual contexto de valorização e defesa da APS, melhorias na coordenação do cuidado tornam-se um objetivo estratégico para reformas dos sistemas de saúde de muitos países, e iniciativas pró-coordenação para o fortalecimento dessas estruturas são cada vez mais frequentes (CONILL, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2010; SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013). São exemplo dessas ações as relacionadas à territorialização dos serviços e adscrição de clientela, implantação de prontuários eletrônicos, centrais de marcação de

consultas, apoio de especialistas, criação de redes com gestão regional e/ou municipal, dentre outras (CONILL; FAUSTO, 2007).

A estruturação da capacidade de coordenação do cuidado na APS é um tema que vem sendo enfrentado de forma diferenciada pelo mundo. Na Europa, ainda existem questões pendentes sobre o tema e, desde 1990, uma série de reformas pró-coordenação vêm ocorrendo, voltadas para fortalecimento da APS (RUSTICELLI; OXLEY; HOFMARCHER, 2007; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). A coordenação é concebida de maneira ampla com ações que vão do cuidado compartilhado, à gestão de casos/doença e às redes de atenção em domicílio (CONILL; FAUSTO, 2007). No Canadá, dentre as principais propostas para melhoria na saúde da população, está a reorganização da oferta de cuidados, através do aprimoramento das atividades de coordenação do cuidado com consequente redução dos gastos e do tempo de espera por atendimentos especializados (BRANDÃO; BRANDÃO, 2019).

Na América latina, onde historicamente ocorreu uma segmentação e fragmentação da maioria dos sistemas de saúde, com oferta deficitária de atenção à saúde, mudanças no perfil epidemiológico, prevalência de doenças crônicas, infectocontagiosas e o convívio com problemas decorrentes das situações socioeconômicas desfavoráveis, também são incipientes as reformas centradas na coordenação dos cuidados (ALMEIDA *et al.*, 2010; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

No Brasil, desde 2012, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que uma APS fortalecida e ordenadora de redes deve avançar na coordenação do cuidado, promovendo a integração de ações programáticas, a articulação da prevenção e promoção da saúde, ajustando condutas de referência e contrarreferência, em atividades multidisciplinares e interdisciplinares e no ordenamento das redes de atenção, centralizando o processo de trabalho no usuário (BRASIL, 2012b).

2.1.1 Desafio de avaliação da coordenação do cuidado

O desenvolvimento da APS e a conscientização sobre a importância da coordenação do cuidado para o fortalecimento desta estratégia têm conduzido à necessidade de métodos de avaliação, seja de maneira isolada ou dentro do sistema como um todo. Avaliar a coordenação do cuidado representa um grande desafio por ser um produto de vários atores e organizações, além da dimensão teórica que envolve a definição do conceito ou pela dificuldade em

distingui-la de outros aspectos ou processos de cuidados (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013).

O próprio conceito de coordenação é complexo e está interligado a conceitos de qualidade, prestação e organização dos serviços podendo, ora ser amplo ora restrito de acordo com a abordagem adotada (MCDONALD, 2014). A dificuldade em medir essa complexa construção tem permanentemente limitado o entendimento da influência da coordenação nos resultados de avaliações de políticas e ações de saúde, assim como impedido avanços diretos no cuidado (BYNUM; ROSS, 2013).

Segundo Starfield (2002), a coordenação da atenção pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. A partir deste conceito, foi desenvolvido um instrumento de avaliação para a coordenação do cuidado.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*) foi criado *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*, objetivando medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Baseou-se na formulação de avaliação da qualidade de serviços proposta por Donabedian (1966), envolvendo as dimensões de estrutura, processo e resultados. Possui versões para crianças e adultos, avaliados por profissionais e usuários (STARFIELD, 2002).

Para avaliação do atributo coordenação do cuidado, estão envolvidos os seguintes aspectos no instrumento do profissional: conhecimento pelo profissional de realização de consultas do paciente com especialistas, discussão com o paciente de opções de serviços, ajuda para marcação de consultas do paciente, informação sobre referência e contra referência, conversa com o paciente sobre os resultados da consulta.

Quanto ao usuário, os aspectos abordados envolvem: verificação se houve sugestão para marcar serviço especializado por parte da APS, conhecimento do serviço sobre a utilização do serviço especializado, discussão da APS sobre os diferentes serviços onde o paciente poderia ser atendido, ajuda para marcar a consulta, existência de instrumento assistencial de referência, conhecimento da APS sobre os resultados da consulta.

No quadro 1 e 2 abaixo os itens que compõem o instrumento brasileiro do PCATool relativo à coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

Quadro 1 – Variáveis utilizadas pelo PCAtool para aferir o atributo coordenação do cuidado – perspectiva dos profissionais

COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DO CUIDADO
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?
Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?
Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?
Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?
Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?
Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?
COORDENAÇÃO DO CUIDADO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO
Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?
Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?
Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende

Fonte: Adaptado do Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool Pcatool - Brasil* (BRASIL, 2010).

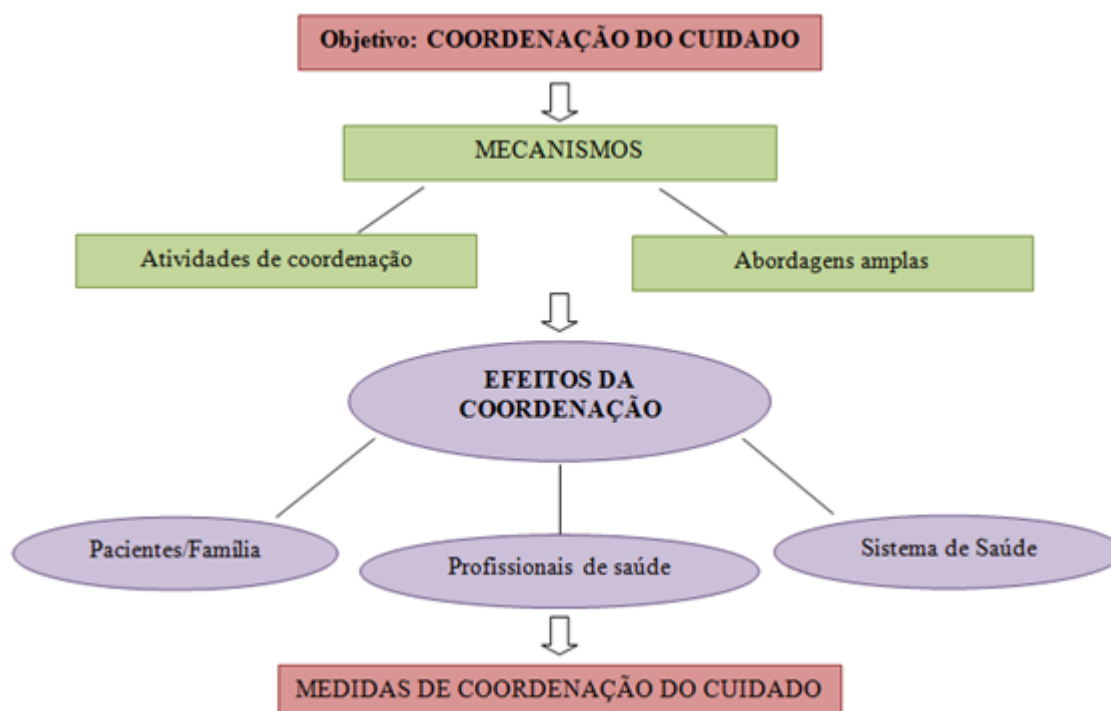
Quadro 2 - Variáveis utilizadas pelo PCAtool para aferir o atributo coordenação do cuidado – perspectiva dos usuários

COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DO CUIDADO
Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?
O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?
O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?
O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?
O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o / a marcar esta consulta?
O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?
O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?
Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?
O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?
COORDENAÇÃO DO CUIDADO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO
Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)
Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?
Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”

Fonte: Adaptado do Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool Pcatool - Brasil* (BRASIL, 2010).

Na busca constante para promover a evolução deste atributo a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) desenvolveu o “Atlas de Medidas de Coordenação de Cuidados”. Trata-se de um instrumento que permite identificar medidas adequadas para avaliar as intervenções de coordenação do cuidado, sendo, portanto, indispensável para pesquisadores das diversas áreas do setor saúde, para gestores e instituições que buscam a melhoria no acesso e na qualidade do cuidado (MCDONALD, 2014) (Figura 2).

Figura 2- Diagrama da estruturação de medição da coordenação do cuidado



Fonte: Adaptado de MCDONALD, 2014.

O atlas representa um grande avanço, pois identifica as medidas utilizadas para avaliação da coordenação do cuidado desenvolvidas em estudos e pesquisas realizadas por vários países e serviços de saúde, dá ênfase para os cuidados ambulatoriais, sendo estruturado de acordo com a perspectiva do usuário/família, de profissionais de saúde ou de instituições/sistemas (BYNUM; ROSS, 2013).

A análise da coordenação do ponto de vista do *usuário/família* fornece informações complementares e valiosas, pois é o elemento que vincula todos os níveis de assistência/prestadores (HAYS *et al.*, 2014). Está relacionada à continuidade do cuidado que, neste contexto, é entendido como o grau em que o usuário experimenta o cuidado ao longo do tempo (entre um ou mais provedores), ligando o passado ao presente, por meio de

transferência de informações, gerando um acumulado de conhecimentos utilizados na oferta de ações interligadas (MCDONALD, 2014).

Na perspectiva dos *profissionais*, a coordenação representa o esforço em atender as necessidades do usuário/família por todo o sistema, por meio do trabalho em equipe, garantindo uma correta e oportuna transferência de informações entre os provedores, referenciamento adequado aos pontos de atenção e a responsabilização pelo cuidado ao usuário (MCDONALD, 2014).

A visão do *sistema* significa a integração entre os pontos de atenção para proporcionar os recursos necessários para garantir o cuidado ao usuário, sendo o principal objetivo, facilitar a oferta eficiente e adequada dos serviços (MCDONALD, 2014).

Para facilitar a identificação das medidas foram criados os ‘domínios’ ou ‘atividades de coordenação’, que são entendidos como elementos chave, pois exprimem os efeitos potencialmente mensuráveis, através da identificação de atividades importantes para realização da coordenação do cuidado e de abordagens amplas que seriam o mecanismo para o alcance do cuidado coordenado (MCDONALD, 2014) (Quadro 3).

Quadro 3-Domínios da coordenação do cuidado

Domínios da coordenação do cuidado	Atividade
1. Estabelecer ou negociar responsabilidade	Cada participante do cuidado a um paciente deve ter claro as responsabilidades no processo do cuidado. Espera-se que o ator responsável (seja profissional de saúde, equipe de atendimento ou organização de assistência médica) responda por falhas no (s) aspecto (s) do cuidado pelo qual é responsável. O principal responsável pelas principais atividades de cuidado e coordenação deve ter especificado, bem como a extensão dessa responsabilidade e em que circunstâncias será transferida para outros participantes da assistência.
2. Comunicar	Compartilhar conhecimento entre os participantes no atendimento a um paciente. A comunicação pode ocorrer por meio de uma ampla variedade de canais, mas, para fins de medição, distinguimos dois modos-chave de comunicação:
i. Comunicação interpessoal	O dar e receber ideias, preferências, metas e experiências através de interações pessoais. Os

	exemplos incluem interações face a face, conversas telefônicas, e-mail e cartas.
ii. Transferência de informação	O fluxo de informações, como histórico médico, listas de medicamentos, resultados de testes e outros dados clínicos, entre os participantes do cuidado, Por exemplo, um resumo escrito dos resultados laboratoriais enviados da APS para o paciente, confirmação verbal de um valor laboratorial do laboratório para um médico ou transferência de um CD contendo imagens de TC de um hospital, para uma unidade de atendimento primário.
3. Facilitar transições	Facilitar transições específicas, que ocorrem quando a informação sobre ou prestação de contas por algum aspecto do cuidado de um paciente é transferida entre duas ou mais entidades de assistência médica ou é mantida ao longo do tempo por uma entidade. A facilitação pode ser alcançada por meio de atividades destinadas a assegurar a transmissão oportuna e completa de informações ou prestação de contas.
i. Através das configurações	Corresponde à mudança do paciente entre os níveis de atenção. Por exemplo: transições do ambiente de internação (hospital) para o ambiente ambulatorial (ou seja, consultórios médicos); ou transições entre ambientes de atendimento ambulatorial (cuidados primários para clínicas especializadas).
ii. Como as necessidades de coordenação mudam	Refere-se à mudança no cuidado ao longo dos ciclos de vida ou do surgimento de enfermidades. Por exemplo, a transição do atendimento pediátrico para o adulto; transições ao longo do ciclo reprodutivo de uma mulher; e transições entre episódios agudos de cuidados e manejo de doenças crônicas.
4. Avaliar as necessidades e objetivos	Determinar as necessidades de cuidados e de coordenação do paciente, incluindo saúde física, emocional e psicológica; história atual de saúde;

	conhecimento e comportamentos de autocuidado; recomendações atuais de tratamento, incluindo medicamentos prescritos e necessidade de serviços de suporte.
5. Criar um plano proativo de atendimento	Estabelecer e manter um plano de cuidados, criado e gerenciado em conjunto com o paciente / família e equipe de saúde, que delineie as necessidades e objetivos de curto e longo prazo para atendimento e / ou identifique lacunas de coordenação. O plano é projetado para preencher lacunas na coordenação, estabelecer metas de atendimento aos pacientes e, em alguns casos, estabelecer metas para os cuidadores do paciente. Idealmente, o plano de cuidados antecipa as necessidades de rotina e acompanha o progresso atual em direção aos objetivos do paciente.
6. Monitorar, acompanhar e responder às mudanças	Em conjunto com o paciente / família, avaliar o progresso em direção aos objetivos de cuidado e coordenação. Monitorar sucessos e falhas no cuidado e na coordenação. O plano de cuidados deve ser adaptado conforme necessário para acomodar novas informações ou circunstâncias e para resolver quaisquer falhas.
7. Apoiar os objetivos de autocuidado	Adaptar a educação e o apoio para se alinhar com a capacidade e as preferências dos pacientes quanto ao envolvimento em seus próprios cuidados. Educação e apoio incluem informações, treinamento fornecido aos pacientes ou seus cuidadores para promover a compreensão e a capacidade do paciente de realizar tarefas de autocuidado, incluindo apoio para entender e gerenciar as transições de cuidados e mudança de comportamento.
8. Utilizar de recursos da comunidade	Verificar a existência e a disponibilidade de serviços comunitários, que possam ajudar a apoiar a saúde e o bem-estar dos pacientes ou atingir suas metas de atendimento. Os recursos da comunidade são qualquer serviço ou programa fora do sistema de saúde que possam apoiar a

	saúde e o bem-estar de um paciente. Isso pode incluir recursos financeiros (por exemplo, planos de saúde, bolsa família), serviços sociais, recursos educacionais, escolas para pacientes pediátricos e especiais, grupos de apoio ou programas de apoio (por exemplo, Alcoólicos Anônimos, etc.).
9. Alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população	Dentro do ambiente de cuidados de saúde, avaliar as necessidades de pacientes e populações e alocar recursos de saúde de acordo com essas necessidades. No nível da população, isso inclui o desenvolvimento de abordagens em nível de sistema para atender às necessidades de populações específicas de pacientes. No nível do paciente, inclui a avaliação das necessidades individuais para determinar se eles podem se beneficiar da abordagem em nível de sistema. Por exemplo, uma abordagem em nível de sistema para atender às necessidades dos pacientes com câncer (a população) pode ser a criação de uma reunião multidisciplinar para ajudar a coordenar o tratamento do câncer entre as várias especialidades relevantes.

Fonte: Adaptado do Atlas de coordenação do Cuidado (MCDONALD, 2014).

O *European Observatory on Health Systems and Policies*, publicou em 2015 trabalho realizado pelo *Primary Health Care Activity Monitor for Europe* (PHAMEU), que a partir da elaboração de um instrumento de monitoração dos atributos da APS, forneceu o mapeamento e a comparação dos sistemas de APS de 31 países europeus. A coordenação do cuidado foi identificada na dimensão relativa ao processo com foco na prestação de serviços, refletindo a capacidade da APS em coordenar o uso de serviços em todos os níveis assistenciais, evidenciando fragilidades e capacidades de cada país (KRINGOS *et al.*, 2015). Este trabalho forneceu elementos importantes na avaliação da coordenação do cuidado na APS, podendo ser subsídio para desenvolvimento de pesquisas em muitos outros países, que possuem a estruturação deste modelo de atenção semelhante ao adotado por alguns países da Europa.

Segundo o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, as equipes de APS possuem um papel importante na coordenação do cuidado, englobando a coordenação na

atenção primária, à coordenação de contribuições de especialistas médicos e a coordenação com a saúde pública. Nesta perspectiva, elenca fatores que são importantes na coordenação do cuidado, adaptados ao processo de estruturação da APS na Europa, envolvendo função de *gatekeeper*; combinação de habilidades dos prestadores de cuidados primários; papel dos enfermeiros na clínica em APS e em educação em saúde e cooperação de atenção primária e secundária e saúde pública. A seguir o detalhamento destes aspectos e os resultados do estudo do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde sobre a coordenação do cuidado realizado na Europa, já aplicado em dois ciclos nos anos de 2010 e 2014, como parte do processo de monitoramento da implementação dos atributos da APS no continente (KRINGOS *et al.*, 2015).

Função de *gatekeeper*: considerando a realidade europeia, no estudo realizado pelo observatório foram identificados gradientes desta função, englobando:

1. **Não existe um sistema de *gatekeeper*** - os pacientes, com poucas exceções possíveis, têm acesso direto à maioria dos médicos.

2. **Não existe um sistema formal de *gatekeeper*, mas existem incentivos.** O acesso direto à maioria dos médicos é possível se os custos da visita forem pagos em particular.

3. **Sistema de proteção *gatekeeper* parcial instalado.** Os pacientes precisam de um encaminhamento para apenas uma seleção de médicos.

4. **Sistema completo de *gatekeeper* no local.** Normalmente, é necessário um encaminhamento para acessar a maioria dos médicos especialistas.

Combinação de habilidades dos prestadores de cuidados primários: o observatório salienta que os cuidados primários podem ser organizados em torno de práticas individuais ou em grupo, incluindo especialistas em cuidados primários ou secundários. A atuação em grupos pode facilitar as reuniões com prestadores de cuidados e a realização de atividades em grupos com pacientes, facilitando a coordenação do cuidado.

Papel dos enfermeiros na APS e educação em saúde – Na análise do observatório o papel dos enfermeiros na APS é limitado na maioria dos países.

Cooperação de atenção primária e secundária e saúde pública – Segundo o observatório, envolve a cooperação entre prestadores de APS e médicos especialistas, abrangendo processo de formação, atendimento especializado realocado, consultas conjuntas e solicitação de conselhos por telefone de especialistas médicos. Para o processo de articulação entre as atividades de coordenação na APS e saúde pública envolvendo a

utilização de dados para identificar as prioridades das políticas de saúde, pesquisas com usuários para melhorar a qualidade da APS.

Estes conteúdos relativos à coordenação do cuidado estão evidenciados no formulário elaborado pelo Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde para aferir a coordenação do cuidado na Europa em estudos regulares no qual são monitorados o processo de estruturação da APS na Europa (Quadro 4).

Quadro 4 – Variáveis utilizadas pelo Observatório Europeu para aferir o atributo coordenação do cuidado

Uso de <i>survey</i> de saúde da comunidade para melhorar a qualidade da APS	
Uso dos registros clínicos do paciente para identificar políticas públicas prioritárias	
GPs solicitam regularmente por telefone conselhos para os especialistas	
Comumente são usados formatos de cooperação entre GP e médicos especialistas	
Comumente enfermeiras atuam em clínicas de diabetes ou em atividades de educação em saúde na APS	
GPs tem encontros regulares com especialistas	
% GPs trabalham sozinhos	
% GPs que trabalham em grupos ou grupos mistos com médicos da APS e especialistas	
Sistema de referência	Pacientes têm acesso direto aos especialistas
	Pacientes precisam de encaminhamento de GPs para acessar quais tipos de especialistas
	Pacientes têm acesso direto se os custos forem pagos privadamente
	Sistema de <i>gatekeeper</i> na APS

Fonte: Adaptado de KRINGOS et al., 2015.

Outros trabalhos sobre este tema foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), focados, contudo, no MEDCARE, o que em alguns casos impossibilita a extensão ou adaptação para outras realidades (BYNUM; ROSS, 2013). O estudo da “densidade do cuidado” vem sendo motivo de ampla pesquisa neste país e a metodologia adotada procura avaliar as características da prática médica, por meio da identificação das estruturas utilizadas na comunicação e no compartilhamento de informações, seja com pacientes, profissionais ou instituições (POLLACK *et al.*, 2013). Estudo realizado por Landon *et al.*(2012), buscou verificar se nas redes de serviços de saúde o compartilhamento de informações sobre casos clínicos entre médicos reduz custos e/ou melhora a qualidade do cuidado. Evidências científicas apontam que uma maior densidade de cuidados e relações médicas mais fortes podem reduzir custos, assim como facilitar a troca de experiência entre os médicos por meio

de consultas informais, diminuindo a necessidade de encaminhamentos (BYNUM; ROSS, 2013).

Esta metodologia, no entanto, ainda demanda pesquisas mais aprofundadas para delimitar fatores de confusão como localização geográfica, nível de complexidade e número de visitas totais ou de pacientes em uma mesma prática (BYNUM; ROSS, 2013). O estudo da coordenação do cuidado, de métodos e medidas de avaliação representa um grande desafio, principalmente para a APS, uma vez que a maior parte dos estudos está concentrada na assistência hospitalar.

A necessidade da realização de estudos para compreender a coordenação do cuidado é relatada por Chang e colaboradores (2018). Neste trabalho foi investigada a visão de usuários sobre a coordenação assistencial, foi identificada uma maior relevância da coordenação do atendimento dentre usuários que demonstraram maior insatisfação com as experiências no setor de saúde. Tal achado sugere que a coordenação do cuidado com bons resultados é realizada nos bastidores dos serviços de saúde, pelos profissionais, sendo pouco aparente ao usuário, aparecendo de forma indireta nos serviços recebidos (CHANG *et al.*, 2018).

Outro trabalho também desenvolvido nos EUA buscou avaliar a eficácia de atividades de coordenação do cuidado desenvolvidas pela atenção hospitalar em parceria com serviços de atenção primária e concluiu que a coordenação possui relação direta com melhorias nos índices de utilização e redução de custos. Para isso desenvolveram uma metodologia de avaliação específica, onde os próprios pesquisadores definiram o que consideraram como atividades de coordenação (BERKOWITZ *et al.*, 2018).

2.1.2. A coordenação do cuidado no Brasil

No Brasil, a Saúde da Família é a estratégia prioritária de expansão e consolidação da APS. Nas últimas décadas houve uma visível ampliação em todo o território nacional com aumento da cobertura e de investimentos (MALTA *et al.*, 2016). Diante deste desenvolvimento, a necessidade de monitoramento da qualidade e resolutividade da estratégia conduziram o governo federal a iniciativas para realizar a avaliação e desenvolvimento de pesquisas direcionadas a avaliação dos atributos e de autoavaliação da qualidade (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017). Estudos apontam a APS como o cenário ideal para o entendimento da coordenação da assistência, uma vez que concentra a maior quantidade de

informações sobre o paciente e sobre gerenciamento de encaminhamentos (BODENHEIMER, 2008; CHANG *et al.*, 2018).

Estudos brasileiros relativos ao atributo coordenação, aplicando principalmente o PCATool, situam a coordenação do cuidado como bem avaliado tanto por profissionais quanto pelos usuários. Estudo de 2020, realizado em regiões de saúde do Rio Grande do Sul afirma que os usuários da APS avaliam como boa a coordenação do cuidado (BANDEIRA *et al.*, 2020). Outro estudo também aplicando PCATool na cidade do Rio de Janeiro, realizado com profissionais, avalia a coordenação do cuidado como boa, mas situa problemas no conhecimento relativo ao fluxo dos usuários nos serviços especializados da RAS e uma deficiência importante no sistema de referência e contra referência (PAIXÃO *et al.*, 2019). Também estudos realizados em Goiás e em Presidente Prudente os profissionais fizeram uma boa avaliação do atributo coordenação do cuidado utilizando o PCATool (GOMES; FRACOLLI, 2019; MAIA *et al.*, 2020).

Pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte encontrou os atributos de longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado bem avaliados por enfermeiros e gerentes das ESF (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015). Outro estudo em Belo Horizonte também mostrou boa avaliação para a coordenação do cuidado na perspectiva do idoso; no entanto, ocorreu pior avaliação da coordenação do cuidado entre os que relataram maior uso dos serviços e condições crônicas (AUGUSTO *et al.*, 2019).

O instrumento PCAtool possui dois grandes subitens para avaliar a coordenação do cuidado: integração de cuidados e sistema de informação. Alguns estudos se debruçaram sobre esta especificidade. Em estudo realizado em 2019 no Distrito Federal, os usuários consideraram satisfatória a coordenação no subitem sistema de informação e os profissionais fizeram boa avaliação da coordenação em seus dois subitens (DE MACEDO *et al.*, 2019).

Vários estudos mensuraram o comportamento da coordenação do cuidado em diversos contextos. Em estudo realizado utilizando PCAtool no atendimento às crianças em Diamantina nas áreas rurais e urbanas, observou-se escores distintos entre usuários e profissionais. O atributo coordenação subitem sistema de informação do ponto de vista dos usuários e dos profissionais obteve os melhores escores; para os profissionais junto com orientação familiar e para os usuários junto com acessibilidade no componente utilização. As diferenças entre os subitens da coordenação do cuidado são significativas: integração de cuidados na avaliação dos profissionais e dos usuários obteve respectivamente 6,45 e 3,78 enquanto a coordenação do sistema de informações obteve 9,05 e 7,75. O ponto de corte

preconizado pelo MS é de 6,6. Os escores dos atributos essencial e geral dos serviços da área rural foram mais altos do que os da área urbana na opinião dos usuários, mas não na dos profissionais (SILVA; ALVES, 2019).

Estudo no interior de São Paulo, também voltado para avaliação do atendimento às crianças, na visão dos profissionais, encontrou um escore de 5,3 para a dimensão coordenação integração dos cuidados e um escore de 4,44 para a dimensão sistema de informação e na visão dos usuários, 8,54 e 7,58 respectivamente (PONNET *et al.*, 2019). Um estudo em Florianópolis avaliando adultos usuários da APS encontrou que a coordenação no subitem integração de cuidados foi de 6,7 e sistema de informações 7,0 (VIDAL *et al.*, 2018). Outro estudo realizado em Presidente Prudente com profissionais da APS vai na mesma direção: Coordenação - Integração de cuidados 7,70; Sistemas de Informações 8,74 (GOMES; FRACOLLI, 2019). Em Fortaleza, trabalho envolvendo médicos, enfermeiros e dentistas também alcançou resultados positivos: respectivamente, para coordenação integração de cuidados 6,61, 6,13 e 6,67 e para coordenação sistema de informação 8,13, 8,02 e 7,12 (ROLIM *et al.*, 2019).

Estudo qualitativo com profissionais da APS no Pará apontaram as mais variadas fragilidades quanto aos atributos e a estrutura operacional de APS como: falta de mecanismos de coordenação de cuidados, sistema de governança inoperante e estrutura operacional sem fluxos (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2019). Outra pesquisa avaliou no Rio Grande do Sul o atributo coordenação considerando a forma de organização da APS foi encontrando alto escore na dimensão “integração de cuidados” no modelo tradicional de APS 6,66, na ESF 6,34 e em unidades mistas 6,87 e alto escore na dimensão “sistemas de informação” na modelo tradicional 7,22, ESF 7,09 e unidade mista 7,27, não havendo diferenças significativas na avaliação entre os diferentes modelos de atenção (BANDEIRA *et al.*, 2020).

Uma revisão sistemática dos estudos de atributos usando o PCATool em 2017, englobando seus subitens, encontrou 14 estudos estudando coordenação no qual apresentaram 35,71% de bom desempenho, 11 discutindo coordenação subitem integração dos cuidados com 54,54% de bom desempenho e coordenação do cuidado subitem sistema de informação com 37,5% (PRATES *et al.*, 2017).

O PMAQ-AB, desde 2011, representou uma tentativa do MS em garantir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade por meio de processos contínuos de avaliação para promover mudanças na infraestrutura e no processo de trabalho das unidades básicas de saúde

(MALTA *et al.*, 2016). Nesta metodologia a coordenação do cuidado é abordada por todos os atores envolvidos, gestores, profissionais e usuários, uma vez que é considerada pelo MS como decisiva para uma APS resolutiva, humanizada e integral, na medida em que favorece a gestão do cuidado nos variados cenários conectando os pontos da RAS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2012a).

Esta vertente de estudos de coordenação utilizando dados do PMAQ, em uma avaliação entre o I e o II ciclo dos atributos da APS, envolvendo dados das ESF, profissionais e usuários, encontrou que os atributos com pior avaliação foram longitudinalidade e coordenação, por dificuldades de acesso às consultas especializadas e insuficientes registros (LIMA, 2016).

Em um ensaio teórico sobre coordenação de cuidado, uma pesquisa identificou alguns aspectos que são importantes para a estruturação da coordenação de cuidados pela APS - Posição da ESF na rede assistencial; Integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial (LIMA, 2018).

Fausto e colaboradores (2014), ao avaliar a coordenação do cuidado identificaram a presença de mecanismos como continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico que são considerados fundamentais para a integração da rede assistencial e coordenação do cuidado, contudo considera que ainda são incipientes ações nesta direção. Em trabalho desenvolvido com o objetivo de analisar a efetivação dos atributos da APS nas regiões de saúde, segundo a tipologia desenvolvida pela pesquisa Regiões e Redes, a coordenação do cuidado foi o atributo que apresentou os piores resultados com deficiência em vários indicadores analisados (LIMA *et al.*, 2016).

Almeida *et al.* (2017) identificaram avanços e pontos de fragmentação no cuidado no município do Rio de Janeiro. Em estudo conduzido por Souza *et al.*(2017), foram identificados elementos relacionados à coordenação do cuidado, como também os que demandavam maior nível de coordenação pelas equipes. As barreiras ao compartilhamento de registros de saúde afetaram a coordenação do atendimento de muitos dos pacientes entrevistados, destacando a necessidade crítica de melhorar o fluxo de informações em saúde e a interoperabilidade (CHANG *et al.*, 2018).

A importância da coordenação do cuidado é indiscutível e a necessidade de avaliação se torna cada vez maior, seja para compreender o usuário, os profissionais e os gestores, uma vez que é um atributo essencial ao funcionamento e desenvolvimento dos demais. O estudo da

coordenação representa, por fim, uma oportunidade de compreender a estrutura do sistema de saúde e apontar caminhos de mudanças e aperfeiçoamento.

2.2 Saúde da Mulher e da Criança

A saúde materno-infantil vem sofrendo constantes mudanças devido à alteração do padrão demográfico, aos avanços científicos, às incorporações tecnológicas e às mudanças dos modelos assistenciais, conduzindo a necessidade de adaptação, a fim de ofertar uma melhor qualidade de vida e segurança (MELLO *et al.*, 2012). Este tema tem ampla repercussão mundial e esforços têm sido empregados para melhorar as condições de saúde e reduzir a morbimortalidade nessas populações (SANTOS *et al.*, 2018).

Órgãos como a OMS desempenham tradicionalmente papel fundamental nesta questão, promovendo o incentivo na concepção de medidas para a melhoria na qualidade de vida das mulheres e crianças. O desenvolvimento dos objetivos do milênio constitui bom exemplo, firmado pelas Nações Unidas no ano 2000, sendo um marco na luta pela redução da pobreza no mundo. Dentre os objetivos traçados, dois são destinados à melhoria das condições de saúde das mulheres e crianças (FRANÇA *et al.*, 2010).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), também se configura como importante aliado nesta causa estando presente em 190 países com uma agenda que envolve: o desenvolvimento saudáveis das crianças, incentivos a programas de inclusão social, erradicação do trabalho infantil, garantia de acesso à educação e saúde, igualdade de gênero, proteção das mulheres, incentivo ao aleitamento materno, dentre outras (UNICEF, 2018). A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) participa dessas ações, desenvolvendo pesquisas e relatórios que direcionam os países na implementação de políticas destinadas a promoção do bem-estar social em todo o mundo (OECD, 2018). Na América, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se destaca por incentivar a realização de ações voltadas ao combate da mortalidade materna e infantil, ao fortalecimento dos sistemas universais de saúde, ações de prevenção e promoção da saúde, incentivo à vida saudável, imunização, dentre outros (OPAS/OMS, 2016).

No Brasil, a saúde da mulher e da criança é uma questão prioritária e ao longo dos anos foram desenvolvidas políticas voltadas para garantir melhor qualidade de vida, manutenção dos direitos humanos bem como mudança para modelos assistenciais de atenção integral e a incorporação de avanços tecnológicos proporcionando consideráveis

transformações nestas áreas (MELLO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2018). A manutenção e a qualidade da assistência ofertada na área de saúde da mulher e da criança fazem parte dos objetivos do MS. São desenvolvidas no âmbito do SUS em todo o território nacional e compreendem ações de atenção ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura (TOMASI *et al.*, 2017).

As ações em nível da APS desempenham um papel primordial, por meio da oferta de ações e serviços de prevenção e promoção à saúde, na busca pela redução da morbimortalidade por causas evitáveis e na sobrevivência com qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2018). Notável evolução na oferta de uma assistência integral se deu com a instituição da ESF nos anos 1990, com a considerável expansão da cobertura familiar no país (MALTA *et al.*, 2016). Segundo dados do Departamento de Saúde da Família - DESF da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, em dezembro de 2019, 5.468 municípios brasileiros contavam com 43.765 equipes implantadas, com cobertura de aproximadamente de 64,47% da população (E-GESTOR, 2020).

Estudos comprovam que o aumento da cobertura de ESF favoreceu a redução da mortalidade infantil no país, bem como uma maior qualidade da atenção pré-natal, da puericultura, da oferta e utilização dos serviços de saúde (CHOMATAS *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SOARES DAMASCENO *et al.*, 2016). Contudo, os níveis de mortalidade ainda são considerados altos para o país, refletindo as precárias condições de vida da população e uma baixa efetividade do sistema público de saúde (LANSKY *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Apesar dos avanços identificados pela consolidação da APS, a descontinuidade e a fragmentação do cuidado com baixa resolutividade na atenção à saúde da mulher e da criança ainda podem ser identificadas no país, comprometendo a integralidade da assistência e conduzindo à necessidade de valorização e fortalecimento dessas ações (SANTOS *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2018). Os atributos essenciais e derivados garantem à APS a característica de ser o primeiro nível de atenção à saúde e porta de entrada ao sistema, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (HARZHEIM *et al.*, 2016).

A singularidade na atenção às populações pediátrica e feminina é aqui considerada, uma vez que demandam uma maior atuação dos serviços de saúde. Nesse contexto, o atributo coordenação do cuidado é de suma importância, na medida em que pode garantir a

continuidade da atenção, por meio do seguimento constante, das transmissões e transferências de informação a respeito de problemas e serviços anteriores que estão relacionados com a realidade de atendimentos atuais (SANTOS *et al.*, 2018).

Vários estudos se dedicam a compreender as características dos atributos na atenção e de maneira específica a coordenação do cuidado na saúde da mulher e da criança. No trabalho desenvolvido por Mesquita filho *et al.* (2014), que considerou a perspectiva dos cuidadores, a coordenação com foco na atenção de crianças menores de dois anos apresentou escore médio de avaliação baixo e evidenciando fragmentação no cuidado. A ausência da coordenação foi apontada como causa de baixa resolutividade na atenção à criança menor de um ano no Sul do Brasil (SILVA *et al.*, 2015). E outro trabalho ao avaliar a continuidade na assistência em mulheres com câncer de colo de útero, identificou descontinuidade informacional, evidenciando a necessidade de investimentos para otimizar este atributo (SILVA *et al.*, 2016).

Neste contexto, o PMAQ representa uma tentativa que visa à oferta de uma APS que proporcione mais qualidade de atenção para toda a população. Os resultados obtidos nos primeiros ciclos de avaliação são subsídios para a realização de pesquisas capazes de trazer mais clareza sobre o processo assistencial da APS brasileira, favorecendo o entendimento de fatores que possam estar associados à descontinuidade da atenção e facilitando o desenvolvimento de medidas que venham a solucionar tais problemas.

2.2.1 Evolução das Políticas de Saúde da Mulher e da Criança no Brasil

Nas últimas décadas tem se verificado que o Brasil conquistou importante desenvolvimento na qualidade de vida nas áreas de Saúde da Criança e de Saúde da Mulher. Traduzindo-se pela redução da mortalidade infantil, do número de partos cesáreos, das doenças imunopreveníveis e da desnutrição infantil (BRASIL, 2012c). Grande parte destes avanços se deu graças à maior cobertura vacinal, desenvolvimento de programas específicos para estas populações, ampliação do acesso a APS e redução da pobreza, obtida pelo Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2017).

Ao longo da história da saúde brasileira muitos programas e projetos foram desenvolvidos com o intuito de promover melhorias nestas áreas, seja por iniciativas governamentais e/ou de entidades de cunho social como a UNICEF, a Pastoral da criança, dentre outros (COSTA; SILVA; BONAN, 2011). Em alguns momentos estavam associados a projetos, em outros apresentavam objetivos e ações específicas. De acordo com dados da

literatura existe pouca documentação sobre tais programas/ações desenvolvidos na primeira metade do século XX. A maior parte contém informações sobre a segunda metade do século passado, de forma específica, a partir de 1970 (BRASIL, 2011a).

Anterior a este período, por volta de 1937/1945, existiu um programa estatal de proteção a maternidade, infância e adolescência, no qual as atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (CASSIANO *et al.*, 2014). Por volta de 1940, estas atividades passaram a ser realizadas pelo Departamento Nacional da Criança, que foi responsável até 1969, por coordenar a assistência materno-infantil no Brasil, realizando atividades destinadas ao combate à mortalidade infantil e o desenvolvimento da normatização do atendimento para a dupla mãe-filho (BRASIL, 2011a).

Já na década de 1950, após o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde, o MS, criado em 1953, incorporou e assumiu tais ações. Somente em 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, que tinha como objetivo planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011a). Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que buscava reduzir a mortalidade materna e infantil através do estímulo ao aleitamento materno, melhoria do estado nutricional de mães e filhos, da infraestrutura da saúde, ampliação e qualificação das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança menor de 5 anos (NETO *et al.*, 2008).

Este programa era subdividido em seis subprogramas, a saber: Assistência Materna, Assistência à Criança e ao Adolescente, Expansão da Assistência Materno-Infantil, Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Educação para a Saúde e Capacitação de Recursos Humanos. Este programa conferiu significativo avanço, pois contribuiu para o aumento na cobertura de atendimento a mulher e a criança (BRASIL, 2011a).

Em 1976, a então Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) e participou em 1983, da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) pelo MS. O objetivo deste programa era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços (BRASIL, 2004). Contudo, em 1984 o PAISMC foi dividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Isto ocorreu devido à existência de demandas específicas destes grupos e o principal objetivo era diminuir a morbimortalidade infantil e materna, através do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços. Dessa forma, estes programas passaram a possuir objetivos distintos e específicos (CASSIANO *et al.*, 2014).

O PAISM passou a compreender ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação voltadas para assistência pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, planejamento familiar, controle do câncer de colo e mamário, promoção ao parto normal e climatério (BRASIL, 1984). Assim as políticas de saúde da mulher deixam de ter um enfoque exclusivamente relacionado ao período gravídico, passando a privilegiar a atenção integral, ampliando a assistência desde a adolescência até a terceira idade e comprometendo-se com os direitos femininos (JORGE *et al.*, 2015).

O PAISC se restringia a atividades direcionadas ao crescimento e desenvolvimento, controle das diarreias, desidratação e infecções respiratórias agudas, prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso, prevenção de acidentes e intoxicações e assistência ao recém-nascido (BRASIL, 1984).

A partir de 1988, o processo de construção do SUS influenciou diretamente a continuidade e implementação destes programas, ao propor novos moldes para as políticas de saúde pelo processo de municipalização, regionalização e pela reorientação do modelo de atenção através da implantação da ESF (BRASIL, 2004). Desde então, foram muitas as ações criadas em ambas as áreas, todas destinadas à melhoria na qualidade e da estruturação dos serviços ofertados, expansão da rede de atenção e qualificação dos recursos humanos (CASSIANO *et al.*, 2014).

Dentre as ações desenvolvidas é possível citar o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), criado no ano 2000, com objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Contudo, a dificuldade de acesso, a deficiência de recursos humanos qualificados e o financiamento inadequado comprometeram o sucesso do programa e os resultados esperados não se tornaram realidade (BRASIL, 2005).

Foi nessa perspectiva que o MS instituiu em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em parceria com diversos setores e buscando atender a reivindicações de vários movimentos sociais (JORGE *et al.*, 2015). Inovou ao incorporar um enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde, procurando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção

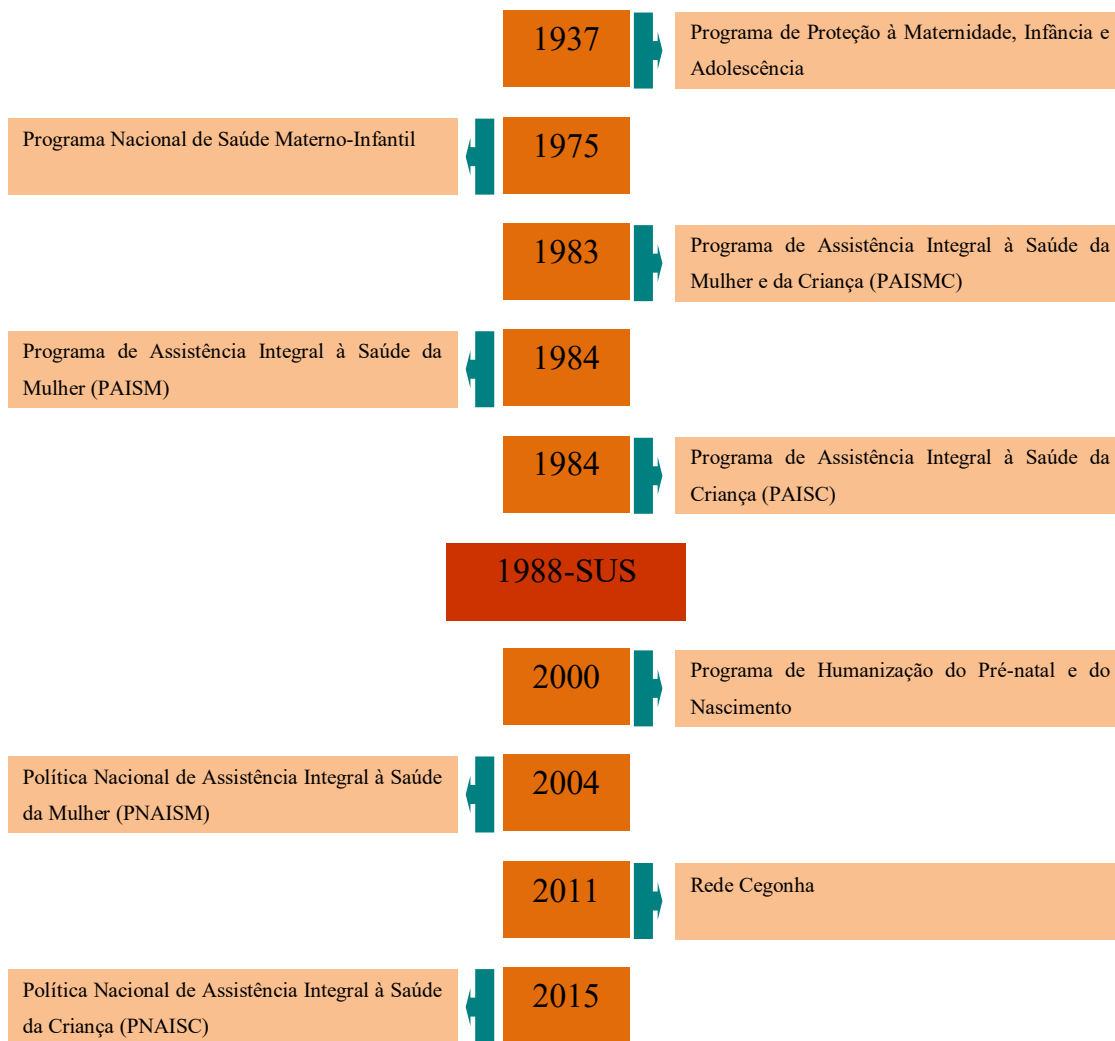
obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e na condução de situações de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Outro importante passo ocorreu em 2011, com a criação do programa Rede Cegonha pelo Governo Federal, que propõe um novo olhar para o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que assegure o direito ao planejamento reprodutivo, ao parto e puerpério, ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (PASCHE *et al.*, 2014). Dessa forma, a Rede Cegonha está organizada para assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio da atenção voltada ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e de um sistema logístico que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b).

No âmbito da saúde da criança em 2015, o MS instituiu por meio da portaria nº1.130 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), atualmente considerada um marco na atenção integral a criança (SOARES DAMASCENO *et al.*, 2016). Está estruturada em sete eixos estratégicos que buscam orientar os serviços de saúde para a adequada prestação da assistência que permitam o nascimento e pleno desenvolvimento, a saber: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz, atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a PNAISC está organizada a partir das RAS e de seus eixos estratégicos, articula ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Tem na APS o ponto chave neste processo, ao reconhecê-la como coordenadora do cuidado no território (SOARES DAMASCENO *et al.*, 2016). Prevê participação tripartite na organização, implementação e financiamento e fortalece os compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Figura 3) (MACÊDO, 2016).

Figura 3 - Linha do tempo da evolução das políticas e programas de atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

Mesmo diante dos investimentos realizados, seja na área de saúde da mulher, como na saúde da criança, algumas lacunas ainda são identificadas. A mortalidade materna ainda apresenta taxas elevadas, denunciando descontinuidade na assistência e falhas na prestação de cuidados (SANTANA *et al.*, 2017). Ainda há que se evoluir na conquista dos direitos femininos, onde a sociedade seja capaz de compreender a mulher como ser livre e independente, apta a exercer em todos os níveis sociais o direito de escolha pela maternidade e vivenciar sua autonomia e sexualidade (JORGE *et al.*, 2015). Dificuldades no acesso à APS,

pouca qualificação profissional e falhas na execução dos atributos essenciais são apontados como aspectos dificultadores na atenção à saúde da criança (SOARES DAMASCENO *et al.*, 2016).

Somados a estes fatores, os atuais retrocessos vivenciados pela sociedade brasileira decorrentes, sobretudo da política de austeridade fiscal podem comprometer a curto e longo prazo as importantes conquistas obtidas nas últimas décadas, com conseqüente piora nos indicadores de saúde pública (GUIMARÃES, 2018). De forma direta na saúde da mulher e da criança o país assiste após anos de declínio, aumento nas taxas de mortalidade materna e infantil, assim como expressiva queda na cobertura vacinal com o risco de ressurgimento de doenças já controladas (ABRASCO, 2018). De maneira geral, a literatura confirma o impacto da redução de financiamento na promoção, prevenção e atenção em saúde que atingiu a qualidade dos serviços prestados, afetando a capacidade administrativa e gerencial das unidades de saúde (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018).

Estudo desenvolvido pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, identificou a partir da análise dos impactos das políticas de austeridade fiscal no mundo, que a redução de investimentos de proteção e suporte a famílias em situação de vulnerabilidade e na atenção à criança é um componente que favorece o aumento nas doenças e agravos para mulheres e crianças (SCHRAMM; PAES-SOUZA; MENDES, 2018). Tais resultados também foram evidenciados em trabalhos realizados nos EUA onde crianças sem cobertura do seguro saúde, durante o período de recessão, tiveram o risco aumentado de crises de asma (KARANIKOLOS *et al.*, 2016).

Estudo realizado na Europa chama a atenção afirmando que, embora as diferenças socioeconômicas sejam mais evidentes nos países pobres, os ciclos de recessão econômica enunciam a pobreza infantil em todo o mundo; as crises econômicas atingem de forma mais intensa e precoce as famílias com crianças do que outros segmentos da população. Considera ainda que a situação de saúde das crianças no presente é influenciada diretamente pelo desenvolvimento de ciclos políticos, que podem ter longa duração com conseqüências para os resultados socioeconômicos e de saúde futuros (KÖHLER, 2018; REINHARD *et al.*, 2018).

No Brasil, Rasella e colaboradores (2018), ao estudarem o impacto da austeridade fiscal na saúde da criança, atentam que a APS e programas sociais como PBF são muito afetados, apesar de estarem entre as intervenções políticas com maior impacto na mortalidade infantil. Esta situação se torna ainda mais preocupante quando se considera os resultados obtidos em trabalho realizado para identificar os impactos sociais da atual política fiscal no

Brasil, onde se verificou que a aplicação das medidas de austeridade assumem contornos dramáticos ameaçando a saúde como direito social, uma vez que, acabam por penalizar as classes de renda baixa e média, justamente os setores sociais que mais precisam do SUS (DWECK *et al.*, 2018).

O monitoramento e a avaliação da atual situação política e econômica no país são de grande relevância para a avaliação das condições de saúde, bem como das políticas e programas desenvolvidos, a fim de assegurar que o resultado dos esforços e investimentos realizados se mantenham e situações já superadas no passado, como a alta incidência de mortalidade infantil, epidemias de doenças imunopreveníveis, internações e mortes evitáveis não se tornem realidade cotidiana na sociedade contemporânea.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o atributo coordenação do cuidado na APS no Brasil, focando a associação do atributo com a qualidade na atenção nas áreas de saúde da mulher e da criança e comparar o PMAQ ao Atlas de Medidas de coordenação do cuidado e ao Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Criar uma tipologia do atributo coordenação do cuidado.
- Descrever a tipologia do atributo coordenação do cuidado e o nível de qualidade da assistência na área de saúde da mulher e da criança, por estrato e por região.
- Verificar se existe associação entre coordenação do cuidado e a qualidade da assistência na área de saúde da mulher e da criança.
- Criar uma tipologia do atributo coordenação de cuidado, considerando o Atlas de Medidas de coordenação, Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e os potenciais do PMAQ.
- Comparar os níveis de coordenação do cuidado encontrados entre o PMAQ, o Atlas de Medidas de coordenação, Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, por estados, estrato e regiões.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado estudo transversal com base no banco de dados da avaliação externa do 2º e 3º ciclos do PMAQ. Para a análises do 2º ciclo foram consideradas as entrevistas realizadas, no ano de 2013 e 2014 nas 30.523 equipes de Atenção Básica em Saúde (ABS) distribuídas em todo o território nacional e para o 3º ciclo as entrevistas realizadas entre os anos de 2018 e 2019 em 38.865 equipes de ABS. Em ambos os ciclos foram analisados os dados relativos à coordenação do cuidado das equipes avaliadas. Foram utilizadas as variáveis coletadas no módulo II do instrumento de avaliação externa, que identificam as atividades de coordenação do cuidado realizadas pelas equipes avaliadas. Este módulo consta da entrevista com um profissional sobre processo de trabalho da equipe e verificação de documentos na unidade de saúde (BRASIL, 2012a).

Para a seleção das questões foi realizada uma busca criteriosa por questões de coordenação do cuidado, englobando aspectos gerenciais na oferta de cuidados em todas as áreas contempladas pelo PMAQ: saúde mental, tuberculose, hipertensão, diabetes, obesidade, hanseníase e saúde na escola. As atividades consideradas como coordenação do cuidado que direcionaram a escolha das questões foram: ações e mecanismos de comunicação; apoio comunitário; apoio para tomada de decisão; compartilhamento de informações entre os envolvidos no processo de cuidado; estabelecimento e/ou compartilhamento de responsabilidade no cuidado; estratificação de risco do território e das condições de atenção; implantação e utilização do e-SUS e prontuário eletrônico; mecanismos de referência e contra-referência; organização da agenda; planejamento de ações; processo de trabalho entre as equipes de APS e das equipes de apoio matricial e institucional; registro de informações; reuniões, utilização de protocolos clínicos e uso de sistemas de informação.

4.1.1 Variáveis e Análise dos Dados para o 2º ciclo do PMAQ

A fim de atender aos objetivos do estudo, neste ciclo além das questões específicas para a coordenação do cuidado, foram identificadas também as referentes à saúde da mulher e da criança para a análise da qualidade da atenção. Para isso foi considerada a dimensão “Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho” e as subdimensões

referentes à assistência à saúde da mulher e da criança nos aspectos relativos ao planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e atenção à criança de até dois anos, elencados pelo MS na certificação das equipes. Essas subdimensões foram certificadas pelo PMAQ-AB em: ótima, boa, regular e insuficiente.

Para a análise das atividades de coordenação foram consideradas 28.056 equipes que relataram ter realizado alguma atividade de coordenação e de assistência à saúde da mulher e da criança simultaneamente. Criou-se a variável nível de coordenação do cuidado referente à quantidade de atividades de coordenação realizadas pelas equipes (Quadro 2).

Quadro 2 - Subdimensões e variáveis utilizadas na análise do atributo coordenação do cuidado nas equipes participantes do PMAQ, Módulo II, Brasil, 2013

Subdimensão do PMAQ	Variáveis
Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação? /A equipe realiza reunião? • A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde? /Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?
Acolhimento à Demanda Espontânea	<ul style="list-style-type: none"> • O agendamento pode ser feito: presencial, telefone, internet. • A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? • A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?/ Qual?
Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados? • Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? /A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? • Os profissionais que realizam o apoio matricial são: NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), CAPS (Centro de Assistência Psicossocial), vigilância em saúde, especialista, academia da saúde, centros de reabilitação, outros.
Apoio matricial	<ul style="list-style-type: none"> • O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado? • Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares com sua equipe? /Qual a periodicidade?/ Quais ações acontecem nos encontros? • Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF? • Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF? • Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?/ Por quais meios os profissionais do NASF podem ser acionados nessas situações?/ Nessas situações como é feito contato com o NASF?

Atenção à pessoa com deficiência	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência? A equipe possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?
Atenção à pessoa com obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros? • A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, outros. • Após a identificação de usuário adulto com obesidade ($IMC \geq 30$ kg/m²), quais condutas a equipe realiza? A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos.
Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico. /A equipe teve preparação para o atendimento desses casos? • A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? • A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral? A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima?
Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? • A equipe de atenção básica realiza: sutura, drenagem de abscesso, retirada de pontos, outros. • Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis? • A equipe possui o registro do seu território? • A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? • A equipe realiza busca ativa das seguintes situações? • Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? Quais exames são realizados/coletados na unidade? • Na maioria das vezes o encaminhamento é realizado através de central de regulação? • A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações? • Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras? • A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário para as seguintes especialidades?
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal? Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa?
Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas? • Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? Para sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação? • A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a

	<p>necessidade de marcação de consulta?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE (Programa Saúde na Escola)? A equipe possui registro das atividades realizadas na escola? A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento? • Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal? A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?
Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares? Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?
Padrões de implantação do e-SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? Está integrado com os outros pontos da rede? • Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? /Qual o tipo de prontuário? • A equipe teve capacitação para utilização do sistema? • A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada? Equipe teve capacitação para utilização das fichas do e-SUS? A equipe é responsável pela transmissão dos dados? A equipe gerou a senha de acesso?
Perfil da equipe Nasf	<ul style="list-style-type: none"> • Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas? O que foi discutido neste planejamento? • Você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe?/ Como é feito o contato da sua equipe com o NASF? Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?
Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores de saúde?
População de Referência da Equipe de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? Há mapa de acompanhamento dessas famílias?
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar? As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade? • A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)? • A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território? • Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?

Fonte: Elaboração própria

A variável nível de coordenação foi estimada pela razão entre o somatório das atividades de coordenação do cuidado desenvolvidas pelas equipes/ total de questões (105) expresso em percentual: coordenação baixa (0 a 69,9%) e coordenação alta (70 a 100%). Essa variável foi analisada segundo estados, regiões e estratos dos municípios por meio das frequências absoluta e relativa. Os estratos foram criados pelo MS, com a intenção de garantir

uma maior equidade na comparação entre as equipes no processo de certificação, considerando aspectos socioeconômicos e demográficos. A definição dos estratos foi feita com base em índice que varia de zero a dez e porte populacional. O índice é composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

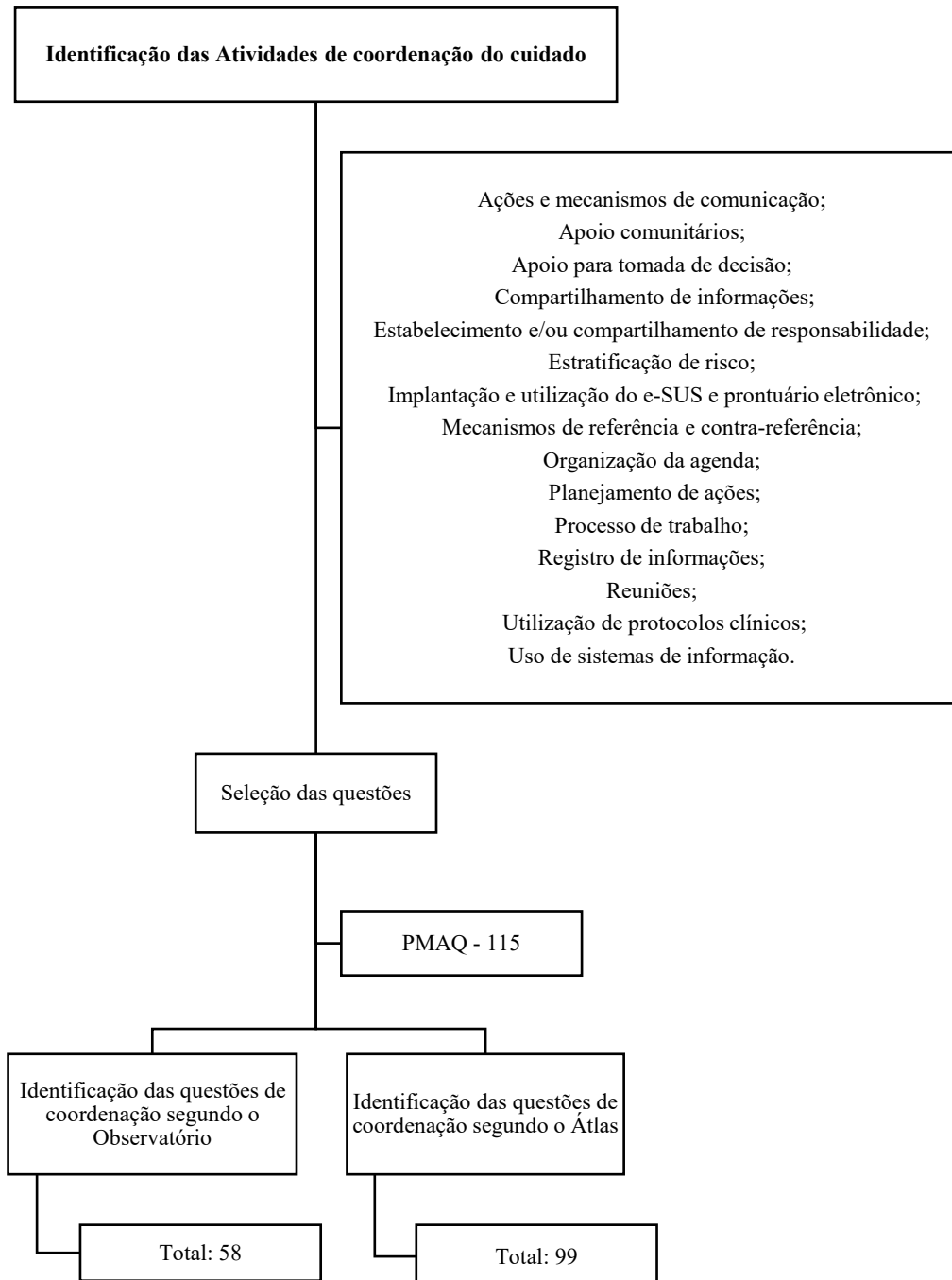
Para verificar associações entre o nível de coordenação do cuidado realizado pelas equipes e a qualidade da atenção foi feita a análise de regressão logística binária múltipla, tendo como variável dependente o nível de qualidade da assistência na área de saúde da mulher e da criança. Essa variável foi categorizada em certificação “ótima ou boa” e “regular, baixa ou insuficiente”. Sendo a variável referência certificação “regular, baixa ou insuficiente”. A variável independente foi o nível de coordenação do cuidado e foi analisada para cada subdimensão.

Para a análise foram adotados como nível de significância estatística $p < 0,05$ e intervalo de 95% de confiança (IC), com cálculo da respectiva *odds ratio* (OR) para indicar a magnitude das associações. As estimativas de OR e IC 95% de cada variável foram ajustadas para o efeito das demais variáveis estudadas no modelo. O ajuste do modelo múltiplo final foi feito por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 15.0 – para as análises estatísticas.

4.1.2 Variáveis e Análise dos Dados para o 3º ciclo do PMAQ

A partir das potencialidades do PMAQ, neste ciclo foram elaboradas três tipologias de coordenação do cuidado na APS no Brasil: coordenação do cuidado segundo o PMAQ; coordenação do cuidado segundo o Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado e coordenação do cuidado segundo o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. Tais instrumentos foram utilizados por se constituírem como principais referências para a avaliação do atributo coordenação, em sistemas de atenção primária no mundo. Para a construção da tipologia foram utilizados os aspectos teóricos e práticos da coordenação do cuidado. A figura 4 descreve passo a passo a classificação das questões.

Figura 4-Passo a passo para seleção das questões de coordenação do cuidado no módulo II do Instrumento de Avaliação Externa, PMAQ-AB. Brasil, 2018.



Fonte: Elaboração Própria.

Cada questão contida nos blocos foi categorizada do seguinte modo, respostas negativas recebiam pontuação 0 (zero) e caso contrário, escore 1 (um); vale ressaltar que respostas “não se aplica”, “não sabe/não respondeu” não tiveram valores atribuídos. Em seguida, foi criado o nível de coordenação, estimado pela razão entre o somatório das atividades de coordenação do cuidado (desenvolvidas pelas equipes) e o total de questões

referentes à coordenação, sem ponderação de pesos entre as variáveis, sendo: coordenação baixa (0 a 49,9%), média (50 a 75%) e alta (maior que 75%). Para atender aos objetivos do estudo foram criados separadamente níveis de coordenação do cuidado para as três tipologias de avaliação. A descrição das tipologias foi feita por intermédio de frequências absolutas e relativas, considerando país e estratos.

Para verificar se havia diferenças significativas entre as tipologias categóricas construídas e seus resultados considerando país e estratos, foi aplicado o teste Qui-Quadrado (AGRESTI; KATERI, 2011), realizando uma comparação das proporções (homogeneidade) dos indicadores. Para aprofundar a análise, a seguir, foi realizada a análise da distribuição dos indicadores via teste de Anderson-Darling, verificando a suposição de normalidade (ANDERSON, DARLING, 2011). Após constatar que não havia distribuição normal (valor-p < 0,001), foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que têm o objetivo de verificar se haviam diferenças dos indicadores construídos e entre os estratos e país (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

As comparações múltiplas foram realizadas mediante teste de Nemenyi, isto é, dado que houve diferenças significativas entre os estratos e país de modo geral (via teste de Kruskal-Wallis), o teste de Nemenyi identifica onde houve essas diferenças executando uma comparação dois a dois (HOLLANDER; WOLFE, 1999). O nível de significância utilizado nestas análises foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Registro 28.804, em 30 de maio de 2012.

5. RESULTADOS e DISCUSSÃO

5.1 Artigo 1

O artigo publicado na revista Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/898/a-coordenao-do-cuidado-na-qualidade-da-assistencia-sade-da-mulher-e-da-criana-no-pmaq>). QUALIS A3 pela classificação geral.

Cad. Saúde Pública 2019; 35(11): e00004019

ISSN 1678-4464.

doi.org/10.1590/0103-311X00004019

A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ

Maria Jesus Barreto Cruz¹, Alaneir de Fátima dos Santos¹, Lucas Henrique Lobato de Araújo¹, Eli Iola Gurgel Andrade¹

Correspondência M. J. B. Cruz Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil. maria_enfermagem@yahoo.com.br

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Resumo

O objetivo foi identificar a associação do atributo coordenação do cuidado com a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança na atenção primária à saúde no Brasil. Foi realizado estudo transversal, baseado em dados de 30.523 equipes que participaram do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2013. Foi feita análise de regressão logística. A variável dependente foi o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança, e a independente, o nível de coordenação do cuidado. A análise multivariada considerou variáveis que apresentaram $p < 0,05$. O ajuste do modelo foi realizado pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Foram avaliados os resultados de 28.056 equipes que realizaram atividade de coordenação e de assistência à saúde da mulher e da criança simultaneamente. No Brasil, o maior percentual das equipes apresentou nível baixo de coordenação (68,5%). Os níveis mais altos de coordenação foram encontrados no estrato 6 (57,2%) e os mais baixos no estrato 1 (78,5%). Dentre as regiões, a Norte apresentou o maior

percentual de equipes com baixo nível de coordenação (89,1%), e a Sudeste, o maior percentual com alto nível (37,6%). Para o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher, 70,5% das equipes estava com baixo nível e, na saúde da criança, 63,5% com alto nível. Possuir alto nível de coordenação está associado a ter alto nível de qualidade da assistência, tanto na saúde da mulher (OR = 11,85) como na saúde da criança (OR = 8,79). Foi possível constatar um predomínio de baixos níveis de coordenação do cuidado no Brasil, bem como baixos níveis de qualidade da assistência à saúde da mulher, refletindo a necessidade de ações coordenadas nessa área.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

Introdução

Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) estruturados e coordenadores do cuidado são mais eficazes no gerenciamento da atenção e na oferta adequada de ações em consonância com as reais necessidades da população. Em todas as áreas da assistência à saúde, a coordenação do cuidado é fundamental, estando relacionada à melhores resultados, seja na adequada alocação dos recursos públicos como também na satisfação dos usuários ¹. Este atributo tem sido apontado como um importante mecanismo para reduzir as barreiras de acesso, oferecendo uma assistência mais integrada e eficiente, que beneficia a estruturação do sistema de modo geral ².

Para a saúde da mulher e da criança, o componente de coordenação do cuidado tem grande representatividade na busca por maior qualidade da atenção, e por isso mesmo, constitui-se um grande desafio. Este tema tem ampla repercussão mundial, e esforços têm sido empregados para melhorar as condições de saúde e reduzir a morbimortalidade nestas populações ³. Contudo, indícios de descontinuidade na assistência ainda podem ser identificados com certa frequência, refletidos em níveis ainda altos de mortalidade materna e infantil ⁴.

No que se refere ao atributo coordenação do cuidado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que, quando viabilizado por uma rede de serviços, é capaz de ofertar uma resposta integral e articulada em todos os níveis de atenção ⁵. Ao ser entendida como a articulação entre os serviços de saúde, independente do local onde sejam prestados, pode garantir a sincronização em torno de um mesmo objetivo ⁶. Envolve, ademais, a realização de ações que conjugam o planejamento da assistência e de fluxos, o compartilhamento de

informações sobre o processo assistencial entre as redes de atenção e o monitoramento de pacientes com diferentes necessidades ⁷.

Em modelo proposto por McDonald et al. a coordenação do cuidado está no centro do processo de cuidado e implica na organização deliberada de atividades que envolvem usuário do serviço, profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde ⁸. A coordenação do cuidado, portanto, desempenha a função de elo entre todos os mecanismos envolvidos no cuidado, desde recursos da comunidade, atendimentos assistenciais, dentre outros ⁹.

Quanto mais ampla a rede de pessoas e serviços envolvidos no processo de cuidado, e quanto maior a complexidade das intervenções a serem realizadas, maior será o nível de coordenação para a resolução almejada ⁸. As ações de coordenação, dessa forma, devem ser entendidas numa perspectiva dinâmica como algo que se adapta ao perfil do sistema, bem como às especificidades dos grupos e indivíduos que demandam o cuidado e a oferta de serviços ⁹. O resultado de ações bem coordenadas contribui para a redução de erros de diagnóstico e de tratamento, de filas de espera, duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações desnecessárias ^{2,10}.

Seja em âmbito nacional ou internacional, o alcance desses atributos é entendido hoje como parâmetro para avaliar a robustez do sistema de atenção ¹¹. Essa conscientização tem conduzido à necessidade de avaliação, seja de maneira isolada ou dentro do sistema como um todo. Por ser um produto de várias organizações, pelas questões teóricas que envolvem a definição do conceito ou pela dificuldade em distingui-la de outros aspectos ou de processos, avaliar a coordenação do cuidado é uma tarefa complexa ¹². Tais dificuldades tem limitado o entendimento da influência da coordenação nos resultados de avaliações de políticas e ações de saúde, assim como impedido avanços diretos no cuidado ¹³.

Na busca constante para promover a evolução deste atributo a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) dos Estados Unidos, desenvolveu em 2011, com revisão em 2014, o Atlas de Medidas de Coordenação de Cuidados ¹³. 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 dos sistemas de saúde ⁸. É na atualidade um instrumento indispensável para pesquisadores da saúde, assim como para gestores e instituições que buscam a melhoria no acesso e na qualidade da atenção.

O Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, também vem desenvolvendo relevantes pesquisas nesta direção. Em 2015, foi divulgado resultado de

trabalho realizado pelo Monitor de Atividade de Atenção Primária à Saúde para a Europa (PHAMEU), que forneceu o mapeamento e a comparação dos sistemas de APS para 31 países no continente com descrição para variações de acessibilidade, continuidade e coordenação, suas dimensões e inter-relação entre eles. A coordenação do cuidado foi identificada na dimensão relativa ao processo com foco na prestação de serviços, refletindo a capacidade de coordenação da APS em todos os níveis assistenciais para cada país². Este trabalho fornece elementos importantes para a avaliação da coordenação do cuidado na APS, podendo ser subsídio para desenvolvimento de pesquisas em muitos outros países, sobretudo naqueles que adotam este modelo de atenção.

No Brasil, diversos esforços veem sendo realizados rumo ao acesso a serviços de saúde de qualidade. Políticas públicas, tais como Requalifica UBS, Programa Mais Médicos (PMM), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como ações para ampliação da saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) contribuem para o fortalecimento de processos assistenciais na APS¹⁴. Nessa perspectiva, o PMAQ, desempenha um importante papel ao introduzir de forma ampla a avaliação de desempenho da APS¹⁵. Este programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção, além de estimular o aprimoramento dos padrões e indicadores de qualidade da saúde¹⁶.

No entanto, estudo realizado por Fausto e colaboradores, evidencia que as estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado no sistema brasileiro ainda são incipientes¹⁷, como também ainda são escassas, pesquisas na área de avaliação organizacional ou de desempenho da APS, dotados de visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação¹⁸.

Diante do exposto o objetivo deste artigo é identificar a associação do atributo coordenação do cuidado com a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança na APS no Brasil.

Métodos

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, com base no banco de dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, realizado no ano 2013 em 30.523 equipes de atenção básica distribuídas em todo o território nacional.

Neste estudo, as atividades de coordenação do cuidado e referentes à saúde da mulher e da criança realizadas pelas equipes avaliadas foram identificadas no conjunto de variáveis do instrumento de avaliação externa do Módulo II, que contém a entrevista do profissional

sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado, além da verificação de documentos relacionados à unidade de saúde.

Para a análise da coordenação do cuidado, foram consideradas as seguintes dimensões: Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Primária, Valorização do Trabalhador e Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. Para a análise da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança, foi considerada somente a Dimensão Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. As subdimensões e o número de variáveis utilizadas estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1- Subdimensões utilizadas para a análise da Coordenação do Cuidado e Saúde da Mulher e da Criança

	Subdimensão	Total de questões (selecionadas)	Atividades identificadas
Coordenação do cuidado	Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	12(2)	Ações e mecanismos de comunicação; compartilhamento de informações; educação permanente; estabelecimento e/ou compartilhamento de responsabilidade no cuidado.
	Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	18(9)	Ações e mecanismos de comunicação; apoio para tomada de decisão; compartilhamento de informações entre os envolvidos no processo de cuidado; estratificação de risco do território e das condições de atenção; uso de sistemas de informação; reuniões; utilização de protocolos clínicos.
	Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	11(11)	Implantação e utilização do e-SUS e prontuário eletrônico, uso de sistemas de informação.
	Acolhimento à Demanda Espontânea	21(4)	Apoio para tomada de decisão; utilização de protocolos clínicos; organização da agenda.
	Organização da agenda	6(5)	Mecanismos de referência e contra-referência; organização da agenda.
	Atenção à Saúde	8(8)	Apoio comunitário; estratificação de risco do território e das condições de atenção; mecanismos de referência e contra-referência; registro de informações implantação e utilização do e-SUS e prontuário eletrônico; utilização de protocolos clínicos.
	Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde	2(1)	Apoio para tomada de decisão; mecanismos de referência e contra-referência.
	Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	3(3)	Apoio para tomada de decisão; mecanismos de referência e contra-referência; registro de informações.
	Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	2(2)	Apoio para tomada de decisão.
	Atenção à Pessoa com Obesidade	3(3)	Apoio para tomada de decisão; estratificação de risco do território e das condições de atenção; mecanismos de referência e contra-referência; registro de

			informações uso de sistemas de informação.
	Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	10(9)	Apoio para tomada de decisão; estratificação de risco do território e das condições de atenção; registro de informações.
	Atenção à Pessoa com Deficiência	3(3)	Registro de informações.
	Programa Bolsa-Família	2(2)	Estratificação de risco do território e das condições de atenção; registro de informações.
	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	8(7)	Estratificação de risco do território e das condições de atenção; utilização de protocolos clínicos; registro de informações.
	Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	6(2)	Apoio comunitário; mecanismos de referência e contra-referência.
	Atividades nas Escolas	6(6)	Estratificação de risco do território e das condições de atenção; registro de informações; utilização de protocolos clínicos.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	23(16)	Ações e mecanismos de comunicação; apoio para tomada de decisão; compartilhamento de informações entre os envolvidos no processo de cuidado; estabelecimento e/ou compartilhamento de responsabilidade no cuidado; planejamento de ações.
Saúde da Mulher	Organização da agenda	6(2)	Oferta de serviços.
	Atenção à Saúde	8(10)	Busca ativa; oferta de consultas; organização da agenda; protocolos estratificação de risco; registros.
	Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde	2(2)	Oferta de serviços.
	Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	2(2)	Oferta de serviços.
	Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	9(13)	Administração de penicilina G benzatina; monitoramento do parto; oferta de consultas; registros; vacinação, uso de sistemas de informação.
	Atenção à Pessoa com Obesidade	3(1)	Controle peso, uso de sistemas de informação.
	Promoção da Saúde	2(2)	Ações educativas, planejamento familiar.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	23(1)	Apoio do NASF na área materno infantil.
Saúde da Criança	Acolhimento à Demanda Espontânea	21(1)	Protocolos de atendimento a criança.
	Organização da agenda	8(1)	Oferta de ações.
	Atenção à Saúde	8(4)	Busca ativa; oferta de consultas; organização da agenda; protocolos de estratificação de risco; registros.
	Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	8(16)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; consultas; oferta de orientações; utilização da caderneta da criança.
	Atenção à Pessoa com Obesidade	8(2)	Acompanhamento do peso e altura, uso de sistemas de informação.

Para a análise foram consideradas as 30.523 equipes que participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB. Inicialmente foram identificadas as equipes que realizaram atividades de coordenação do cuidado e, dentre essas, as que relataram ter realizado alguma atividade de coordenação do cuidado e de assistência à saúde da mulher e da criança, totalizando 28.056 equipes. Portanto, o estudo contemplou as equipes que possuíam simultaneamente as duas características. Foram criadas tipologias de coordenação do cuidado abrangendo as atividades de coordenação realizadas pelas equipes e tipologias de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança, abrangendo as atividades de assistência oferecidas a estes grupos.

O nível de coordenação foi estimado pela razão entre o somatório das atividades de coordenação do cuidado desenvolvidas pelas equipes e o total de questões referentes à coordenação, sem ponderação de pesos entre as variáveis. As questões referentes à coordenação do cuidado foram identificadas no instrumento de avaliação externa e considerou-se o conceito amplo de coordenação do cuidado, tendo como referência estudos nacionais e internacionais que avaliaram o atributo^{19,20,8}. Assim as atividades consideradas como coordenação do cuidado que direcionaram a escolha das questões foram: ações e mecanismos de comunicação; apoio comunitários; apoio para tomada de decisão; compartilhamento de informações entre os envolvidos no processo de cuidado; estabelecimento e/ou compartilhamento de responsabilidade no cuidado; estratificação de risco do território e das condições de atenção; implantação e utilização do e-SUS e prontuário eletrônico; mecanismos de referência e contra-referência; organização da agenda; planejamento de ações; processo de trabalho entre as equipes de APS e das equipes de apoio matricial e institucional; registro de informações; reuniões, utilização de protocolos clínicos e uso de sistemas de informação. Dessa forma, para a seleção das questões foi realizada uma busca criteriosa por questões de coordenação do cuidado, englobando aspectos gerenciais para a oferta de cuidados em todas as áreas contempladas pelo PMAQ: saúde mental, tuberculose, hipertensão, diabetes, obesidade, hanseníase e saúde na escola.

Foram considerados os seguintes níveis: coordenação baixa (0 a 69,9%) e coordenação alta (70 a 100%). Adicionalmente o nível de coordenação foi analisado segundo estratos dos municípios e as regiões por meio das frequências absoluta e relativa. Os estratos foram criados pelo MS, com a intenção de garantir uma maior equidade na comparação entre as equipes no processo de certificação. A definição dos estratos foi feita com base em índice que varia de zero a dez e porte populacional. O índice é composto por cinco indicadores: Produto

Interno Bruto (PIB) *per capita*; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica¹⁶.

Assim os municípios são classificados e distribuídos dentre seis estratos, a saber: 1 = pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; 2 = pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; 3 = pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; 4 = pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; 5 = pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; 6 = pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; 6 = população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85¹⁶.

O nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança foi estimado pela razão entre o somatório das atividades de assistência desenvolvidas pelas equipes pelo total de questões referente à qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. Foram considerados os seguintes níveis: qualidade da assistência baixa (0 a 69,9%) e qualidade da assistência alta (70 a 100%). Adicionalmente o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança foi analisado em âmbito nacional por meio das frequências absoluta e relativa. Para análise do nível de qualidade da assistência a saúde da mulher e da criança não foram considerados os estratos dos municípios.

Para verificar associações entre o nível de coordenação do cuidado realizado pelas equipes e a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança foi feita a análise de regressão logística binária múltipla, tendo como variáveis dependentes o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. A variável independente foi o nível de coordenação do cuidado. Utilizou-se como variáveis de ajuste as regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e os estratos utilizados pelo PMAQ-AB.

Para a análise foram adotados como nível de significância estatística $p < 0,05$ e intervalo de 95% de confiança (IC), com cálculo da respectiva *odds ratio* (OR) para indicar a magnitude das associações. As estimativas de OR e IC 95% de cada variável foram ajustadas para o efeito das demais variáveis estudadas no modelo. O ajuste do modelo múltiplo final foi feito por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Utilizou-se o StatisticalPackage for the Social Sciences – SPSS versão 15.0 – para as análises estatísticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Registro 28.804, em 30 de maio de 2012.

Resultados

O estudo incluiu 30.523 que participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB, sendo que foram avaliados os resultados de 28.056 Equipes Saúde da Família que relataram ter realizado atividade de coordenação do cuidado e de assistência à saúde da mulher e da criança. No Brasil, é possível verificar que o maior percentual das equipes apresenta nível baixo de coordenação (68,5%), seguido pelas de alto nível (31,5%). Nos estratos, observam-se achados semelhantes, e o maior percentual de equipes apresentou nível de coordenação baixo. Chama a atenção que no estrato 6 as equipes apresentam uma situação mais avançada de coordenação (57,2%) em comparação aos demais que possuem nível baixo. É importante destacar que os níveis mais baixos de coordenação estão no estrato 1 (78,5%) e no 2 (74,7%), sendo que à medida em que eleva-se o estrato, o percentual de equipes que apresentaram nível de coordenação baixo diminui (Tabela 1).

Tabela 1-Distribuição de equipes e níveis de coordenação do cuidado, por estrato (PMAQ-AB). Brasil, 2013.

Estrato	Nível de coordenação					
	Baixo		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	2659	78,5	729	21,5	3388	100,0
2	3010	74,7	1022	25,3	4032	100,0
3	3179	69,9	1369	30,1	4548	100,0
4	3594	68,9	1625	31,1	5219	100,0
5	3340	68,4	1545	31,6	4885	100,0
6	3424	57,2	2560	42,8	5984	100,0
Total	19206	68,5	8850	31,5	28056	100,0

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 detalha a distribuição do nível de coordenação pelas regiões brasileiras. É possível verificar, que o nível de coordenação baixo foi predominante em todas as regiões. O norte destaca-se por apresentar o maior percentual de equipes com baixo nível de coordenação (89,1%), seguido pelo centro-oeste (84,0%) e mesmo sendo discreto, o sudeste é a região que apresenta o maior percentual de equipes com alto nível de coordenação (37,6%), seguido pelo nordeste (33,2%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição de equipes e níveis de coordenação do cuidado, por região (PMAQ-AB). Brasil, 2013.

Região	Nível de coordenação					
	Baixo		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
Norte	1797	89,1	220	10,9	2017	100,0
Nordeste	6777	66,8	3370	33,2	10147	100,0
Sudeste	5917	62,4	3570	37,6	9487	100,0
Sul	2938	68,5	1351	31,5	4289	100,0
Centro-oeste	1777	84,0	339	16,0	2116	100,0
Total	19206	68,5	8850	31,5	28056	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Para o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança foi feita análise dicotômica das equipes avaliadas. Foi possível perceber que as dimensões estudadas apresentaram diferentes resultados. Para a saúde da mulher o percentual de equipes com baixo nível (70,5%) de qualidade da assistência foi superior às que tiveram alto nível (29,5%). Já a qualidade da assistência a saúde da criança se destaca com maior percentual de equipes com alto nível (63,5%), em relação aquelas com baixo nível (36,5%) (Tabela 3).

Tabela 3-Distribuição de equipes e níveis de assistência para saúde da mulher e da criança, (PMAQ-AB). Brasil, 2013.

Dimensão	Nível da assistência					
	Baixo		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%
Saúde da Mulher	19777	70,5	8279	29,5	28056	100,0
Saúde da Criança	10243	36,5	17813	63,5	28056	100,0

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 4 detalha a associação entre as dimensões avaliadas e o nível de coordenação do cuidado realizado. Verifica-se associação positiva entre o nível de coordenação alto com o nível de qualidade da assistência em ambas as dimensões. Possuir alto nível de coordenação, tanto na saúde da mulher (OR:11,85), como na saúde da criança (OR: 8,79), está associado a ter um alto nível de qualidade da assistência nestas áreas (Tabela 4).

Tabela 4-Regressão logística múltipla entre o nível de coordenação do cuidado das equipes de Saúde da Família e o nível de assistência para saúde da mulher e da criança (PMAQ-AB). Brasil, 2013.

Dimensão	Nível de coordenação	B	p	OR	IC95%	
					Mínimo	Máximo
Criança	Baixo	-	-	-	-	-
	Alto	2,17	0,001	8,79	8,134	9,517
Mulher	Baixo	-	-	-	-	-
	Alto	2,47	0,000	11,853	11,132	12,620

Fonte: Elaboração própria.

Valor de Nagelkerke para saúde da mulher: 0,34; para Saúde da criança: 0,23.

Ajustado por Região geográfico e Estrato.

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo permitem uma visão panorâmica sobre o perfil da coordenação do cuidado à saúde da mulher e da criança no Brasil. Um maior percentual de equipes se enquadraram em um nível baixo de coordenação no âmbito nacional, por estratos ou regiões, em que pesem algumas diferenças pontuais. Tais achados vão na direção de pesquisa desenvolvida por Souza et al.¹⁹, que a partir de dados do primeiro ciclo do PMAQ, identificaram uma maior frequência de equipes classificadas em níveis baixos de coordenação, sendo que um maior nível estava relacionado a maior frequência de contato entre especialistas e profissionais da atenção básica, prontuário eletrônico integrado, uso e participação em telessaúde, apoio de especialistas da rede e fluxos institucionais de comunicação.

Os resultados encontrados neste trabalho corroboram a outros estudos de avaliação da APS que utilizaram o PCAtool como metodologia e apontam para limitações para a coordenação do cuidado. Carneiro et al. encontraram fragilidades no processo de comunicação entre os profissionais e prestadores de serviços especializados²¹. Turci et al.²² ao avaliar o desempenho da APS em Belo Horizonte, Minas Gerais, verificaram bons resultados para a coordenação do cuidado, contudo o atributo acesso, que está diretamente relacionado, apresentou baixa pontuação.

Nesta mesma perspectiva, estudo desenvolvido em Londrina a coordenação do cuidado apresentou baixos escores no que se refere à transferência de informação entre o

profissional de saúde e o usuário, no interesse do especialista no cuidado e no acesso do usuário ao prontuário, evidenciando fragilidade, sobretudo a prestação do cuidado integral²³. Em trabalho recente também realizado em Londrina a coordenação do cuidado quando avaliada isoladamente apresentou altos escores, contudo foram identificadas necessidade de melhora na qualidade das informações, na implantação de prontuários eletrônicos, na constituição das redes de atenção e na otimização de recursos da rede para assegurar os mecanismos de comunicação²⁴.

Trabalhos nacionais que avaliaram a atenção à saúde na perspectiva dos usuários segundo os atributos da APS demonstraram resultados divergentes, no Ceará²¹, no Espírito Santo²⁵ e em Minas Gerais²⁶ o atributo recebeu avaliação desfavorável. Em São Paulo o atributo foi avaliado positivamente²⁷. Apesar do presente estudo não considerar a visão dos usuários sobre as ações de coordenação do cuidado, é importante considerar este ponto de vista, uma vez que pode refletir a ruptura no processo de cuidado entre os pontos da rede²¹.

Na análise dos estratos houve predomínio do nível baixo de coordenação, e o comportamento de ambos os níveis foi diretamente proporcional à classificação do estrato, ou seja, o nível baixo aumentou nos estratos relativos a municípios de baixa densidade populacional e os níveis mais altos foram superiores nos estratos correspondentes a municípios com alta densidade populacional. Os resultados deste estudo podem ser comparados aos encontrados no trabalho de Lima et al.²⁰, que ao analisar a efetivação dos atributos da APS nas regiões de saúde, segundo a tipologia desenvolvida pela pesquisa Regiões e Redes, verificou que os piores cenários para a coordenação do cuidado foram ligados à região 1 que correspondem aos municípios com baixa densidade socioeconômica e baixa oferta de serviços e a região 2, são aqueles municípios com média/alta densidade socioeconômica e baixa oferta de serviços.

Os achados deste estudo vão ao encontro aos resultados obtidos por Fausto et al.¹⁷ com dados do primeiro ciclo do PMAQ, que verificaram que, quanto maior o porte populacional das cidades, mais alto o percentual de respostas positivas para o uso de dispositivos facilitadores da coordenação assistencial como prontuários eletrônicos, sistemas de agendamento de consultas e central de regulação. No entanto, o mesmo estudo verificou que, quanto menores as cidades, maiores as possibilidades de interação entre os profissionais da atenção primária e especializada, bem como a utilização de recursos como o telessaúde e o telemedicina, podendo esta ser uma explicação aos achados do presente trabalho.

A maior disponibilidade de serviços especializados nas regiões mais populosas, aliado a uma maior concentração de tecnologias de informação e serviços de média e alta complexidade poderiam facilitar a transmissão das informações e a transferência de cuidados entre os prestadores, favorecendo a coordenação assistencial. Estudo desenvolvido em área de vulnerabilidade social, onde se concentram municípios com baixa densidade populacional e baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), sinaliza para a necessidade de políticas que busquem promover uma maior articulação entre os serviços e que sejam capazes de trabalhar com as diversidades regionais fortemente encontradas no Brasil, contribuindo para reduzir a fragmentação na administração e no cuidado²⁸.

Tais resultados também podem indicar a importância dos dispositivos de tecnologia de informação para as regiões menos favorecidas, na medida em que facilitam a comunicação entre os prestadores e as trocas de informação, contribuindo para uma melhor qualidade dos serviços, maior acesso e oportunidade aos usuários, reduzindo filas de espera para tratamentos especializados e promovendo maior agilidade nos diagnósticos²⁹. Outro aspecto a ser considerado é que os municípios de baixa densidade populacional e baixa pontuação, em sua maioria, estão localizados nas regiões mais pobres do país onde existe dificuldade de fixação de profissionais da saúde, acesso a medicamentos e a serviços especializados. Tais fatores foram apontados por gestores, em estudo desenvolvido em três municípios nordestinos, como dificultadores do processo de cuidado, comprometendo a qualidade e a resolutividade da atenção³⁰.

Galvão e colaboradores²⁸ debatem este tema ao estudar a distribuição de serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, uma vez que verificaram a dificuldade dos municípios de pequeno porte em manter a oferta dos serviços, devido à escassez de recursos financeiros e administrativos, além da influência das diferenças socioeconômicas na articulação do sistema de saúde, constituindo barreiras para a coordenação assistencial.

Considerando o nível de coordenação nas regiões, identificou-se o predomínio de equipes com baixo nível de coordenação nas regiões norte e centro-oeste, e com alto nível no sudeste e nordeste, respectivamente. Tendo em vista que a existência de uma rede de atenção em saúde integrada reflete-se na qualidade da coordenação assistencial, por favorecer a continuidade da atenção entre profissionais e serviços³¹, os resultados do presente estudo chamam a atenção e corroboram aos encontrados por Chaves et al.³² que, ao analisar a integração da rede assistencial, verificou um maior percentual de equipes com baixo nível de desempenho na região norte e com alto nível na região sul.

Destaca-se que o predomínio do baixo nível de coordenação indica ainda uma incipiência deste atributo, provavelmente devido à dificuldade na transmissão de informações e no amadurecimento das redes de assistência nas regiões³³. A região norte ao apresentar a maior proporção de equipes em baixo nível assinala carência de iniciativas de coordenação nesta região, indicando a necessidade de estudos que compreendam quais fatores poderiam estar desencadeando este comportamento, bem como quais os pontos frágeis da coordenação.

Com relação ao nível assistencial, para a saúde da mulher, prevaleceu o baixo nível, enquanto para a saúde da criança, a maior quantidade das equipes apresentou nível alto. Os achados para a qualidade da assistência à saúde da mulher são preocupantes e vão de encontro aos encontrados por Tomasi et al.³⁴ que registrou baixo percentual de mulheres com pré-natal adequado. Em publicação recente a partir de dados do 2º ciclo do PMAQ, a qualidade do cuidado pré-natal foi avaliada como nacionalmente inadequada, com pior cenário na região norte, sobretudo devido à infraestrutura precária da rede, que compromete a qualidade do acesso e da assistência³³. São lentos também os progressos na redução da mortalidade materna, fatores como a ilegalidade do aborto, falhas na atenção ao parto, a peregrinação das gestantes pelos serviços e as altas taxas de cesariana ainda são reais no Brasil e contribuem para a manutenção das altas taxas de mortalidade materna³⁵.

Já a evidência de maior quantidade de equipes com altos níveis de assistência à saúde da criança evidenciam o resultado dos investimentos realizados na área, ao longo dos anos, no país. A criação de programas como o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e posteriormente a implementação Estratégia Saúde da Família (ESF) que ampliou o acesso aos serviços de APS, incrementando ações de prevenção e promoção, impactaram diretamente na redução da mortalidade infantil³⁵. Outras iniciativas como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e a Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de BPN - Método Canguru que buscaram melhorias na qualidade do parto e do nascimento, alcançaram êxito no aleitamento materno^{36,37}. Além destes, o desenvolvimento de programas intersetoriais como o Bolsa Família contribuiu para a redução da pobreza e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para as crianças³⁸.

No que se refere à associação entre coordenação do cuidado e o resultado da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ-AB, observou-se que existe uma associação positiva para ambas, demonstrando a importância da coordenação para a qualidade da assistência. Na visão de usuários esta relação foi comprovada em estudo qualitativo no sul

do Brasil, onde a ausência deste atributo comprometeu a resolutividade na atenção a crianças³⁹. Ferreira e colaboradores também perceberam esta mesma influência positiva na atenção para crianças⁴⁰.

A importância da continuidade assistencial para a saúde da mulher foi identificada como primordial no tratamento de câncer de colo uterino, e mecanismos como protocolos, apoio matricial, sistemas de referência e contrarreferência foram indicados para a garantia deste atributo⁴¹. Tais aspectos indicam que, a coordenação do cuidado para a saúde da mulher e da criança é um ponto crucial para que ocorram a continuidade do cuidado e a resolutividade da assistência. A utilização de mecanismos para comunicação efetiva entre os profissionais e serviços, com a integração entre os pontos de atenção, garantindo uma eficiente transferência de informações deve ser incentivado³.

Uma das limitações deste estudo advém da amplitude do conceito de coordenação¹³ e sua confluência com vários aspectos do processo de cuidado, se misturando a outros atributos pode conduzir a viés de informação. Além disso, é necessário pontuar que poderia ocorrer viés de seleção devido à adesão voluntária das equipes. A amostra, porém, inclui 90% das equipes no país reduzindo esta possibilidade.

Conclusão

O aprimoramento das atividades de coordenação do cuidado e a compreensão de como estão sendo realizadas é extremamente relevante. Por ser um atributo que intrinsecamente interage com os demais, interfere na qualidade da assistência, podendo ser o diferencial para uma atenção ampla e eficaz.

Os resultados aqui apresentados permitem identificar que possuir um alto nível de coordenação do cuidado favorece a um alto nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. Considerando estratos e regiões, foi possível constatar um predomínio de baixos níveis de coordenação do cuidado nos serviços de APS, segundo dados do PMAQ, bem como de baixos níveis de qualidade da assistência à saúde da mulher, refletindo a necessidade de ações coordenadas nesta área. Na saúde da criança obteve-se alto nível de qualidade da assistência, resultado dos investimentos, sobretudo para a redução da mortalidade infantil e garantia de crescimento e desenvolvimento saudáveis. Contribuíram significativamente para este avanço a implementação de diversos programas que ampliaram o acesso aos serviços de APS, bem como o desenvolvimento de programas intersetoriais.

Identificou-se também uma associação positiva entre equipes que apresentaram altos níveis de coordenação e altos níveis de qualidade da assistência, tanto para a saúde da mulher como na saúde da criança.

Os resultados encontrados vão de encontro a outros estudos realizados que verificaram incipiência do atributo, alertando para a necessidade de ações em âmbito nacional, estadual e municipal que favoreçam as atividades de coordenação do cuidado, além do desenvolvimento de pesquisas mais direcionadas ao entendimento dos elementos específicos deste atributo, e dos nós críticos carentes de intervenção. No tocante à saúde da mulher os achados representam a existência de pontos de fragilidade no sistema de saúde que favorecem a descontinuidade do cuidado e a conseqüente falha no cumprimento das metas nessa área, principalmente no que concerne à redução da mortalidade materna, controle do câncer e planejamento familiar.

A originalidade da abordagem de um tema complexo em conjugado a um assunto de relevância no contexto sócio-político-cultural, permitiu identificar lacunas e direcionar ao entendimento das limitações que comprometem o processo de cuidado.

Referências

1. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF de, Martins CL, Mota PH dos S, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017; 22(4): 1141–54.
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, European Observatory on Health Systems and Policies. *Building primary care in a changing Europe*. 2015.
3. Santos NCC de B, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRG de O, Collet N, Reichert AP da S. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34(1).
4. Oliveira VBCA de, Veríssimo M de LÓR, Oliveira VBCA de, Veríssimo M de LÓR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(1):30–6.
5. WHO. *Primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008. 119 p.

6. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Navarrete V, Luisa M. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(6): 485–95.
7. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF de, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1845–56.
8. McDonald KM et al. Care Coordination Atlas Version 4 AHRQ Publication No. 14-0037- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2014. Disponível em < <http://www.ahrq.gov/> > (acessado em 26/ Jan/ 2018).
9. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1): 244–60.
10. Almeida PF de, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*. 2012; 36(94): 375–91.
11. Silva RM da, Andrade LOM de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2014; 24(4):1207–28.
12. Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives: report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. 2013;
13. Bynum JPW, Ross JS. A Measure of Care Coordination? *J Gen Intern Med*. 2013; 28(3):336–8.
14. Giovanella L, Mendonça MHM de, Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(9): 2697–708.
15. Uchôa SA da C, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016; 24(0).
16. Ministério da Saúde. Manual instrutivo saúde mais perto de você – acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

- (PMAQ).http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf (acessado em 15/ Jan/ 2018).
17. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. 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*. 2014; 38(special).
 18. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC de, Ribeiro MCS de A, Forster AC, Novaes MHD, et al. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683–703.
 19. Souza MF de, Santos ADF dos, Reis IA, Santos MA da C, Jorge ADO, Machado ATG da M, et al. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51.
 20. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos* 2016; 12.
 21. Carneiro M do SM, Silva MGC da, Pinto FJM, Melo DMS, Gomes JM. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2014; 38(special).
 22. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(9): 1941–52.
 23. Souza GT, Alves BA, Tacla MTGM, Collet N, Toso BRGO. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-Pr. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015; 36(1): 39.
 24. Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG de, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(suppl 3):1366–72.
 25. Lima E de FA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima R de CD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(3): 553–9.
 26. Paula FA de, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA de. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate, Saúde debate*. 2015; 39:802–14.

27. Furtado MC de C, Braz JC, Pina JC, Mello DF de, Lima RAG de, Furtado MC de C, et al. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013; 21(2):554–61.
28. Galvão EL, Bodevan EC, Santos DF. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Hygeia*. 2015 J; 11(20): 32–44.
29. Santos A de F dos, Fonseca Sobrinho D, Araujo LL, Procópio C da SD, Lopes ÉAS, Lima AM de LD de, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(5).
30. Almeida PF de, Santos AM dos. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50(0).
31. Almeida PF de, Giovanella L, Mendonça MHM de, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(2): 286–98.
32. Chaves LA, Jorge A de O, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MA da C, Santos A de F, et al. Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34(2).
33. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 May 10; 34(5). A
34. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(3).
35. Leal M do C, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc saúde coletiva*. 2018; 23:1915–28.
36. Venancio SI, Almeida H de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80(5): s173–80.
37. Filho FL, Silva AAM da, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL, Canguru G de A do M, et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *Jornal de Pediatria*. 2008; 84(5):428–35.

38. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. 2013; 382(9886): 57–64.
39. Silva RMM da, Sobrinho RA da S, Neves ET, Toso BRG de O, Viera CS. Challenges in the coordination of children's healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(4): 1217–24.
40. Ferreira TL dos S, Souza AMG de, Medeiros J da SS de, Andrade FB de. Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural*. 2017; 3(1): 98–107.
41. Silva MRF da, Braga JPR, Moura JF do P, Lima JT de O, Silva MRF da, Braga JPR, et al. Care Continuity to women with cervical cancer in health care networks: case study, Pernambuco. *Saúde em Debate*. 2016; 40(110):107–19.

5.2 Artigo 2

Artigo a ser submetido na revista Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/898/a-coordenao-do-cuidado-na-qualidade-da-assistencia-sade-da-mulher-e-da-criana-no-pmaq>). QUALIS A3 na nova classificação geral.

Título

Avaliação da coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde: comparando o PMAQ-Brasil e referências internacionais

Título resumido

Estudo comparativo da coordenação do cuidado segundo dados do PMAQ

Maria Jesus Barreto Cruz^I

Alaneir de Fátima dos Santos^I

César Macieira^{II}

Daisy Maria Xavier Abreu^{III}

Antonio Thomaz Gonzaga da Mata Machado^I

Eli Iola Gurgel Andrade^I

I- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

II- Programa de Pós-Graduação em Estatística. Instituto de Ciências Exatas. Belo Horizonte, MG, Brasil.

III- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência: Maria Jesus Barreto Cruz

Rua do Rosário, 580. Senador Mourão, MH, Brasil. CEP: 39112-000

E-mail: maria_enfermagem@yahoo.com.br

Resumo

Objetivou-se comparar os resultados obtidos para a coordenação do cuidado a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com os parâmetros adotados pelo Atlas de Medida de Coordenação do Cuidado e pelo Observatório

Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. Foi realizado estudo transversal, com base no banco de dados de 38.865 equipes que participaram do 3º ciclo do PMAQ. Foram criadas três tipologias de coordenação do cuidado: PMAQ, Atlas e Observatório. O teste de Qui-Quadrado foi aplicado para comparar as proporções, o teste de Kruskal-Wallis e o teste de Nemenyi para verificar e identificar eventuais diferenças entre as tipologias. O nível de significância foi de 5%. Foram avaliadas 35.350 equipes que realizaram atividades de coordenação do cuidado. A maior parte das equipes apresentou altos e médios níveis de coordenação do cuidado nos três instrumentos, PMAQ (56,07% e 38,35%), Atlas (52,63% e 40,66%) e o Observatório Europeu (44,82% e 43,98%). Observou-se associação significativa entre os estratos e os níveis de coordenação. No teste de Nemenyi, o estrato 6 se distingue de todos os outros ($p < 0,001$) e o estrato 1 e 2 diferem de todos ($p < 0,001$), para as 3 tipologias. Na tipologia do PMAQ, o estrato 6 possui 62,6% das equipes com alto nível de coordenação, enquanto os estratos 1 e 2 possuem 52,6% e 52,4%, respectivamente. Altos e médios níveis e coordenação do cuidado foram identificados tanto para o país como para os estratos nos três instrumentos, demonstrando a necessidade de estudos adicionais. Os níveis de coordenação diferiram entre os instrumentos utilizados.

Descritores: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estudo comparativo. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

Introdução

Estudos envolvendo coordenação de cuidados são de grande importância nos sistemas de saúde contemporâneos. Contudo, esta é uma tarefa desafiadora, em parte pela dificuldade de entendimento do conceito, por ser um produto de várias organizações ou pela dificuldade em distingui-la de outros aspectos do processo de cuidados em saúde¹. Um estudo testou três hipóteses diferentes quanto à coordenação do cuidado entre 50 especialistas, não sendo descartada nenhuma: problemas com o modelo; problemas de implementação e problemas de avaliação².

Na literatura, várias são as definições disponíveis para o atributo. Segundo Starfield (2004)³, a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum e o fator marcante é a existência e o reconhecimento de informações sobre todo o processo de

cuidado. Já ao considerar a multidimensionalidade do atributo, McDonald e colaboradores (2014) afirmam que a coordenação do cuidado é a organização deliberada de atividades desenvolvidas por meio do estabelecimento de vínculo entre os diversos participantes do processo de cuidado, o que inclui o paciente e visa atender a necessidades específicas, utilizando trocas qualificadas de informação ⁴.

Uma característica marcante é que a coordenação do cuidado pode ser reconhecida nos mais diversos cenários da atenção à saúde. Baseado neste dinamismo de envolvimento entre os atores, na influência do ambiente no desenvolvimento das ações e na intensa variedade de serviços que atuam em uma interação contínua, o termo “ecossistemas de cuidado” vem se tornando comum, podendo ser importante para compreender a coordenação do cuidado ⁵.

Diversas pesquisas comprovam que serviços de saúde bem coordenados garantem mais segurança ao usuário, fortalece vínculos e reduz gastos ao sistema ⁶⁻⁸. Além disto, falhas ainda acontecem com frequência, sobretudo na transição de informações entre os serviços, causando dentre outros problemas, erros de medicação, duplicação de exames, readmissões hospitalares e lacunas na oferta de cuidados preventivos ^{6,9,10}.

A dificuldade em medir essa complexa construção, tem limitado o entendimento da influência da coordenação nos resultados de avaliações de políticas e ações de saúde e também impedido avanços diretos no cuidado ^{2,11}. Trabalhos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de construir instrumentos que permitam a avaliação deste atributo nas realidades assistenciais. Dentre eles, o “Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado”, criado pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos em 2010, que sistematiza um conjunto de pesquisas desenvolvidas para avaliar a coordenação do cuidado nos mais diferenciados tipos de serviço, considerando a perspectiva de pacientes, cuidadores, profissionais e sistemas de saúde ⁴. É considerado um avanço para o entendimento deste atributo, por incorporar concepções multidimensionais ^{11,12}.

Na Europa, em 2015, o European Observatory on Health Systems and Policies desenvolveu uma pesquisa em 31 países que resultou na elaboração de um instrumento de monitoração, que forneceu o mapeamento e a comparação dos sistemas de Atenção Primária à Saúde (APS). Este documento permitiu um diagnóstico de diversos atributos, dentre eles a coordenação do cuidado. O resultado possibilitou entender a capacidade da APS em coordenar o uso de serviços de saúde, evidenciando fragilidades e a capacidades de cada país, fornecendo elementos úteis para a avaliação da coordenação do cuidado neste nível assistencial ^{8,13}.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), criado no Johns Hopkins Primary Care Policy Center, é largamente utilizado para avaliar os atributos da APS, tendo como objetivo medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados. No Brasil, este é o instrumento mais utilizado para a avaliação da coordenação do cuidado. Estudos utilizando PCATool quanto à coordenação do cuidado afirmam que este é um atributo ainda em processo de construção no país ¹⁴⁻¹⁷.

No Brasil, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ), criado pelo Ministério da Saúde em 2011, foi uma ferramenta que permitiu a avaliação da coordenação do cuidado, contava com a participação de gestores, profissionais e usuários ^{18,19}. Fornecia informações que possibilitavam um panorama da real situação do atributo no país, considerando regiões, estados e estratos ²⁰. Com base em dados do PMAQ, Fausto e colaboradores (2014) ²¹, ao avaliar a coordenação do cuidado identificaram a presença de mecanismos como continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico que são considerados fundamentais para a integração da rede assistencial, contudo considera que ainda são incipientes ações nesta direção.

Em pesquisa conduzida por Souza et al. (2017) ²⁰, foram identificados elementos relacionados à coordenação do cuidado, como também os que demandavam maior nível de coordenação pelas equipes. Em outro trabalho, as barreiras ao compartilhamento de registros de saúde afetaram a coordenação do atendimento de muitos dos pacientes entrevistados, destacando a necessidade crítica de melhorar o fluxo de informações em saúde e a interoperabilidade ²².

Estudo considerando uma avaliação entre o I e o II ciclo do PMAQ em relação aos atributos da APS, envolvendo dados das Equipes de Saúde da Família, unidades e usuários, encontrou que os atributos com pior avaliação foram longitudinalidade e coordenação, por dificuldades de acesso às consultas especializadas e registros insuficientes ²³. Em um ensaio teórico sobre coordenação de cuidado no Brasil, foram identificados alguns aspectos que são importantes para a estruturação da coordenação de cuidados pela APS – Posição da ESF na rede assistencial; Integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial ¹⁸.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é comparar os resultados brasileiros obtidos a partir do PMAQ para o atributo coordenação do cuidado com os parâmetros adotados pelo Atlas de Medida de Coordenação do Cuidado e pelo Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde.

Métodos

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, com base no banco de dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB, realizado entre os anos de 2018 e 2019 em 38.865 equipes de atenção básica distribuídas em todo o território nacional.

Inicialmente as questões relativas à coordenação do cuidado foram identificadas no instrumento de avaliação externa do Módulo II, que contém a entrevista do profissional sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado, além da verificação de documentos relacionados à unidade de saúde. Para a seleção das questões foi considerado o conceito amplo de coordenação do cuidado, a partir de estudos nacionais e internacionais sobre o atributo, considerando desde aspectos gerenciais à oferta de cuidados em todas as áreas contempladas pelo PMAQ: saúde mental, tuberculose, hipertensão, diabetes, obesidade, hanseníase, saúde da mulher, saúde da criança e saúde na escola.

A identificação das questões foi norteadas pelas seguintes atividades de coordenação do cuidado: ações e mecanismos de comunicação; apoio comunitário; apoio para tomada de decisão; compartilhamento de informações entre os envolvidos no processo de cuidado; estabelecimento e/ou compartilhamento de responsabilidade no cuidado; estratificação de risco do território e das condições de atenção; implantação e utilização do e-SUS e prontuário eletrônico; mecanismos de referência e contra-referência; organização da agenda; planejamento de ações; processo de trabalho entre as equipes de APS e das equipes de apoio matricial e institucional; registro de informações; reuniões, utilização de protocolos clínicos e uso de sistemas de informação. Foram identificadas as equipes que relataram realizar algum tipo de atividade de coordenação totalizando 35.350 equipes.

A partir das potencialidades do PMAQ, foram elaboradas três tipologias de coordenação do cuidado na APS no Brasil: coordenação do cuidado segundo o PMAQ; coordenação do cuidado segundo o Atlas de Medidas de coordenação do cuidado e coordenação do cuidado segundo o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. Tais instrumentos foram utilizados por se constituírem como principais referências para a avaliação do atributo coordenação, em sistemas de atenção primária no mundo. Para a construção da tipologia foram utilizados os aspectos teóricos e práticos da coordenação do cuidado. A figura 1 descreve o percurso metodológico para a seleção das questões.

Figura 1- Percurso metodológico para a seleção das questões

Passo 1	Identificação do conceito de coordenação do cuidado		
Passo 2	Identificação dos domínios/atividades de coordenação do cuidado no Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado e no Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde		
Passo 3	Busca no instrumento de avaliação externa pelas questões de coordenação do cuidado		
Passo 4	Correlação das questões encontradas com os domínios/atividades de coordenação do cuidado identificadas no Atlas e no Observatório		
Questões identificadas no Instrumento de avaliação externa-PMAQ		Atlas	Observatório
A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?		X	X
Os profissionais que realizam o apoio matricial são:		X	X
No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:		X	
Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano:		X	X
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?			X
Sobre a integração ensino serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de:		X	X
A sua equipe utiliza o Telessaúde?		X	X
A equipe utiliza o telessaúde para:		X	X
Essas ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe?		X	
A equipe utiliza o 0800 do telessaúde?		X	X
Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800?		X	
A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		X	X
Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares? Existe documento que comprove?		X	
Como são registradas as informações de saúde?		X	
Qual o tipo de prontuário eletrônico? Existe documento que comprove?		X	
Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?		X	
Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?		X	
Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?		X	
Quais canais são utilizados?		X	X
Sobre o registro clínico orientado a problemas (RCOP) e suas funcionalidades disponíveis no prontuário eletrônico, quais itens sua equipe utiliza?		X	
A sua equipe realiza reunião de equipe?		X	X
Qual a periodicidade das reuniões?			X
A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações? Existe documento que comprove?		X	X
Qual a periodicidade?			
A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?		X	X
Os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?			X
No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?			
Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?		X	X
Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?			
A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?			X
Quando o usuário precisa agendar uma consulta, qual (is) é(são) a(s) possibilidade(s)?		X	X
Em relação à demanda de cuidado continuado, como é realizada a marcação de consulta?		X	
O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?			X
A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?		X	X
Qual (is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?		X	X
A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no		X	X

acolhimento? Existe documento que comprove?		
Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	X	X
A equipe oferece fácil acesso ao usuário para:	X	X
A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?		
A equipe dispõe de um documento orientador com as ações e os procedimentos ofertados ao usuário (ex: carteira de serviços)? Existe documento que comprove?	X	
Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?	X	X
Qual é o fluxo institucional de comunicação?	X	X
Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	X	X
Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?	X	X
Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:	X	X
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?		X
Quais centrais de marcação disponíveis?	X	X
Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	X	X
A equipe possui registro do número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe utiliza protocolos para identificação precoce/rastreamento voltados para:	X	
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:		
A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	X	
A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?	X	
A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?	X	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?	X	
A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	X	
A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?		X
A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?		X
Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		
No acompanhamento da gestante há registro de:		
Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto?		
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?		
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X	X
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com	X	

hipertensão arterial sistêmica?		
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?		
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X	
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	X	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?	X	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?	X	X
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	X	X
A equipe possui o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X	X
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?		
Quais dessas ações a equipe realiza?		
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		
Encaminha para serviço especializado		
A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território? Existe documento que comprove?	X	
A gestão municipal ofertou para equipe?	X	
A equipe realiza classificação de risco dos pacientes que chegam com suspeita de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela, conforme os fluxogramas estabelecidos?	X	X
A equipe solicita o hemograma com contagem de plaquetas para o paciente com suspeita de Dengue, de acordo com o protocolo de manejo clínico?		
A equipe possui registro dos usuários do território:	X	X
A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:	X	X
A equipe possui registro do número dos casos de pessoas com deficiência? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe possui o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços? Existe documento que comprove?	X	X
Com quais serviços a equipe conta para o acompanhamento das pessoas com deficiência	X	
A Secretaria Municipal de Saúde fornece normas para o desenvolvimento do trabalho dos ACS?		
As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	X	
A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	X	X
Quais as ações de promoção à saúde são desenvolvidas:	X	X
A equipe utiliza o novo "Guia Alimentar para a População Brasileira" do Ministério da Saúde?		
A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	X	
Quais dessas ações são desenvolvidas?	X	
É realizado planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola? Existe documento que comprove?	X	
Quais são as estratégias e instrumentos utilizados para monitorar as ações planejadas?	X	
Qual a principal forma que a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes?	X	X
A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICs?	X	
A equipe identifica famílias elegíveis e encaminha para cadastramento no Programa Bolsa Família?	X	

A equipe registra os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família?	X	
A equipe realiza acompanhamento dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção? Existe documento que comprove?	X	X
A equipe realiza avaliação de satisfação do usuário?	X	X
A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço da UBS? Existe documento que comprove?	X	X
Quais são os canais de comunicação disponibilizados?	X	X
A equipe discute internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários?	X	X

Fonte: Elaboração Própria.

Do total de 117 questões selecionadas no instrumento de avaliação externa do PMAQ, 90 apresentaram correlação com os domínios/atividade de coordenação propostos pelo Atlas, 58 apresentaram correlação com os domínios/atividade de coordenação propostos pelo Observatório e 19 questões não correlacionaram a nenhum dos dois instrumentos.

A seguir, cada questão contida nos blocos foi categorizada do seguinte modo: respostas negativas recebiam pontuação 0 (zero) e caso contrário, 1 (um); vale ressaltar que respostas “não se aplica”, “não sabe/não respondeu” não tiveram valores atribuídos. Em seguida, foi criado o nível de coordenação, estimado pela razão entre o somatório das atividades de coordenação do cuidado (desenvolvidas pelas equipes) e o total de questões referentes à coordenação, sem ponderação de pesos entre as variáveis, sendo: coordenação baixa (0 a 49,9%), média (50 a 75%) e alta (maior que 75%). Para atender aos objetivos do estudo foram criados separadamente níveis de coordenação do cuidado para as três tipologias de avaliação.

A descrição das tipologias foi feita por intermédio de frequências absolutas e relativas, considerando país e estratos.

Os estratos foram criados pelo MS, com a intenção de garantir uma maior equidade na comparação entre as equipes no processo de certificação, considerando aspectos socioeconômicos e demográficos. A definição dos estratos foi feita com base em índice que varia de zero a dez e porte populacional. O índice é composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

Para verificar se haviam diferenças significativas entre as tipologias categóricas construídas e seus resultados considerando país e estratos, foi aplicado o teste Qui-Quadrado, realizando uma comparação das proporções (homogeneidade) dos indicadores ²⁴. Para aprofundar a análise, a seguir, foi realizada a análise da distribuição dos indicadores via teste de Anderson-Darling, verificando a suposição de normalidade ²⁵. Após constatar que não

havia distribuição normal ($p < 0,001$), foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que têm o objetivo de verificar se há diferenças dos indicadores construídos e entre os estratos e país²⁶.

As comparações múltiplas foram realizadas mediante teste de Nemenyi, isto é, dado que houve diferenças significativas entre os estratos e país de modo geral (via teste de Kruskal-Wallis), o teste de Nemenyi identifica onde houve essas diferenças executando uma comparação dois a dois²⁶. O nível de significância utilizado nestas análises foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Registro 28.804, em 30 de maio de 2012.

Resultados

O estudo incluiu 38.865 equipes que participaram do 3º ciclo do PMAQ foram analisado os resultados de 35.350 equipes de saúde da família que relataram ter realizado alguma atividade de coordenação do cuidado. Observa-se pela tabela 1 que há diferença significativa ($p < 0,001$), via teste Qui-Quadrado, entre os níveis de coordenação para os instrumentos (PMAQ, Atlas e Observatório), sendo que o maior percentual de equipes encontram-se entre o nível alto e médio de coordenação nos três instrumentos analisados, PMAQ (56,07% e 38,35%), Atlas (52,63% e 40,66%) e o Observatório (44,82% e 43,98%) (Tabela 1).

Tabela 1-Níveis de coordenação do cuidado no Brasil. (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Níveis de coordenação	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)	Valor-p*
PMAQ	Coordenação Baixa	2084	5,58%	<0,001
	Coordenação Média	14325	38,35%	
	Coordenação Alta	20941	56,07%	
Atlas	Coordenação Baixa	2506	6,71%	<0,001
	Coordenação Média	15187	40,66%	
	Coordenação Alta	19657	52,63%	
Observatório	Coordenação Baixa	4185	11,20%	<0,001
	Coordenação Média	16425	43,98%	
	Coordenação Alta	16740	44,82%	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-quadrado

Na comparação dos indicadores entre a coordenação do cuidado, houve diferença significativa (Teste Kruskal-Wallis: $p < 0,001$) entre as tipologias, ou seja, pelo menos um instrumento se difere dos demais PMAQ (média: 0,742), Atlas (média: 0,731), Observatório (média: 0,700).

Em virtude do fato que existe diferença significativa, o teste de Nemenyi permitiu verificar que todas as tipologias diferem entre si, isto é, a categoria PMAQ difere do Observatório ($p < 0,001$) e Atlas ($p < 0,001$), assim como há distinção entre Observatório e Atlas ($p < 0,001$).

Ao detalhar as tipologias por estrato, por meio do teste Qui-Quadrado, observou-se que houve associação significativa ($p < 0,001$) entre os estratos e os níveis de coordenação (tabela 2). Na análise para o país, observa-se que na tipologia do PMAQ todos os estratos apresentaram o maior percentual das equipes entre o nível alto e médio de coordenação. Pela tabela 2, considerando o Atlas, na média coordenação o estrato 1 apresentou maior percentual (43,81%). No Observatório predominou o alto nível, com maior destaque para o 6 (51,94%). Nos estratos 1 e 2 o maior percentual de equipes estavam com médio nível (49,08% e 46,59%) e no baixo nível, o estrato 2 apresentou o maior percentual (13,00%).

Tabela 2-Distribuição de equipes e níveis de coordenação do cuidado, por estratos (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Estratos	Nível de Coordenação						Valor-p*
		Baixo		Médio		Alto		
		n	%	n	%	n	%	
PMAQ	1	241	6,11%	1630	41,30%	2076	52,60%	<0,001
	2	345	6,74%	2086	40,78%	2684	52,47%	
	3	293	4,91%	2290	38,36%	3386	56,73%	
	4	363	5,38%	2526	37,42%	3862	57,21%	
	5	279	4,23%	2536	38,46%	3779	57,31%	
	6	353	4,60%	2534	33,04%	4783	62,36%	
Atlas	1	276	6,99%	1729	43,81%	1942	49,20%	<0,001
	2	425	8,31%	2214	43,28%	2476	48,41%	
	3	361	6,05%	2463	41,26%	3145	52,69%	
	4	444	6,58%	2654	39,31%	3653	54,11%	
	5	340	5,16%	2723	41,30%	3531	53,55%	
	6	409	5,33%	2700	35,20%	4561	59,47%	

Observatório	1	459	11,63%	1937	49,08%	1551	39,30%	<0,001
	2	665	13,00%	2383	46,59%	2067	40,41%	
	3	633	10,60%	2649	44,38%	2687	45,02%	
	4	711	10,53%	2918	43,22%	3122	46,25%	
	5	592	8,98%	2935	44,51%	3067	46,51%	
	6	752	9,80%	2934	38,25%	3984	51,94%	

Fonte: Elaboração Própria.

*Teste Qui-quadrado

Na comparação entre os indicadores de coordenação do cuidado por estratos, o teste de Kruskal-Wallis mostrou que pelo menos um estrato difere dos demais ($p < 0,001$) entre os instrumentos utilizados (Tabela 3).

Tabela 3- Comparações dos indicadores de coordenação do cuidado por estrato. (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Índices	Estratos	n	Média	Erro padrão	Q1	Q2	Q3	Valor-p
					(1º quartil)	(mediana)	(3º quartil)	
Total	1	3947	0,732	0,002	0,659	0,757	0,826	<0,001
	2	5115	0,729	0,002	0,657	0,757	0,826	
	3	5969	0,745	0,002	0,674	0,770	0,839	
	4	6751	0,746	0,002	0,673	0,772	0,842	
	5	6594	0,748	0,002	0,679	0,772	0,836	
	6	7670	0,760	0,001	0,689	0,790	0,855	
Atlas	1	3947	0,721	0,002	0,643	0,747	0,821	<0,001
	2	5115	0,716	0,002	0,638	0,743	0,818	
	3	5969	0,732	0,002	0,656	0,758	0,832	
	4	6751	0,736	0,002	0,658	0,761	0,837	
	5	6594	0,737	0,002	0,663	0,760	0,830	
	6	7670	0,751	0,001	0,676	0,781	0,849	
Observatório	1	3947	0,684	0,002	0,592	0,708	0,800	<0,001
	2	5115	0,684	0,002	0,592	0,712	0,800	
	3	5969	0,703	0,002	0,612	0,729	0,817	
	4	6751	0,706	0,002	0,612	0,733	0,821	
	5	6594	0,707	0,002	0,620	0,733	0,814	
	6	7670	0,721	0,002	0,634	0,754	0,833	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Kruskal-Wallis

Ao utilizar o teste de comparações múltiplas de Nemenyi, nota-se que o estrato 6 se distingue de todos os outros ($p < 0,001$), o estrato 1 difere de todos ($p < 0,001$), exceto do estrato 2 ($p > 0,05$), padrão este que se comporta de forma semelhante para as 3 tipologias (PMAQ, Observatório e Atlas). Pode-se afirmar que na tipologia PMAQ, o estrato 6 possui

62,6% das equipes com alto grau de coordenação enquanto os estratos 1 e 2 possuem, respectivamente, 52,6% e 52,4% respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4- Comparações múltiplas dos indicadores de coordenação do cuidado, por estratos (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Estratos	1	2	3	4	5
PMAQ	2	0,997				
	3	0,000	0,000			
	4	0,000	0,000	0,968		
	5	0,000	0,000	0,995	1,000	
	6	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Atlas	2	0,959			
Atlas	3	0,001	0,000			
	4	0,000	0,000	0,639		
	5	0,000	0,000	0,920	0,995	
	6	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Observatório	2	0,995				
	3	0,000	0,000			
	4	0,000	0,000	0,850		
	5	0,000	0,000	0,916	1,000	
	6	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Elaboração própria.

Teste Nemenyi

Discussão

O estudo verificou os níveis de coordenação do cuidado em saúde na atenção primária à saúde no Brasil a partir dos dados gerados no 3º ciclo do PMAQ, considerando as principais referências internacionais para medição e avaliação do atributo. Foi possível verificar que a maioria das equipes situa-se entre alto e médio nível de coordenação do cuidado, em todos os cenários avaliados e em todas as metodologias utilizadas. Tais achados configuram uma nova realidade para a coordenação do cuidado na APS, ao se considerar estudos desenvolvidos a partir de dados do primeiro e segundo ciclo do PMAQ. Os achados até então mostravam uma realidade menos favorável, com maior percentual de equipes em baixo nível de coordenação^{20,27}. Lima e colaboradores (2018), ao compararem os resultados do primeiro e segundo ciclos do PMAQ, verificaram que a coordenação do cuidado foi o atributo pior avaliado, devido à dificuldade de acesso a consultas, baixa integração entre os serviços e falhas no compartilhamento de registros²³.

Estudos recentes que avaliaram os atributos da APS utilizando o PCATool na versão profissionais identificaram bons resultados para a coordenação do cuidado em Goiás¹⁷ e Presidente Prudente¹⁶. No Rio de Janeiro, também apresentou boa avaliação, no entanto, problemas foram relatados no processo de transferência de informação entre especialistas e a APS¹⁵. Rolim e colaboradores (2019) encontraram um alto escore em Fortaleza, considerando a existência de sistemas de informação, já a integração dos cuidados apresentou escore mais baixo²⁸. Em uma região administrativa do Distrito Federal a dimensão integração dos cuidados foi bem avaliada, sobretudo no conhecimento da rede de atenção, na marcação de consultas com especialistas, no encaminhamento e nas transferências de responsabilidade, no entanto foram identificados problemas nas trocas de informações e possíveis falhas nos registros²⁹.

Vários estudos mensuraram o comportamento da coordenação do cuidado em diversos contextos. Trabalhos utilizando o PCATool apresentaram altos escores quando considerada a opinião de usuários, no Rio Grande do Sul¹⁴ e em Manaus³⁰. No Pará foi encontrado alto escore na coordenação de sistemas de informação e escore baixo na coordenação de integração do cuidado³¹. Já Sobrinho e Alves, ao estudar o grau de implantação dos atributos da APS, verificaram escores distintos entre usuários e profissionais, no atendimento às crianças nas áreas rurais e urbanas em Diamantina. Tanto profissionais como usuários avaliaram positivamente o subitem sistema de informação, já a integração dos cuidados apresentou avaliação ruim pelos usuários³².

De forma geral, é possível verificar uma evolução da coordenação do cuidado; e tais resultados podem ser fruto dos esforços realizados no país ao longo dos anos para fortalecimento da APS, como a ampliação do acesso através da expansão das Equipes Saúde da Família, a melhoria na qualidade dos atendimentos, a capacitação dos profissionais para atuação multidisciplinar, o programa mais médicos, alocação de tecnologias para melhorar a resolutividade, dentre outros^{33,34}. Almeida et al.(2018), afirmam que políticas como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o PMAQ-AB, foram importantes na busca de uma melhor coordenação¹⁸.

Estas ações e políticas conduziram à incorporação de elementos fundamentais para a realização de atividades de coordenação do cuidado, como implantação de prontuários eletrônicos, disponibilidade de internet, computadores e instalação de telefones nas unidades de saúde, sistema intermunicipal de transporte de pacientes, expansão e implementação das

centrais de regulação, incorporação do NASF e incentivo às melhorias nos mecanismos de referência e contra-referência¹⁸.

É importante salientar que a manutenção destes resultados como de tantos outros, dentre eles a redução da mortalidade infantil e a melhoria no acesso a serviços e atendimentos, obtidos através das ações de fortalecimento da APS, dependem que políticas e programas de saúde continuem sendo executados³³. No entanto, a atual crise política e econômica vivenciada pelo país no final da última década vem causando uma progressiva redução nos investimentos em saúde, resultado de medidas de austeridade fiscal que a curto e longo prazo comprometerão os avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde³⁵.

No que se refere à análise da coordenação nos estratos, os níveis mais altos ocorreram em todos os estratos. Foi observado que o estrato 6 possuía os níveis mais altos, diferindo dos demais e os estratos 1 e 2 apresentaram níveis mais baixos, com padrões similares. Tais achados foram observados em todos os instrumentos utilizados, com pouca variação entre eles. Os resultados chamam a atenção pelo fato dos estratos serem diretamente proporcionais à densidade populacional e às condições socioeconômicas. Melhores resultados são encontrados em municípios maiores, onde existe uma maior concentração de profissionais de saúde, equipamentos diagnósticos, maior disponibilidade de meios de comunicação e locomoção, reforçando a intensa desigualdade locoregional existente no Brasil.

Segundo dados do IBGE cerca de 68,2% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes³⁶. Nessas localidades a coordenação do cuidado se torna um importante mecanismo na redução das desigualdades e no enfrentamento das iniquidades em saúde. Sendo um dispositivo potente de atuação³⁷, pode fazer o diferencial em locais onde o sistema de saúde ainda é precário, sobretudo na oferta de média e alta complexidade, o que conduz a necessidade de encaminhamento aos grandes centros para tratamentos complexos. Medeiros e Gerhardt (2015) confirmam esta mesma realidade no Rio Grande do Sul e verificam deficiência na construção das RAS devido à dificuldade de acesso e de organização dos serviços³⁸. Turci e colaboradores apontam que a construção da rede regionalizada de saúde é uma estratégia para o enfrentamento das diversidades territoriais do país e é apontado como um dos recursos mais eficientes para obter melhores resultados para a coordenação do cuidado³⁹.

Adicionalmente, este fator é agravado na medida em que a maior parte dos municípios de pequeno porte está localizado nas regiões mais pobres onde há ainda escassez de recursos tecnológicos e de comunicação. Sem incorporação de prontuário eletrônico e Tecnologias de

Informação e Comunicação (TIC) que facilitam a relação entre APS e demais níveis da atenção, barreiras são colocadas para o avanço na coordenação do cuidado. A APS como componente estratégico da organização dos serviços de saúde segue, portanto, dependente da articulação dos recursos essenciais para o enfrentamento de problemas de saúde em todos os seus níveis de complexidade ¹⁸.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os níveis de coordenação do cuidado diferem entre os três instrumentos utilizados, ou seja, o PMAQ, o Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado e o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. Os achados chamam a atenção e evidenciam a necessidade de estudos mais detalhados que permitam identificar quais fatores de forma específica promoveram tais diferenças. Contudo, é possível concluir que os três instrumentos vão ao mesmo sentido. Cabe ainda ressaltar, que o presente estudo consistiu em uma tentativa de correlacionar as referências internacionais à realidade brasileira de forma a balizar o PMAQ como uma ferramenta eficaz na mensuração do atributo.

Tentativas dessa mesma natureza são relatadas na literatura nos mais variados ambientes de cuidado. Wu et al. (2017) descrevem a elaboração de uma ferramenta baseada nos domínios do Atlas para avaliar a coordenação assistencial em dois hospitais, na perspectiva dos profissionais de saúde e avaliar o desempenho desta ferramenta na mensuração das dimensões da coordenação assistencial ⁴⁰.

O Atlas também foi referência na criação de um instrumento para avaliar, na perspectiva dos usuários, a coordenação do cuidado no tratamento de câncer nos Estados Unidos. O instrumento foi bem avaliado, sendo considerado uma alternativa para balizar estratégias de coordenação do cuidado ⁴¹. Contudo, Bynum e Ross (2013), afirmam que o Atlas apresenta algumas limitações como a dificuldade de utilização em larga escala, por envolver pesquisas demoradas e que demandam uma extensa busca e manuseio de documentos ¹¹.

Mesmo com estas características, o Atlas é uma referência, seja por disponibilizar instrumentos, como por oferecer um arcabouço teórico que subsidia a criação de dispositivos específicos de acordo com a necessidade dos serviços. O Observatório, de forma diferente do Atlas não dispõe de instrumentos prontos que podem ser utilizados ou adaptados, mas é uma importante referência por também oferecer aporte teórico e nortear os estudos sobre coordenação.

Diante das evidências científicas aqui apresentadas para a coordenação do cuidado no Brasil, é importante observar que cabem questionamentos na comparação entre os resultados do PMAQ e do PCAtool, devido a diferenças conceituais entre os instrumentos. Destaca-se que, ao analisar os resultados de pesquisas desenvolvidas a partir do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, observou-se uma evolução significativa do atributo em um curto espaço de tempo. Assim, é necessária a realização de pesquisas mais detalhadas que permitam identificar quais foram os reais fatores que influenciaram ou determinaram esta mudança.

Este estudo apresentou algumas limitações: as tipologias foram construídas a partir de um instrumento já em processo de utilização, não permitindo que todo o potencial das concepções de coordenação avaliadas fosse explorado em toda sua plenitude. O III ciclo do PMAQ contou com poucas questões nas quais se exigia uma comprovação das afirmações realizadas podendo, portanto, ter uma superestimação do que efetivamente tem ocorrido na APS no Brasil. As respostas foram fornecidas pelos profissionais de saúde e não a partir de instrumentos precisos de aferição.

Conclusão

Sendo a coordenação do cuidado um dos alicerces para APS forte e eficaz, conhecer o perfil de funcionamento nos serviços de saúde norteia o aprimoramento e a criação de políticas e ações.

Neste trabalho, a coordenação do cuidado na atenção primária no Brasil apresentou um predomínio de equipes com altos e médios níveis em todos os cenários considerados, nos três instrumentos utilizados para a avaliação. Os achados configuram uma evolução do atributo, que pode ser reconhecido como resultado do desenvolvimento da APS nos últimos anos. Também foram constatadas diferenças significativas dos níveis de coordenação entre os estratos em todas as tipologias, com os menores municípios apresentando níveis mais baixos de coordenação.

O bom desempenho do atributo reconhecido nesse estudo soma-se a outros trabalhos que demonstram apreensão diante ao cenário de incertezas e ameaças ao futuro da APS no país. Às mudanças na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, que já conduzem para a abolição da prioridade para a ESF, acrescenta-se em 2019 a Portaria n. 2.979/19, que altera radicalmente a bases de financiamento da atenção primária, potencializando a desfiguração da APS, que passa a ter um perfil voltado para a oferta de

serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento “queixa-conduta”.

No contexto de avaliação da APS e de forma específica do atributo coordenação do cuidado, o PMAQ se mostrou uma boa alternativa quando comparado ao Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado e ao Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. No entanto, diferenças foram constatadas nos níveis obtidos entre os três instrumentos, o que sinaliza para a importância de novos estudos que busquem entender os pontos específicos que conduziram a tais achados.

Referências

1. Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives: report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. 2013;
2. Kumpunen S, Edwards N, Georghiou T, Hughes G. Por que as avaliações do atendimento integrado não produzem os resultados que esperamos? *International Journal of Care Coordination*. 1º de março de 2020; 23(1): 9–13.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p, 2004.
4. McDonald KM et al. Care Coordination Atlas Version 4 AHRQ Publication No. 14-0037- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2014. Disponível em < <http://www.ahrq.gov/> > (acessado em 26/ Jan/ 2018).
5. Dessers E, Mohr BJ. Uma perspectiva do ecossistema na coordenação do cuidado: lições de campo. *International Journal of Care Coordination*. 2020; 23(1): 5–8.
6. Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. Confronting The Growing Burden Of Chronic Disease: Can The U.S. Health Care Workforce Do The Job? *Health Affairs*. 2009; 28(1): 64–74.
7. Hays RD, Martino S, Brown JA, Cui M, Cleary P, Gaillot S, et al. Evaluation of a Care Coordination Measure for the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Medicare survey. *Med Care Res Rev*. 2014; 71(2): 192–202.
8. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB, European Observatory on Health Systems and Policies. Building primary care in a changing Europe. 2015.
9. Berkowitz SA, Parashuram S, Rowan K, Andon L, Bass EB, Bellantoni M, et al. Association of a Care Coordination Model With Health Care Costs and Utilization. *JAMA Netw Open*. 2;1(7):e184273.

10. Weeks DL, Polello JM, Hansen DT, Keeney BJ, Conrad DA. Measuring Primary Care Organizational Capacity for Diabetes Care Coordination: The Diabetes Care Coordination Readiness Assessment. *J Gen Intern Med.* 2014; 29(1): 98–103.
11. Bynum JPW, Ross JS. A Measure of Care Coordination? *Journal of General Internal Medicine.* março de 2013; 28(3):336–8.
12. WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018.
13. Seys D, Panella M, VanZelm R, Sermeus W, Aeyels D, Bruyneel L, et al. As vias de atendimento são intervenções complexas em sistemas complexos: Novo quadro da European Pathway Association. *International Journal of Care Coordination.* 2019; 22(1): 5–9.
14. Bandeira D, Damaceno AN, Weiller TH, Lopes LFD. Evaluation of the coordination of care by users of primary health care services. *Reme Revista Mineira de Enfermagem.* 2020; 24:e-1278.
15. Paixão TM da, Sousa AI, Souza MHDN, Farias SNP de. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. *Rev enferm UERJ.* 2019; 27:e42655.
16. Gomes, MFP, Fracolli, LA. Evaluation of the Family Health Strategy in the region of Presidente Prudente-SP, Brazil. *Mundo Saúde.* 2019; 43(2): 306–25.
17. Maia LG, Silva LA da, Guimarães RA, Pelazza BB, Leite GR, Barbosa MA, et al. MAIA, Ludmila Grego et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. *Rev. bras. epidemiol.* 2020; 23: e200014.
18. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate.* 2018; 42(spe1): 244–60.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq). Manual Instrutivo. 1ª. Brasília, DF, 2012. <http://multiresidencia.com.br/bibliotecas/cadernos-de-atencao-basica/abca35.pdf>. (Acessado: 18 junho 2020).
20. Souza MF de, Santos ADF dos, Reis IA, Santos MA da C, Jorge ADO, Machado ATG da M, et al. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. *Revista de Saúde Pública.* 2017; 51.
21. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. 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.* 2014; 38(special).

22. Chang L, Wanner KJ, Kovalsky D, Smith KL, Rhodes KV. “It’s Really Overwhelming”: Patient Perspectives on Care Coordination. *J Am Board Fam Med*. 2018; 31(5): 682–90.
23. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV da, Lima JG, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018; 42(SPE1): 52–66.
24. Agresti A, Kateri M. *Categorical Data Analysis*. Gainesville, Florida: John Wiley, 2011. v. 45.
25. Anderson TW, Darling DA. Tests of Goodness-of-Fit. In: Lovric M. (eds) *International Encyclopedia of Statistical Science*. Springer, Berlin, Heidelberg, 2011.
26. Hollander M, Wolfe DA. *Nonparametric Statistical Methods*. 2nd. ed. New York, N.Y.: John Wiley & Sons, 1999.
27. Cruz MJB, Santos A de F dos, Araújo LHL de, Andrade EIG. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(11): e00004019.
28. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto S de AS, Araújo MFM de, Freitas RWJF, et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(1):19–26.
29. Leandro SS, Monteiro PS. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. *Enfermagem em Foco [Internet]*. 2017; 8(3).
30. De Araújo Vieira Sá LYB. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus, Amazonas. *APS*. 2019; 1(2): 98–111.
31. De Souza BR, Tavares JB, Pinto Girard CC, Ferreira IP. Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização do PCATool-versão Brasil. *APS*. 24 de julho d 2019;1(2):112–20.
32. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(2):e00095418.
33. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44.
34. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018; 42(spe1):18–37.
35. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(4): e000829.
36. IBGE. IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019 [Internet]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia->

de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019 (Acessado: 21 julho 2020)

37. Ribeiro SP, Cavalcanti M de LT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2020; 25: 1799–808.
38. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde em Debate*. 2015; 39(spe): 160–70.
39. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(9):1941–52.
40. Wu AW, Brotman DJ, Berkowitz SA, Wu AW, Deutschendorf A, Howell EE. A Concise Tool for Measuring Care Coordination from the Provider’s Perspective in the Hospital Setting. *Journal of Hospital Medicine*. 2017; 12(10).
41. Okado I, Cassel K, Pagano I, Holcombe RF. Development and psychometric evaluation of a questionnaire to measure cancer patients’ perception of care coordination. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1): 52.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da coordenação do cuidado é de grande importância para subsidiar intervenções que promovam o alcance de serviços de saúde fortalecidos e mais eficazes na oferta de uma atenção de qualidade. Por ser um atributo que intrinsecamente interage com os demais, interfere na qualidade da assistência, podendo ser o diferencial para uma atenção ampla e eficaz. O presente trabalho é um esforço na tentativa de compreender o perfil da coordenação do cuidado na APS no Brasil, por meio dos dados do segundo e terceiro ciclos do PMAQ.

Foi possível verificar no segundo ciclo que possuir um alto nível de coordenação do cuidado favorece a um alto nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. Considerando estratos e regiões, foi possível constatar um predomínio de baixos níveis de coordenação do cuidado nos serviços de APS, bem como de baixos níveis de qualidade da assistência à saúde da mulher, refletindo a necessidade de ações coordenadas nesta área. Na saúde da criança obteve-se alto nível de qualidade da assistência, resultado dos investimentos, sobretudo para a redução da mortalidade infantil e garantia de crescimento e desenvolvimento saudáveis. Contribuíram significativamente para este avanço a implementação de diversos programas que ampliaram o acesso aos serviços de APS, bem como o desenvolvimento de programas intersetoriais. Identificou-se também uma associação positiva entre equipes que apresentaram altos níveis de coordenação e altos níveis de qualidade da assistência, tanto para a saúde da mulher como na saúde da criança.

Na segunda etapa desta pesquisa, a coordenação do cuidado apresentou um predomínio de equipes com altos e médios níveis em todos os cenários considerados, nos três instrumentos utilizados para a avaliação. Achados que configuram uma evolução do atributo, que pode ser reconhecido como resultados do desenvolvimento da APS nos últimos anos, após as diversas iniciativas realizadas para este fim. Também foram constatadas diferenças significativas dos níveis de coordenação entre os estratos em todas as tipologias, com os menores municípios apresentando níveis mais baixos de coordenação.

No contexto de avaliação da APS e de forma específica do atributo coordenação do cuidado, o PMAQ se mostrou uma boa alternativa quando comparado ao Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado e ao Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. O que pode representar um avanço brasileiro na construção de um instrumento próprio, mais específico às realidades nacionais. No entanto diferenças foram constatadas nos níveis obtidos

entre os três instrumentos, o que sinaliza para a importância de novos estudos que busquem entender quais foram os pontos específicos que conduziram a estes achados.

O bom desempenho do atributo neste estudo soma-se a tantos outros trabalhos que demonstram apreensão diante ao cenário de incertezas e ameaças no futuro da APS no país. As recentes mudanças na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 que conduzem para a abolição da prioridade para a ESF. Importante ainda destacar a desfiguração da APS que passa a ter um perfil voltado para a oferta de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento “queixa-conduta”. Os impactos destes novos rumos da APS podem comprometer também os avanços já conquistados na área de saúde da mulher e da criança, que mesmo ainda apresentando fragilidades evoluíram notavelmente nas últimas décadas. Nestas populações as consequências deste descompasso tendem a ser mais nítidos, já que são populações mais vulneráveis e sensíveis.

A originalidade da abordagem de um tema complexo em conjugado a um assunto de relevância no contexto sócio-político-cultural, permitiu identificar lacunas e direcionar ao entendimento das limitações que comprometem o processo de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. **Abrasco alerta para o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Publicado 03 Setembro 2018. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=Abrasco-alerta-para-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-Brasil>. Acesso em: 24 out. 2020.

AGRESTI, A.; KATERI, M. **Categorical Data Analysis**. Gainesville, Florida: John Wiley, 2011. v. 45.

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–1856, 2017.

ALMEIDA, P. F. DE *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

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, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

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; 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.

ANDERSON, T. W.; DARLING, D. A. Tests of Goodness-of-Fit. In: Lovric M. (eds) **International Encyclopedia of Statistical Science**. Springer, Berlin, Heidelberg, 2011.

ANDRÉ, S. C. DA S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

ARAÚJO, R. DE L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. DE. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 387–399, 2015.

AUGUSTO, D. K. *et al.* Factors associated with the evaluation of quality of primary health care by older adults living in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saude: Revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 28, n. 1, p. e2018128, 2019.

BANDEIRA, D. *et al.* Evaluation of the coordination of care by users of primary health care services. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. e-1278, 2020.

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.

BERKOWITZ, S. A. *et al.* Association of a Care Coordination Model With Health Care Costs and Utilization. **JAMA Network Open**, v. 1, n. 7, 2018.

BODENHEIMER, T, SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. **Ann Fam Med**, v. 12, p. 573–576, 2014.

BODENHEIMER, T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 10, p. 1064–1071, 2008.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BRANDÃO, J. R. DE M. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1413–1420, 2020.

BRANDÃO, J. R. DE M.; BRANDÃO, J. R. DE M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. –Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. **Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015.

BRASIL; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde = Primary care assessment tool, PCATool-Brasil**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BYNUM, J. P. W.; ROSS, J. S. A Measure of Care Coordination? **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 3, p. 336–338, 2013.

CAMPBELL, S. M. *et al.* Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Qual Saf Health Care**, v. 11, n. 4, p. 358–364, 2002.

CAPUTI, T. **The Quality and Outcomes Framework (QOF) and General Practice Quality in England**. p. 109, 2020.

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, 2014.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.

CHANG, L. *et al.* “It’s Really Overwhelming”: Patient Perspectives on Care Coordination. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 31, n. 5, p. 682–690, 2018.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013.

CIHI. **Canadian Institute of Health Information**. Disponível em: https://www.cihi.ca/en/profile_roadmap_launch_pdf_en.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

CONILL, E. M. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7–s16, 2008.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: **Euro Social Salud**, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* Intégration des soins: Dimensions et Mise en Oeuvre. Integração assistencial: dimensões e prática. **Ruptura: Revue Transdisciplinaire en Santé**. v. 8, n. 2, p. 38–52, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, AP *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, ZMA, org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 15 jan. 2020.

COSTA, A. M. A. M.; SILVA, K. S. da; BONAN, C.. Organizações Não Governamentais na área da Saúde da Criança - revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3181-3196, 2011.

CURRIE, D. Strategy aims to improve health status of world's women, kids: targets unveiled. **The Nation's Health**, v. 45, n. 10, p. 1-18, 2016.

DAVESON, B. A. *et al.* The Real-World Problem of Care Coordination: A Longitudinal Qualitative Study with Patients Living with Advanced Progressive Illness and Their Unpaid Caregivers. **PLOS ONE**, v. 9, n. 5, p. e95523, 2014.

DE MACEDO, V. L. M. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família em São Sebastião – Distrito Federal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019.

DESSERS, E.; MOHR, B. J. Uma perspectiva do ecossistema na coordenação do cuidado: lições de campo. **International Journal of Care Coordination**, v. 23, n. 1, p. 5–8, 2020.

DWECK E, *et al.* **Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil**. Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert . ed. 1. São Paulo, v. 1, p. 1-69, 2018.

E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA. [site]. **Espaço para informação e acesso aos sistemas da atenção básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 02 jul. 2020.

FARIA, L. R. DE *et al.* On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 72–85, mar. 2015.

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, 2014.

FEKRI, O.; LEEB, K.; GUREVICH, Y. Systematic approach to evaluating and confirming the utility of a suite of national health system performance (HSP) indicators in Canada: a modified Delphi study. **BMJ Open**, v. 7, n. 4, p. e014772, 2017.

FORBES, L. J. *et al.* The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 664, p. e775–e784, 2017.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014.

FRANÇA, A. *et al.* (EDS.). **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde--Rumo ao Alcance das Metas de 2015: relatório final**: Brasília 18,19 e 20 de novembro de 2008. 1st ed ed. Brasília, DF: Editora MS, 2010.

FRANSEN, B. R.; JOYNT, K. E.; REBITZER, J.B.; JHA, A.K. Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients. **Am J Manag Care**. v. 21, n. 5, p.355-362, 2015.

FURTADO, J. P.; GASPARINI, M. F. V. Há diferenças entre avaliar e analisar? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2933–2938, 5 ago. 2019.

GIBSON, J. *et al.* **Oitava pesquisa nacional de vida profissional GP**. Universidade de Manchester, 2015.

GIOVANELLA, L. “Austerity” in the English National Health Service: fragmentation and commodification - examples not to follow. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00092716, 21 jul. 2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00012219, 25 mar. 2019.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 101–113, 2014.

GOMES, F. P., M.; FRACOLLI, A. L. Evaluation of the Family Health Strategy in the region of Presidente Prudente-SP, Brazil. **O Mundo da Saúde**, v. 43, n. 2, p. 306–325, 2019.

GUIMARÃES, R. M. Os impactos das políticas de austeridade nas condições de saúde dos países com algum tipo de crise. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 383–385, 2018.

HAGGERTY, J. L.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P. A framework for evaluating primary health care in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 5, p. 377–384, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

- HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1399–1408, 2016.
- HAYS, R. D. *et al.* Evaluation of a Care Coordination Measure for the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Medicare Survey. **Medical care research and review : MCRR**, v. 71, n. 2, p. 192–202, 2014.
- HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods**. 2nd. ed. New York, N.Y.: John Wiley & Sons, 1999.
- HQC. Health Quality Council. **Measuring and reporting for health quality council learning and improvement. Think Big, Start Small, Act Now: Tackling Indicator Chaos. A report on a national summit**. Saskatoon, 30-31, 2011.
- JORGE, H. M. F. *et al.* Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140–148, 2015.
- KARANIKOLOS, M. *et al.* Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review. **International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation**, v. 46, n. 2, p. 208–240, 2016.
- KÖHLER, L. Children's health in Europe - challenges for the next decades. **Health Promotion International**, v. 33, n. 5, p. 912–920, 2018.
- KRINGOS, D. S. *et al.* **Building primary care in a changing Europe**. (Observatory Studies Series No. 38). Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?ua=1>. Acessado em: 28 fev. 2018.
- KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 65, 2010.
- LANDON, B. E. *et al.* Variation in Patient-Sharing Networks of Physicians Across the United States. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 308, n. 3, p. 265–273, 2012.
- LANSKY, S. *et al.* Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192–S207, 2014.
- LAWER, C. **Design and transform value in health a service ecosystem framework**. Bloxham: UMIO, 2017.
- LEITE, D. S. *et al.* A compreensão de mães sobre os serviços do programa saúde da criança. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 11, 2019.
- LIMA, J. G. *et al.* **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde**. *Novos Caminhos*, n: 12, p. 76, 2016.
- LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. DA; LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. 42(SPE1):52–66, 2018.

MACÊDO, V. C. de. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**/Vilma Costa de Macêdo— Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MAIA, L. G. *et al.* A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

MARSHALL, M.; ROLAND, M. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. **BMJ**, v. 359, 2017.

MC DONALD KM *et al.* **Care Coordination Atlas Version 4.** (Prepared by Stanford University under subcontract to American Institutes for Research on Contract No.HHSA290-2010-00005I). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. AHRQ Publication No. 14-0037-EF.

MELLO, D. F. DE *et al.* Child health follow-up and the longitudinality of caring. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 675–679, 2012.

MESQUITA FILHO, M. *et al.* Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2033–2046, jul. 2014.

NETO, S. *et al.* Maternal health policies in Brazil: relations to maternal and child health indicators. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107–119, 2008.

NHS DIGITAL, 1 TREVELYAN SQUARE. **Quality and Outcomes Framework. standard.** Disponível em: <<http://content.digital.nhs.uk/qof>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A.H. W. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. **J Nurs Health**, v. 8, n. 1: e188102, 2018.

NÓBREGA, E. C. M. *et al.* Desafios do comitê de prevenção de mortalidade materna e infantil em um município cearense. **Cadernos ESP**, v. 13, n. 1, p. 113–128, 2019.

OECD. **Relatórios Econômicos OCDE: Brasil 2018.** Éditions OCDE, Paris, 2018.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013.

OLIVEIRA, V. B. C. A. DE *et al.* Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 30–36, 2015.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 31 de agosto de 2018.

- PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 172–182, 2018.
- PAIM, J. *et al.* Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60054–8, 2011.
- PAIXÃO, T. M. DA *et al.* Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e42655, 1 out. 2019.
- PASCHE, D. F. *et al.* Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Saúde em Debate**, p. 58–71, 2014.
- PIRES, M. R. G. M. *et al.* Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1805–1814, 2015.
- POLLACK, C. E. *et al.* Patient Sharing Among Physicians and Costs of Care: A Network Analytic Approach to Care Coordination Using Claims Data. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 3, p. 459–465, 2013.
- PONNET, L. *et al.* Evaluation of the quality of Primary Health Care services for children: reflections on the feasibility of using the Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool as a routine assessment tool. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 1, p. eAO4333, 2019.
- POPEJOY, L. L. *et al.* Quantifying care coordination using natural language processing and domain-specific ontology. **Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA**, v. 22, n. e1, p. e93-103, 2015.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255–276, 2017.
- PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1881–1893, 2017.
- RASELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 22 maio 2018.
- REINHARD, E. *et al.* The Great Recession and the Health of Young Children: A Fixed-Effects Analysis in Ireland. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1438–1448, 2018.
- REICH, M. R. *et al.* Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. **The Lancet**, v. 387, p. 811–16, 2016.
- RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1799–1808, 2020.
- RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, 2014.

ROLAND, M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom. **New England Journal of Medicine**, v. 351, n. 14, p. 1448–1454, 2004.

ROLAND, M.; GUTHRIE, B. Estrutura de qualidade e resultados: o que aprendemos? **BMJ**, v. 354, p. i4060, 2016.

ROLAND, M.; GUTHRIE, B.; THOMÉ, D. C. Primary Medical Care in the United Kingdom. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 25, n. Suppl 1, p. S6–S11, 2012.

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. 19–26, 2019.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciencia e Cultura**, v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.

ROMANOW, R. J. **Building on values: the future of health care in Canada**. Saskatoon, Sask.: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

RUSTICELLI, E.; OXLEY, H.; HOFMARCHER, M. M. **Improved Health System Performance through better Care Coordination**. 2007. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improved-health-system-performance-through-better-care-coordination_246446201766>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (EDS.). **Primary care in the driver's seat?** organizational reform in European primary care. Maidenhead, England; New York: Open University Press, 2006.

SANTANA, I. T. *et al.* Programas e políticas de saúde da mulher: avaliação da qualidade de atenção pré-natal. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 11, n. 1, 2017.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 48–63, 2016.

SANTOS, J. S. *et al.* Child care and health rights: perspectives of adolescent mothers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 733–740, out. 2015.

SANTOS, N. C. C. DE B. *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018.

SCAVONE, F. **Quality and outcomes framework (QOF)**. Disponível em: <<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/funding-and-contracts/quality-and-outcomes-framework-qof>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination: health system and patient perspectives: report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions**. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health, 2013.

SCHRAMM, J. M. A.; PAES-SOUZA, R.; MENDES, L. V. P. **Políticas de Austeridade e seus impactos na saúde**. 23 ed. Rio Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018, p. 1-40.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00095418, 2019.

SILVA, M. R. F. DA *et al.* Care Continuity to women with cervical cancer in health care networks: case study, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 107–119, 2016.

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

SILVA, R. M. M. DA *et al.* Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 794–802, out. 2014.

SILVA, R. M. M. DA *et al.* Challenges in the coordination of children's healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1217–1224, 2015.

SILVEIRA, R. P. *et al.* Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 151–161, 2020.

SOARES DAMASCENO, S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, 2016.

SOUZA, M. F. DE *et al.* Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TERRAZA NÚÑEZ, R. *et al.* La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 6, p. 485–495, 2006.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1941–1952, 2015.

UCHÔA, S. A. DA C. *et al.* Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Brasil**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/overview.html>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

VAN HOUDET, S. *et al.* Care pathways across the primary-hospital care continuum: using the multi-level framework in explaining care coordination. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 296, 2013.

VICTORA, C. G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, 2011.

VIDAL, T. B. *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017504, 2018.

VIERA, C. S. *et al.* Resolução de problemas de saúde de crianças na rede de atenção à saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 705–713, 27 nov. 2014.

WHO. **Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme , 2016**, www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/integrated-care-models-an-overview-2016

WHO. **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** Geneva, 2008.

ZEID, S. *et al.* For every woman, every child, everywhere: a universal agenda for the health of women, children, and adolescents. **The Lancet**, v. 385, n. 9981, p. 1919–1920, 2015.

ANEXOS

ANEXO A-PRODUÇÃO INTELECTUAL DESENVOLVIDA NO CURSO

1. Artigos publicados relacionado ao doutorado

1.1. CRUZ, Maria Jesus Barreto; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; ARAUJO, Lucas Henrique Lobato de and ANDRADE, Eli Iola Gurgel. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2019, vol.35, n.11 [cited 2020-06-16], e00004019.

2. Artigos publicados ao longo do doutorado relacionados a outros projetos

2.1. CRUZ, M. J. B. et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate* [online], v.41, n.114, pp.836-847, 2017

2.2. CRUZ, M. J. B. et al. Descarte de medicamentos em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Vigilância Sanitária Em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v.5, n.1, p. 84-90, 2017.

3. Apresentação Trabalhos Científicos

3.1. Congresso Brasileiro de Epidemiologia 2017: Acesso e utilização de antibióticos por crianças e adolescentes no Vale do Jequitinhonha.

4. Bolsista do Programa de Incentivo à Formação Docente (PIFD) pelo Departamento de Pediatria da UFMG, 2017 e 2018.

5. Participação na disciplina Projeto de Produto no curso de Engenharia de Produção da UFMG, 2018.

6. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2016, 2018, 2019 e 2020.

6.1. Disciplinas lecionadas:

6.1.1. Enfermagem em Saúde Mental

6.1.2. Enfermagem na Saúde do Idoso

6.1.3. Estágio supervisionado em área comunitária

6.1.4. Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente

6.1.5. Enfermagem na Saúde da Mulher e do recém-nascido

6.1.6. Enfermagem em Saúde Pública I

6.1.7. Fundamentos de Enfermagem

6.1.8. Enfermagem em Saúde Pública II

6.1.9. Trabalho de Conclusão de Curso II

6.2. Artigos publicados

- 6.2.1. Barroso, H. H., Miranda, J. G. V., Cruz, M. J. B., Santos, F. A. & Rodrigues, C. M. Estratégia de saúde familiar no Brasil: análise microbiológica na sala de vacinação. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 1, 2020.

7. Artigos submetidos

- 7.1. Júnior, P. S. de S.; Ribeiro, L. da C. C.; Guedes, H. M.; Lemos, M.; Ferreira, K. E. M. de S.; Cruz, M. J. B. Conhecimento de discentes de um curso de Enfermagem acerca da atenção primária à saúde.

8. Participação em bancas de Trabalho de Conclusão de Curso

- 8.1. “Conhecimento de discentes do curso de enfermagem sobre a atenção primária à saúde”-curso de enfermagem.
- 8.2. “Novembro azul: Um relato de experiência na proporção a saúde do homem no município de Presidente Kubitschek”-curso de enfermagem.
- 8.3. Revisão de literatura: ênfase na educação do farmacêutico para os cuidados do paciente com a doença renal crônica.
- 8.4. Parte I: Estudo exploratório do projeto pedagógico do curso de farmácia com ênfase as disciplinas das ciências farmacêuticas da UFVJM.
- 8.5. Parte II: Estudo exploratório do projeto pedagógico do curso de farmácia com ênfase as disciplinas das ciências farmacêuticas da UFVJM.

9. Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso

- 9.1. Novembro Azul: Um relato de experiência na promoção a saúde do homem no município de Presidente Kubitschek.
- 9.2. Conhecimento dos discentes do curso de enfermagem sobre a atenção primária a saúde.
- 9.3. O impacto da austeridade fiscal na saúde da criança.

10. Atividades de extensão

- 10.1. Rastreamento de acuidade visual na escola com auxílio da escala de Snellen (coordenadora).
- 10.2. Cuidados básicos para manter a voz saudável com auxílio da fonoaudiologia (coordenadora).
- 10.3. Boas práticas para manipulação e higienização dos alimentos (coordenadora) x doenças silenciosas: uma abordagem da ESF (colaboradora)

- 10.4. Outubro rosa na ESF Viver Melhor (colaboradora)
- 10.5. Creche: uma perspectiva para os primeiros socorros (colaboradora).
- 10.6. Agentes Comunitários de Saúde: atualização em Unidades Básicas (colaboradora).
- 10.7. Novembro Azul: capacitando os ACS na Saúde do Homem (colaboradora).
- 10.8. Encontro de mulheres em São Jose da Cacheira (colaboradora).
- 10.9. Bate-papo de meninas (colaboradora).
- 10.10. Relações Interpessoais: uma questão atual (colaboradora).
- 10.11. Atualização em interpretação de exames laboratoriais (colaboradora)
- 10.12. Gestante em foco (colaboradora)

11. Atividades de pesquisa

- 11.1. Conhecimento dos discentes dos cursos da área da saúde sobre APS (coordenadora)

12. Participação em eventos

- 12.1. Semana de enfermagem UFVJM
- 12.2. Semana da Integração UFVJM (avaliadora)

13. Trabalhos apresentados em eventos

- 13.1. Conhecimento dos alunos do curso de enfermagem sobre o financiamento da APS (orientadora).
- 13.2. Estágio da disciplina enfermagem em saúde mental: um relato de experiência em CAPS do município de Diamantina (orientadora).
- 13.3. Resgate da autoestima em gestante (orientadora).
- 13.4. Saúde sexual e higiene pessoal de adolescentes escolares: estratégia de educação (coautora).

ANEXO B-RESULTADOS ADICIONAIS RELATIVOS À COORDENAÇÃO DO CUIDADO PRODUZIDOS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

Foi possível identificar que há associação significativa (valor-p < 0,001) entre os níveis de coordenação do cuidado e as regiões, com a região norte apresentando maior percentual de equipes com baixo nível e a sul com alto nível em todos os instrumentos. Considerando o PMAQ, as regiões Sul e Sudeste exibiram os maiores percentuais de equipes em alto nível de coordenação (62,38% e 59,39%), o norte e o centro-oeste tiveram os maiores valores para o médio (55,43% e 43,31%) e o baixo nível (15,73% e 7,62%) (tabela 1).

Tabela 1-Distribuição de equipes e níveis de coordenação do cuidado, por regiões (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Regiões	Nível de Coordenação						Valor-p*
		Baixo		Médio		Alto		
		N	%	N	%	N	%	
PMAQ	Nordeste	604	4,85%	4815	38,66%	7037	56,49%	<0,001
	Norte	481	15,73%	1695	55,43%	882	28,84%	
	Sudeste	526	4,26%	4444	36,00%	7376	59,74%	
	Sul	253	4,62%	1806	33,00%	3414	62,38%	
	Centro-Oeste	201	7,62%	1142	43,31%	1294	49,07%	
Átlas	Nordeste	777	6,24%	5188	41,65%	6491	52,11%	<0,001
	Norte	545	17,82%	1732	56,64%	781	25,54%	
	Sudeste	638	5,17%	4762	38,57%	6946	56,26%	
	Sul	284	5,19%	1873	34,22%	3316	60,59%	
	Centro-Oeste	236	8,95%	1160	43,99%	1241	47,06%	
Observatório	Nordeste	1306	10,48%	5589	44,87%	5561	44,65%	<0,001
	Norte	814	26,62%	1642	53,70%	602	19,69%	
	Sudeste	1101	8,92%	5238	42,43%	6007	48,66%	
	Sul	526	9,61%	2121	38,75%	2826	51,64%	
	Centro-Oeste	372	14,11%	1251	47,44%	1014	38,45%	

Fonte: Elaboração Própria

*Teste Qui-quadrado

Na comparação dos indicadores entre as regiões, houve diferença significativa (Teste Kruskal-Wallis: valor-p < 0,001) entre as tipologias, ou seja, pelo menos uma região se difere das demais(valor-p < 0,001) entre os instrumentos utilizados (tabela 2). A Sul tem a maior média que as demais e a norte a menor média.

Tabela 2-Comparação dos indicadores de coordenação do cuidado, por regiões (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Região	N	Média	Erro padrão	Q1	Q2	Q3	Valor-p
-------	--------	---	-------	-------------	----	----	----	---------

					(1º quartil)	(mediana)	(3º quartil)	
PMAQ	Centro-Oeste	2637	0,722	0,003	0,640	0,746	0,829	<0,001
	Nordeste	12456	0,743	0,001	0,675	0,768	0,833	
	Norte	3058	0,654	0,003	0,558	0,673	0,763	
	Sudeste	12346	0,753	0,001	0,684	0,779	0,843	
	Sul	5473	0,762	0,002	0,690	0,791	0,859	
Átlas	Centro-Oeste	2637	0,713	0,003	0,626	0,737	0,824	<0,001
	Nordeste	12456	0,730	0,001	0,657	0,755	0,825	
	Norte	3058	0,639	0,003	0,536	0,655	0,750	
	Sudeste	12346	0,742	0,001	0,670	0,768	0,835	
	Sul	5473	0,757	0,002	0,682	0,786	0,857	
Observatório	Centro-Oeste	2637	0,677	0,003	0,570	0,703	0,798	<0,001
	Nordeste	12456	0,701	0,001	0,610	0,729	0,808	
	Norte	3058	0,598	0,003	0,483	0,610	0,725	
	Sudeste	12346	0,714	0,001	0,629	0,742	0,822	
	Sul	5473	0,723	0,002	0,629	0,754	0,842	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Kruskal-Wallis

Ao utilizar o teste de comparações múltiplas de Nemeryi, foi possível verificar que há diferenças significativas (valores-p < 0,001) entre todas as regiões (Tabela 3).

Tabela 3-Comparações múltiplas dos indicadores de coordenação do cuidado, por regiões (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Regiões	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste
PMQ	Nordeste	<0,001			
	Norte	<0,001	<0,001		
	Sudeste	<0,001	<0,001	<0,001	
	Sul	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Átlas	Nordeste	<0,001			
	Norte	<0,001	<0,001		
	Sudeste	<0,001	<0,001	<0,001	
	Sul	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Observatório	Nordeste	<0,001			
	Norte	<0,001	<0,001		
	Sudeste	<0,001	<0,001	<0,001	
	Sul	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Nemenyi

Na Tabela 4 verificou-se associação significativa (valor-p < 0,001) entre os níveis de coordenação do cuidado e os estados. Foi possível identificar que na maior parte dos estados as equipes apresentaram alto nível de coordenação, sendo que Santa Catarina obteve o resultado mais expressivo, tanto para o PMAQ (82,12%), como para o Atlas (81,45%), e

também para o Observatório (73,67%). Já entre os estados que apresentaram o maior percentual de equipes em média coordenação, o Amapá se destacou nos três instrumentos, PMAQ (68,24%), Atlas (72,94%) e Observatório (65,88%). Com relação ao baixo nível o Acre manteve os maiores percentuais, também para os três instrumentos, PMAQ (58,33%), Atlas (63,54%) e Observatório (76,04%) (Tabela 4).

Tabela 4-Distribuição de equipes e níveis de coordenação do cuidado, por estados (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Estados	Nível de Coordenação						Valor-p*
		Baixo		Médio		Alto		
		N	%	N	%	N	%	
PMAQ	AC	112	58,33%	72	37,50%	8	4,17%	<0,001
	AL	24	2,93%	397	48,47%	398	48,60%	
	AM	128	19,75%	367	56,64%	153	23,61%	
	AP	12	7,06%	116	68,24%	42	24,71%	
	BA	106	3,40%	1127	36,16%	1884	60,44%	
	CE	49	2,29%	581	27,12%	1512	70,59%	
	DF	49	37,98%	70	54,26%	10	7,75%	
	ES	71	10,66%	358	53,75%	237	35,59%	
	GO	114	8,46%	685	50,82%	549	40,73%	
	MA	315	18,75%	985	58,63%	380	22,62%	
	MG	157	3,21%	1668	34,08%	3070	62,72%	
	MS	6	1,16%	138	26,59%	375	72,25%	
	MT	32	4,99%	249	38,85%	360	56,16%	
	PA	134	11,68%	689	60,07%	324	28,25%	
	PB	19	1,38%	423	30,65%	938	67,97%	
	PE	28	1,38%	761	37,41%	1245	61,21%	
	PI	38	3,58%	393	37,01%	631	59,42%	
	PR	158	7,69%	857	41,70%	1040	50,61%	
	RJ	89	3,91%	732	32,15%	1456	63,94%	
	RN	10	0,97%	282	27,30%	741	71,73%	
RO	52	16,83%	170	55,02%	87	28,16%		
RR	16	13,79%	61	52,59%	39	33,62%		
RS	83	4,65%	669	37,48%	1033	57,87%		
SC	12	0,73%	280	17,15%	1341	82,12%		
SE	34	5,98%	289	50,79%	246	43,23%		
SP	209	4,64%	1686	37,40%	2613	57,96%		
TO	27	5,67%	220	46,22%	229	48,11%		
Atlas	AC	122	63,54%	62	32,29%	8	4,17%	<0,001
	AL	42	5,13%	423	51,65%	354	43,22%	
	AM	144	22,22%	375	57,87%	129	19,91%	
	AP	13	7,65%	124	72,94%	33	19,41%	

	BA	145	4,65%	1224	39,27%	1748	56,08%	
	CE	63	2,94%	660	30,81%	1419	66,25%	
	DF	53	41,09%	67	51,94%	9	6,98%	
	ES	79	11,86%	366	54,95%	221	33,18%	
	GO	137	10,16%	702	52,08%	509	37,76%	
	MA	372	22,14%	976	58,10%	332	19,76%	
	MG	189	3,86%	1799	36,75%	2907	59,39%	
	MS	8	1,54%	145	27,94%	366	70,52%	
	MT	38	5,93%	246	38,38%	357	55,69%	
	PA	159	13,86%	703	61,29%	285	24,85%	
	PB	26	1,88%	472	34,20%	882	63,91%	
	PE	44	2,16%	847	41,64%	1143	56,19%	
	PI	50	4,71%	435	40,96%	577	54,33%	
	PR	169	8,22%	892	43,41%	994	48,37%	
	RJ	112	4,92%	795	34,91%	1370	60,17%	
	RN	13	1,26%	322	31,17%	698	67,57%	
	RO	52	16,83%	169	54,69%	88	28,48%	
	RR	20	17,24%	62	53,45%	34	29,31%	
	RS	101	5,66%	692	38,77%	992	55,57%	
	SC	14	0,86%	289	17,70%	1330	81,45%	
	SE	48	8,44%	301	52,90%	220	38,66%	
	SP	258	5,72%	1802	39,97%	2448	54,30%	
	TO	35	7,35%	237	49,79%	204	42,86%	
	AC	146	76,04%	41	21,35%	5	2,60%	
	AL	100	12,21%	426	52,01%	293	35,78%	
	AM	193	29,78%	358	55,25%	97	14,97%	
	AP	33	19,41%	112	65,88%	25	14,71%	
	BA	230	7,38%	1369	43,92%	1518	48,70%	
	CE	116	5,42%	778	36,32%	1248	58,26%	
	DF	72	55,81%	49	37,98%	8	6,20%	
	ES	127	19,07%	359	53,90%	180	27,03%	
	GO	214	15,88%	739	54,82%	395	29,30%	
Observatório	MA	539	32,08%	889	52,92%	252	15,00%	<0,001
	MG	365	7,46%	2040	41,68%	2490	50,87%	
	MS	22	4,24%	178	34,30%	319	61,46%	
	MT	64	9,98%	285	44,46%	292	45,55%	
	PA	257	22,41%	671	58,50%	219	19,09%	
	PB	66	4,78%	584	42,32%	730	52,90%	
	PE	119	5,85%	924	45,43%	991	48,72%	
	PI	93	8,76%	520	48,96%	449	42,28%	
	PR	305	14,84%	925	45,01%	825	40,15%	
	RJ	202	8,87%	852	37,42%	1223	53,71%	
	RN	28	2,71%	386	37,37%	619	59,92%	

RO	89	28,80%	147	47,57%	73	23,62%
RR	29	25,00%	61	52,59%	26	22,41%
RS	178	9,97%	809	45,32%	798	44,71%
SC	43	2,63%	387	23,70%	1203	73,67%
SE	81	14,24%	297	52,20%	191	33,57%
SP	407	9,03%	1987	44,08%	2114	46,89%
TO	67	14,08%	252	52,94%	157	32,98%

Fonte: Elaboração Própria.

*Teste Qui-quadrado

Na comparação dos indicadores por estados, o teste de Kruskal-Wallis mostrou que pelo menos um estado difere dos demais (valor-p < 0,001) entre os instrumentos utilizados (Tabela 5).

Tabela 5-Comparação dos indicadores de coordenação do cuidado, por estado (PMAQ-AB). Brasil, 2018.

Dados	Estado	N	Média	Erro padrão	Q1 (1º quartil)	Q2 (mediana)	Q3 (3º quartil)	Valor-p
PMAQ	AC	192	0,475	0,010	0,369	0,464	0,558	<0,001
	AL	819	0,727	0,004	0,654	0,743	0,815	
	AM	648	0,635	0,006	0,541	0,659	0,743	
	AP	170	0,671	0,008	0,602	0,678	0,746	
	BA	3117	0,757	0,002	0,697	0,778	0,841	
	CE	2142	0,780	0,002	0,730	0,801	0,857	
	DF	129	0,554	0,011	0,458	0,545	0,653	
	ES	666	0,680	0,005	0,595	0,709	0,782	
	GO	1348	0,700	0,004	0,618	0,720	0,803	
	MA	1680	0,628	0,004	0,535	0,643	0,739	
	MG	4895	0,762	0,002	0,701	0,788	0,844	
	MS	519	0,799	0,005	0,737	0,823	0,879	
	MT	641	0,739	0,005	0,656	0,772	0,835	
	PA	1147	0,660	0,004	0,574	0,674	0,761	
	PB	1380	0,779	0,003	0,724	0,796	0,852	
	PE	2034	0,768	0,002	0,704	0,784	0,846	
	PI	1062	0,752	0,004	0,695	0,774	0,832	
	PR	2055	0,723	0,003	0,636	0,750	0,829	
	RJ	2277	0,769	0,003	0,688	0,799	0,869	
	RN	1033	0,791	0,003	0,737	0,806	0,858	
	RO	309	0,652	0,009	0,536	0,659	0,772	
	RR	116	0,675	0,012	0,579	0,701	0,776	
	RS	1785	0,750	0,003	0,680	0,771	0,845	
	SC	1633	0,825	0,002	0,780	0,847	0,898	
	SE	569	0,708	0,005	0,633	0,730	0,798	
	SP	4508	0,745	0,002	0,676	0,772	0,835	

Atlas	TO	476	0,732	0,006	0,646	0,745	0,833	
	AC	192	0,458	0,010	0,355	0,442	0,541	
	AL	819	0,709	0,004	0,625	0,724	0,800	
	AM	648	0,616	0,006	0,516	0,639	0,728	
	AP	170	0,650	0,008	0,566	0,663	0,729	
	BA	3117	0,745	0,002	0,682	0,765	0,832	
	CE	2142	0,770	0,002	0,717	0,791	0,850	
	DF	129	0,543	0,011	0,451	0,531	0,633	
	ES	666	0,670	0,005	0,585	0,699	0,773	
	GO	1348	0,688	0,004	0,603	0,704	0,794	
	MA	1680	0,611	0,004	0,511	0,626	0,725	
	MG	4895	0,753	0,002	0,689	0,778	0,839	
	MS	519	0,792	0,005	0,724	0,817	0,874	
	MT	641	0,737	0,005	0,658	0,770	0,840	
	PA	1147	0,644	0,004	0,556	0,655	0,747	<0,001
	PB	1380	0,766	0,003	0,706	0,783	0,842	
	PE	2034	0,754	0,002	0,684	0,768	0,838	
	PI	1062	0,737	0,004	0,675	0,760	0,823	
	PR	2055	0,716	0,003	0,624	0,742	0,825	
	RJ	2277	0,758	0,003	0,672	0,786	0,862	
	RN	1033	0,779	0,003	0,723	0,793	0,851	
	RO	309	0,647	0,009	0,522	0,653	0,776	
	RR	116	0,661	0,013	0,563	0,682	0,763	
	RS	1785	0,743	0,003	0,672	0,768	0,842	
	SC	1633	0,822	0,003	0,776	0,845	0,896	
	SE	569	0,694	0,005	0,612	0,716	0,790	
	SP	4508	0,733	0,002	0,659	0,761	0,825	
Observatório	TO	476	0,717	0,006	0,630	0,727	0,821	
	AC	192	0,394	0,011	0,274	0,375	0,487	
	AL	819	0,674	0,005	0,576	0,692	0,788	
	AM	648	0,580	0,006	0,458	0,593	0,703	
	AP	170	0,616	0,010	0,534	0,635	0,703	
	BA	3117	0,718	0,002	0,644	0,742	0,819	
	CE	2142	0,745	0,003	0,681	0,775	0,839	
	DF	129	0,485	0,013	0,371	0,466	0,586	
	ES	666	0,632	0,006	0,534	0,658	0,754	<0,001
	GO	1348	0,652	0,004	0,559	0,667	0,767	
	MA	1680	0,572	0,004	0,451	0,579	0,695	
	MG	4895	0,722	0,002	0,644	0,750	0,822	
	MS	519	0,760	0,006	0,688	0,789	0,856	
MT	641	0,702	0,006	0,613	0,733	0,814		
PA	1147	0,607	0,004	0,508	0,617	0,725		
PB	1380	0,735	0,003	0,661	0,754	0,831		

PE	2034	0,725	0,003	0,644	0,742	0,822
PI	1062	0,702	0,004	0,627	0,729	0,800
PR	2055	0,679	0,003	0,576	0,707	0,802
RJ	2277	0,730	0,003	0,638	0,763	0,847
RN	1033	0,756	0,004	0,692	0,775	0,833
RO	309	0,601	0,010	0,475	0,612	0,741
RR	116	0,613	0,015	0,496	0,636	0,720
RS	1785	0,706	0,003	0,617	0,725	0,822
SC	1633	0,798	0,003	0,741	0,825	0,886
SE	569	0,665	0,006	0,576	0,686	0,771
SP	4508	0,709	0,002	0,621	0,737	0,814
TO	476	0,670	0,007	0,568	0,678	0,780

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Kruskal-Wallis

Ao utilizar o teste de comparações múltiplas de Nemenyi, observa-se que os níveis de coordenação entre os estados variaram, alguns diferiram entre si e outros não. O estado com maior média foi Santa Catarina e com menor média o Acre, nos três instrumentos.

Considerando o PMAQ, pode-se notar que os Estados do Amapá e Alagoas (valor-p = 0,230); Minas Gerais e Rio de Janeiro (valor-p = 0,960), São Paulo e Paraná (valor-p = 0,157) não apresentaram diferenças significativas, entre outras comparações.

Para o instrumento Atlas, observa-se que Minas Gerais teve desempenho distinto com significância (valores-p < 0,05) dos Estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo.

O Estado do Acre teve escore divergente de todos os outros Estados (valores-p < 0,05), com exceção do Distrito Federal (valor-p = 1,000), tendo em vista apenas o instrumento Observatório.