

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Grau de Integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de  
Serviços de Saúde em Município de Pequeno Porte**

**Ed Wilson Rodrigues Vieira**

**Belo Horizonte**

**2015**

**Ed Wilson Rodrigues Vieira**

**Grau de Integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de  
Serviços de Saúde em Município de Pequeno Porte**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Andréa Gazzinelli

**Belo Horizonte**

**2015**

Vieira, Ed Wilson Rodrigues.  
V658g Grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Serviços de Saúde em município de pequeno porte [manuscrito]. / Ed Wilson Rodrigues Vieira. -- Belo Horizonte: 2015.

142f.: il.

Orientador: Andréa Gazzinelli.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integração de Sistemas. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Estudos de Casos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andréa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 546

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Tese intitulada “*Grau de Integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Serviços de Saúde em Município de Pequeno Porte*”, de autoria do doutorando Ed Wilson Rodrigues Vieira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli – ENF/UFMG (Orientadora)

---

Profa. Dra. Ligia Giovanella – ENSP/FIOCRUZ

---

Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida – DPS/UFF

---

Profa. Dra. Maria José Menezes Brito – ENF/UFMG

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana – ENF/UFMG

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana – ENF/UFMG  
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem/UFMG

Belo Horizonte, 17 de março de 2015.

**Apoio financeiro:**

Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG)  
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

*Dedicatória*

*À minha querida e amada esposa.*

## *Agradecimentos*

*A Deus, que abençoou cada passo dessa jornada.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréia Gazzinelli, pela riqueza das orientações, pela oportunidade concedida e pela amizade. Seus conhecimentos e competência no ensino e pesquisa me permitiram trilhar um crescimento profissional desde o primeiro contato, ainda no Internato Rural.*

*Ao Prof. Dr. Dener Carlos Reis, pela valorosa colaboração na elaboração dos instrumentos de coleta de dados.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patty Fidelis de Almeida e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Magalhães de Mendonça que, como membros da Banca de Qualificação, contribuíram com importantes e enriquecedoras sugestões.*

*Ao Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que possibilitar-me uma pós-graduação de muita qualidade.*

*Aos amigos do grupo de pesquisa pelo companheirismo, trocas de experiências e agradáveis momentos de convivência.*

*Aos gestores, profissionais de saúde e demais atores do sistema de saúde do município de Jequitinhonha pela presteza em compartilhar suas experiências e tempo na realização das entrevistas.*

*À minha querida e amada esposa Rúbia, por conceder-me a honra de dividir sonhos e conquistas.*

*A meu filhinho Joaquim, um grande parceirinho que por horas e horas ficou do meu lado, como uma "sombra" nos muitos momentos em que trabalhei em casa.*

*A minha mãe Corina e a minha irmã Laine, que mesmo distantes vivenciaram esta caminhada. A meu pai Joaquim, sempre presente.*

*À minha família de Contagem, especialmente o Sr. Rubens, a D. Tânia, o Gabriel e a Carol pela amizade, presença e apoio.*

*Aos meus amigos de todas as horas por entenderem as ausências e os frequentes "não posso".*

*Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.*

## RESUMO

Diversos estudos mostram que sistemas de saúde fragmentados não garantem uma atenção oportuna nem de qualidade. Mesmo nos sistemas de saúde de base universal e orientados pela territorialização e coordenação das ações, como no Brasil, esta situação tem sido observada, com uma frágil integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Neste contexto, a integração torna-se uma prioridade e um grande desafio para os sistemas de saúde, com algumas experiências em grandes municípios descritas na literatura. No entanto, é preciso reconhecer que estas não podem ser generalizadas para o conjunto das cidades brasileiras, sobretudo, nos casos de pequenos municípios distantes de grandes centros urbanos, por vezes localizados em verdadeiros vazios assistenciais. Assim, este estudo teve o objetivo de avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde (APS) na RAS em um município de pequeno porte, distante de grande centro urbano e localizado em região pouco desenvolvida economicamente de Minas Gerais. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem quantitativa, baseado na perspectiva da organização de redes integradas de atenção à saúde, com foco na garantia de atenção nos diferentes níveis. Para avaliar o grau de integração foi desenvolvida uma matriz de análise, composta por quatro categorias de análise, 15 critérios e 62 indicadores. Parâmetros pré-estabelecidos permitiram a emissão de juízos de valor: cada indicador analisado recebeu uma pontuação que variou de zero a três pontos. Para responder aos parâmetros dos indicadores, dados foram coletados utilizando questionários estruturados, aplicados a profissionais e gestores do sistema municipal de saúde e também análise de documentos. Para determinar o grau de integração, considerou-se o cálculo obtido pela relação entre o somatório da pontuação observada e a soma da pontuação máxima esperada, multiplicado por 100. A partir do escore alcançado, o grau de integração pôde ser classificado em: sistema integrado (76-100), integração avançada (51-75), incipiente (26-50) e sistema muito fragmentado ( $\leq 25$ ). Como resultado, dos 186 pontos esperados, os indicadores municipais alcançaram 74 (escore 39,8), indicando um grau de integração incipiente entre sua APS e os demais serviços da Rede, evidenciando problemas que refletiram diretamente no acesso aos serviços de média e alta complexidade. Nenhuma das categorias de análise mostrou-se bem incorporada na realidade municipal. A mais bem incorporada foi *Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado* que obteve 61,1% da pontuação em questão. A que apresentou o pior desempenho foi *Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar*, com apenas 30,2% dos pontos distribuídos. Ao final, a matriz de análise elaborada mostrou-se um instrumento capaz de sinalizar a situação municipal no tocante ao cumprimento da integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e poderá orientar gestores na adoção de estratégias que favoreçam a correção de ações rumo à integração.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Integração de Sistemas; Serviços de Saúde; Organização e administração.



## ABSTRACT

Several studies show that fragmented health systems do not ensure a timely attention or quality. Even in universal basic health systems and guided by territorial and coordination of actions, such as in Brazil, this situation has been observed, with a fragile integration of the Health Care Network. In this context, integration becomes a priority and a challenge for health systems, with some experience in large municipalities in the literature. However, we must recognize that they cannot be generalized for all the Brazilian cities, especially in cases of small distant districts of large cities, sometimes located in true assistance empty. This study aimed to assess the degree of integration of the Primary Health Care (PHC) in RAS in a small town, far from major urban center and located in economically developed region bit of Minas Gerais. It is a case study with a quantitative approach, based on the perspective of the organization of integrated networks of health care, focusing on attention to ensuring the different levels. To assess the degree of integration has been developed an analysis matrix consisting of four types of analysis criteria 15 and 62 indicators. Predefined parameters allowed the issue of value judgments: the analyzed indicator received a score ranging from zero to three points. To meet the parameters of the indicators, data were collected using structured questionnaires applied to professionals and managers of municipal health system and also document analysis. To determine the degree of integration, it was considered the calculation obtained by the ratio between the sum of the observed score and the sum of the expected maximum score multiplied by 100. From the score achieved, the degree of integration could be classified as: integrated system (76-100), advanced integration (51-75), incipient (26-50) and very fragmented system ( $\leq 25$ ). As a result, of the 186 anticipated points, municipal indicators reached 74 (score 39.8), indicating a degree of incipient integration between its APS and other Network services, highlighting problems that reflected directly in access to medium and high complexity. None of the categories of analysis proved to be well incorporated into the municipal reality. The best was incorporated First Strengthening Warning level for Care Coordination which obtained 61.1% of the points in question. What had the worst performance was access Specialized Care and Hospital, with only 30.2% of the distributed points. Finally, the elaborate analysis matrix proved to be an instrument capable of signaling the municipal situation regarding the fulfillment of integration between different health care levels and can guide managers to adopt strategies that encourage corrective actions towards integration.

**Key words:** Primary Health Care; Systems integration; Health services; Organization and administration.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.....	26
FIGURA 2 – Município de Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.....	27
FIGURA 3 – Representação do modelo de regionalização da Rede de Atenção à Saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, considerando o município de Jequitinhonha.....	29
QUADRO 1 – Matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde em município de pequeno porte.....	34
QUADRO 2 – Escores e critérios para a interpretação do grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde de um município de pequeno porte.....	42
QUADRO 3 – Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise <i>Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado</i> incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.....	44
QUADRO 4 – Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise <i>Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde</i> incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.....	51
QUADRO 5 – Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise <i>Instrumentos de Integração da Rede de Atenção à Saúde</i> incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.....	56
QUADRO 6 – Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise <i>Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar</i> incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.....	61
GRÁFICO 1 – Percentual de profissionais de saúde que informaram tempo de espera por médico especialista <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> adequado para a resolução dos casos a eles apresentados, de acordo com a disponibilidade da especialidade médica no município. Jequitinhonha, 2012 (n=27).....	64

GRÁFICO 2 – Percentual de profissionais de saúde que consideram o tempo de espera até a realização de exames especializados *Sempre/Na maioria das vezes*, adequado para a condução dos casos a eles apresentado. Jequitinhonha, 2012 (n=27).....65

GRÁFICO 3 – Grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde, segundo categorias de análise, Jequitinhonha, 2012.....67

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Origem dos encaminhamentos para serviços de saúde especializados fora do município. Jequitinhonha, 2012 (n=255).....	54
TABELA 2 – Transferência de informações entre os serviços ou profissionais de saúde (referência e contra-referência), de acordo com profissionais médicos. Jequitinhonha, 2012.....	59
TABELA 3 – Grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CVV: Centro Viva Vida

DP: Desvio Padrão

ESF: Estratégia Saúde da Família

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana, da sigla em inglês.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

OPAS: Organização Pan-americana da Saúde

PDA: Personal Digital Assistant

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF: Programa Saúde da Família

PVV: Programa Viva Vida

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SISREG: Sistema Nacional de Regulação

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SPSS: Statistical Package for Social Science

SUS: Sistema Único de Saúde

TFD: Tratamento Fora do Domicílio

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

WHO: World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
1.1. Objetivo geral.....	16
1.2. Objetivos específicos.....	16
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1. Redes integradas de atenção à saúde.....	17
2.2. Avaliação da integração entre os serviços de saúde.....	21
<b>3. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>26</b>
3.1. Desenho do estudo.....	26
3.2. Local do estudo.....	26
3.3. Coleta de dados.....	29
3.4. <i>Profissionais de saúde e gestores do sistema municipal de saúde</i> .....	30
3.5. <i>Formulários de encaminhamentos para atenção</i> <i>especializada.....</i>	31
3.6. Análise dos dados .....	32
3.7. Aspectos éticos .....	43
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
4.1. Categoria de análise 1: Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado .....	44
4.2. Categoria de análise 2: Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde .....	50

4.3.	Categoria de análise 3: Instrumentos de Integração da Rede de Atenção à Saúde .....	55
4.4.	Categoria de análise 4: Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar .....	60
4.5.	Grau de integração .....	66
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
5.1.	Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado .....	70
5.2.	Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde .....	74
5.3.	Instrumentos de Integração da Rede de Atenção à Saúde .....	77
5.4.	Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar .....	81
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE A – Questionário aplicado a profissionais médicos e enfermeiros.....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE B – Questionário aplicado a gestores do sistema municipal de saúde.....</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>140</b>
	<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais.....</b>	<b>141</b>

## INTRODUÇÃO

A busca por integração vem se tornando uma prioridade e um dos grandes desafios para enfrentar o complexo cenário de fragmentação que enfraquece muitos Sistemas de Saúde (LI *et al.*, 2011; NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS, 2010; 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1996). Decorrente do contexto de fragmentação dos sistemas de saúde está parte importante dos problemas relacionados à qualidade da atenção, ao acesso aos serviços de saúde e à ineficiência na utilização de recursos (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; JUNOY, 2002; OPAS, 2010).

Sistemas de saúde fragmentados são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção isolados e “incomunicados” uns dos outros (MENDES, 2011a; OPAS, 2011b). Neles, a APS não se comunica fluidamente nem se articula com os demais níveis de atenção, os sistemas de apoio e logísticos funcionam desvinculados da APS e a atenção é fundamentalmente provida de forma reativa, episódica e centrada na doença (OPAS, 2011b). Quando fragmentados, os sistemas de saúde não transmitem credibilidade, tanto para gestores quanto para usuários, além de mostrarem-se ineficientes quanto à garantia de uma atenção oportuna e de qualidade (CONILL, 2007; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; OPAS, 2010).

A superação da fragmentação tem sido defendida, em vários países, por meio da estratégia de redes integradas de atenção à saúde (LI *et al.*, 2011; OPAS, 2010; 2011a). Reconhece-se que a organização dos serviços de saúde em uma rede integrada possibilita uma atenção de melhor qualidade, contínua e integral, com menor custo e mais direcionada às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; STARFIELD, 2002). A estruturação em rede tem sido apontada como mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários (KRINGOS *et al.*, 2010).

Em países europeus, reformas voltadas à integração entre os níveis de atenção vêm sendo implantadas desde a década de 1990, focando,



principalmente, no fortalecimento do primeiro nível de atenção (CONILL; FAUSTO, 2009; DAVEY *et al.*, 2005; GIOVANELLA, 2006; GLENDINNING, 2003; RICO; SALTMAN, 2002). Na América Latina essas reformas são ainda incipientes, mas, aos poucos, tem sido possível observar movimentos de reformulação da Atenção Primária à Saúde (APS) apoiados pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (ALMEIDA *et al.*, 2010; MENDES, 2011a; OPAS, 2007; 2011a). No Brasil, apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas duas décadas, pode-se dizer que ainda não foi, de fato, construído um sistema integrado de saúde que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado (DELFINI; REIS, 2012; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; OPAS, 2011b; ROSA *et al.*, 2009). Há, ainda, muito por fazer para garantir a integração dos serviços de saúde e a constituição de um sistema de saúde mais funcional.

Apesar de não constituir um tema novo nas discussões sobre a organização da atenção à saúde e sua importância para a efetivação do modelo assistencial já ser reconhecida, as dificuldades para a integração efetiva impõem uma real demanda por mais estudos de avaliação sobre o tema. No cenário nacional as pesquisas ainda são poucas e, em geral, desenvolvidas em grandes centros urbanos (ALMEIDA *et al.*, 2010; DELFINI; REIS, 2012; ROSA *et al.*, 2009). Contudo, é preciso reconhecer que os resultados destes estudos não podem ser generalizados para o conjunto das cidades brasileiras, sobretudo no caso de pequenos municípios.

Ocorre que municípios pequenos, que representam a maioria dos municípios brasileiros, em geral, não possuem em seus territórios, uma oferta suficiente de serviços de saúde de diferentes níveis de atenção. Tais municípios permanecem, na maioria das vezes, com a gestão da atenção básica, mas afastados do gerenciamento dos demais níveis de atenção (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). Refletindo a carência de serviços especializados nestes municípios, em Minas Gerais, entre os 10 municípios que mais solicitaram teleconsultorias especializadas em saúde em 2012, nove tinham uma população menor que 20.000 habitantes (MARCOLINO *et al.*, 2014). Além do porte do município, naqueles com maior índice de pobreza e mais afastados de grandes centros há maior carência de serviços especializados (MARCOLINO *et al.*, 2014).

Ainda que, pelas suas características, mesmo que em diferentes formatos, os serviços de atenção primária estejam presentes na totalidade dos municípios brasileiros, há a necessidade de garantir uma rede de serviços especializados que os dê o suporte adequado levando a uma melhor qualidade e maior resolutividade. É justamente quando se necessita de maior densidade tecnológica, como nas especialidades médicas e nos serviços de diagnósticos, que a importância das redes integradas aparece de um modo mais evidente. Destaca-se que as competências sobre quais tipos de serviços um município deve possuir em razão de seu porte econômico, social e demográfico não são claras nem precisas (SANTOS; ANDRADE, 2011). Sabidamente, as competências de municípios de pequeno porte diferem daquelas de municípios com número maior de moradores e, muitas vezes, moradores de municípios pequenos certamente precisarão de serviços de saúde que somente encontrarão em outros municípios.

Neste contexto, entendendo-se que as dificuldades para os pequenos municípios podem ser diferentes e, por vezes, maiores, questiona-se: qual o grau de integração da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em um município de pequeno porte?

O desenvolvimento de pesquisas com o foco na integração da APS na RAS tem importância não só pela contemporaneidade do tema, como também por poder contribuir para a melhoria da integração. Ao chamar a atenção para a integração, pretende-se contribuir para o seu aprimoramento no processo de construção de sistemas municipais de saúde melhor integrados às redes de atenção.

Com a avaliação da integração da APS na RAS, o estudo preocupa-se, a partir de seus resultados, em oferecer elementos para melhorá-la. Certamente contribuirá, também, para a reflexão e o debate sobre o tema e, sobremaneira, para a reflexão sobre os elementos necessários para a melhor integração, principalmente por trazer a questão para os pequenos municípios, bem como fornecer subsídios para a avaliação.

## **1. Objetivos**

### **1.1. Objetivo geral**

Avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde em um município de pequeno porte.

### **1.2. Objetivos específicos**

- Descrever as articulações entre a APS e a RAS em um município de pequeno porte.
- Analisar o fortalecimento do primeiro nível de atenção para a coordenação do cuidado em um município de pequeno porte.
- Analisar a organização dos fluxos para a atenção à saúde em um município de pequeno porte.
- Analisar os instrumentos de integração da Rede de Atenção à Saúde em um município de pequeno porte.
- Analisar o acesso à atenção especializada e hospitalar em um município de pequeno porte.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Redes integradas de atenção à saúde**

A proposta de redes de atenção à saúde é quase centenária. Foi apresentada pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, com o objetivo de buscar novas formas de organização do sistema de saúde inglês depois da Primeira Guerra Mundial (OPAS, 1964). O relatório propunha, já naquela época, uma nova organização que tinha como base a coordenação entre a medicina preventiva e a curativa. Mais recentemente, a partir dos anos 90, em função da crise da saúde nos países desenvolvidos, a proposta ganhou maior destaque (MENDES, 2011a; OPAS, 2011b). Em 2010 a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento indicando as redes de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde em seus países membros (OPAS, 2010).

No Brasil, em dezembro de 2010, a Portaria Ministerial Nº 4.279 passou a estabelecer as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Mas, esse tema esteve presente, de forma explícita ou não, na agenda da reforma sanitária brasileira desde o início, pois, conforme determina a constituição, o SUS deve se organizar em redes (BRASIL, 1988). Portanto, considerando este ponto de vista, pode-se considerar que as redes de atenção no SUS são, antes de tudo, um dispositivo constitucional. Entretanto, apesar dos avanços, pode-se dizer que as redes de atenção no Brasil ainda estão distantes do desejável (SANTOS; ANDRADE, 2011). Assim, o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde tem ocupado posição de destaque na agenda do SUS.

É importante destacar a discussão semântica quanto à denominação das redes de ações e serviços de saúde; se devem ser denominadas de redes de assistência ou de atenção à saúde ou de serviços de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011). Neste trabalho utilizaremos principalmente a denominação Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Conceitualmente, Rede de Atenção à Saúde:

É a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária (SANTOS; ANDRADE, 2011, p. 37).

Rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, pois requer a adoção de elementos que deem sentido ao entrelaçamento de ações e processos (SANTOS; ANDRADE, 2011). Devem ser arranjos organizativos poliárquicos de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que objetivem garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011a).

A Rede pode ser organizada de modo a combinar a concentração de certos serviços com a dispersão de outros, pois todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram seus objetivos, diferenciando-os apenas pelas diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010a; OPAS, 2010; WHO, 2008). Serviços de menor densidade tecnológica, como os de atenção primária, devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais e equipamentos de imagem devem estar concentrados (WHO, 2000).

A perspectiva de RAS tem como representação nuclear um sistema de saúde integrado, pois a rede deve estar integrada e garantir uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica (MENDES, 2011a). Entende-se que sem integração não há redes (SANTOS; ANDRADE, 2011). A integração de todos os elementos de uma rede (integração funcional, clínica, de cuidados e sistêmica) é o que a torna capaz de operar de forma sustentável (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001). Por isso, uma rede deve buscar sempre a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com a provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia e eficiência (BRASIL, 2010).

A integração dos serviços das redes, sejam elas organizadas por especialidades, por nível de atenção, por ciclo de vida ou por outros critérios, deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços (SANTOS; ANDRADE, 2011). Deve produzir economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evitar a duplicidade de serviços e a desnecessária repetição de exames e procedimentos (SANTOS; ANDRADE, 2011). Deve, ainda, melhorar a qualidade de vida das pessoas usuárias e os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde (ROSEN; HAM, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o significado de integração pode ser resumido como: a organização e gestão dos serviços de saúde para que as pessoas recebam os cuidados de que necessitam, quando necessitem, com facilidade para a utilização e com a garantia dos resultados desejados (WHO, 2008). A integração é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2001). Significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000). Deve consistir em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Requer estreita coordenação entre os profissionais e serviços em uma perspectiva de complementaridade e envolve a articulação de tarefas assistenciais nos diversos campos e de funções de gestão e de apoio (planejamento e programação, sistema de informação, formação e capacitação) (WHO, 1996). Ainda, sistemas integrados, caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização por uma atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (WHO, 1996).

O conceito de integração de serviços de saúde remete ao de integralidade, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em

face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Ter redes significa, na prática, ter a possibilidade de integralidade e, por outro lado, sem uma rede de serviços integrada, não será possível garantir a integralidade da atenção à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

As discussões sobre os sistemas integrados de atenção à saúde não são recentes. Já nas décadas de 1950 e 1960, a Organização Mundial de Saúde organizou estudos com o objetivo de revisar experiências globais relacionadas à oferta de cuidados “verticais” e “integrados” (WHO, 1996). Recentemente, tais discussões se tornaram mais frequentes, devido ao aumento nos custos da atenção à saúde e ao reconhecimento de que a meta Saúde para Todos no Ano 2000, um dos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas, não poderia ser alcançada sem melhorias na integração dos sistemas de saúde (WHO, 1978; 2008). No Brasil, o debate em torno da busca por integração ganhou maior ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede, uma estratégia fundamental para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2010).

São amplas as melhorias que se pode esperar da integração entre os serviços de saúde, sobretudo à medida que a atenção se fará mais completa e responderá melhor aos problemas crônicos (BROWNE *et al.*, 2004; LI *et al.*, 2011; JUNOY, 2002). Desde meados da década de 1950 acredita-se que a assistência à saúde integrada seja mais sustentável, eficiente e conveniente para os usuários, sendo um meio de alcançar maior acesso aos cuidados e melhor equidade, particularmente em situações de escassez de recursos (WHO, 1996).

A organização do sistema de serviços de saúde em uma rede integrada fundamenta-se na compreensão de que a atenção primária deva constituir a sua base e funcionar efetivamente como o primeiro nível de atenção (CONILL, 2007; MENDES, 2011a; OPAS, 2010). Para garantir a legitimidade desta organização, ainda que suas práticas correspondam ao primeiro nível de

atenção, o conjunto de serviços de APS deve constituir-se como um núcleo organizador e integrador da Rede com as ações de promoção, prevenção e recuperação, assegurando a coordenação dos cuidados (BRASIL, 2010; CONILL, 2007; OPAS, 2011a). Ao mesmo tempo em que se faz necessário qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado deve-se organizar os pontos de atenção especializada, integrados e intercomunicantes, com capacidade de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e de fornecer aos usuários do SUS uma resposta adequada (MENDES, 2011a).

A concretização desse ideal de um sistema integrado, sem barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção, com a garantia de uma atenção que ultrapasse, de fato, as fronteiras municipais, com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora com princípios sólidos, tem se mostrado de difícil realização. No caso brasileiro, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde da população e o SUS, o que envolverá a consolidação das RAS. Somente com um Sistema de Atenção à Saúde integrado será possível responder, com efetividade, eficiência, segurança e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011a).

## **2.2. Avaliação da integração entre os serviços de saúde**

Mesmo que considerado um importante problema, a avaliação da integração entre serviços de saúde é um tema ainda escassamente abordado na literatura. Apesar de muitos sistemas de saúde terem abordagens que objetivam promover a integração apenas alguns têm tentado medi-la (BROWNE *et al.*, 2004).

As dificuldades no processo de avaliação da integração são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. As várias definições e os numerosos mecanismos propostos para solucionar o problema, contribuem para a falta de uniformidade para se medir a integração.

Avaliar implica atribuir valor, fazer um juízo (GIOVANELLA *et al.*, 2002; MALTA; NETO. 2007). Entretanto, para avaliar a integração, ainda não estão



claramente estabelecidos os critérios sobre os quais se determinará esse valor e tampouco os objetos que serão valorizados.

Tipicamente, no processo de desenvolvimento de medidas existem duas fases: a de conceitualização e a de operacionalização (SOFAER; KRELING; CARMEL, 2000). Entre as razões para a primeira fase, está o fato de que pode não haver clareza ou consenso sobre o significado dos termos envolvidos na avaliação. Reforçando a ideia da primeira fase, cientistas sociais acreditam ser impossível, ou pelo menos um equívoco, tentar medir algo que não possa ser claramente definido (SOFAER; KRELING; CARMEL, 2000). Já a operacionalização envolve a especificação detalhada das ações, ou operações, necessárias para mensurar um conceito de maneira válida e confiável.

No processo de avaliação, para a construção de julgamentos, ou juízo de valor, que são declarações sobre o mérito do objeto da avaliação, sua validade e seu significado, há diversos caminhos. Pode-se afirmar que os julgamentos são formados quando as descobertas e interpretações são comparadas com um ou mais padrões selecionados para avaliação (ALVES *et al.*, 2010).

A construção deste juízo de valor e seus condicionantes possui muita relevância no discurso dos avaliadores, uma vez que a etapa de valoração tem sido considerada uma das mais importantes no processo avaliativo. O julgamento se dará, normalmente, a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial, que poderá ser os objetivos iniciais de um projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais (ALVES *et al.*, 2010).

De forma geral, as respostas às perguntas avaliativas, que constituem os julgamentos esperados, poderão ser observadas mediante critérios e indicadores em comparação com parâmetros ou padrões encontrados, sendo esta, uma condição necessária para a avaliação (ALVES *et al.*, 2010). São esses quesitos que permitirão não apenas descrever, mas realizar um julgamento sobre o objeto da avaliação – no caso do presente estudo, a integração da APS na RAS.

A definição de critérios, entendidos como elementos que permitirão emitir um juízo, é fundamental para delimitar com clareza que aspectos serão enfocados na avaliação (ALVES *et al.*, 2010; GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Alguns estudos não fazem distinção entre critérios e indicadores, tratando-os indistintamente como aspectos considerados na avaliação. Há também aqueles que os referem como variáveis. Mas, conceitualmente, o critério é definido como um componente ou aspecto da estrutura de um serviço/sistema de saúde, processo ou resultado, utilizado para mensurar o que está sendo avaliado (ALVES *et al.*, 2010; MEDINA *et al.*, 2008). Quando não possibilitam uma tradução em termos numéricos, é possível uma interpretação qualitativa.

Quanto ao indicador, está empiricamente conectado ao critério, podendo ser definido como uma medida ou fator quantitativo ou qualitativo, que busca representar um meio simples e confiável de medir a ocorrência de um fenômeno (ALVES *et al.*, 2010). Mas, se isolados, não serão capazes de prover um quadro conclusivo acerca do desempenho dos serviços de saúde, sendo necessária a definição de conjuntos de indicadores relevantes para conduzir uma determinada avaliação (MEDINA *et al.*, 2008).

O ciclo completo de uma metodologia de avaliação, além da seleção de critérios e indicadores implica em estipular padrões de cumprimento, definindo formas de medição e parâmetros correspondentes. Por definição, o parâmetro é uma especificação precisa do nível de um critério ou indicador que conferirá qualidade em um grau determinado para julgar o objeto avaliado (MEDINA *et al.*, 2008). Mas os parâmetros para o processo de avaliação nem sempre se encontram objetivamente estabelecidos e a forma de medi-los pode variar.

Para algumas ações e serviços, existem parâmetros técnico-científicos que poderão ser utilizados como padrões, a exemplo da cobertura vacinal. Em outras situações em que não existem parâmetros técnico-científicos, o estabelecimento de padrões pode ser feito por meio da análise de séries históricas de indicadores, pela adoção do valor dos indicadores já utilizados para outras populações, por meio de consenso entre especialistas ou do conhecimento científico já disponível (ALVES *et al.*, 2010; MEDINA *et al.*, 2008).

Em uma avaliação, os critérios, indicadores e padrões, quando dispostos em matrizes, poderão auxiliar na análise e na interpretação das informações e, até mesmo, no planejamento da coleta dos dados, dos instrumentos, das técnicas de análise, da organização e apresentação dos mesmos (ALVES *et al.*, 2010). Estas matrizes, na metodologia científica recebem o nome de

matrizes de análise. Contudo, são encontradas na literatura sobre a avaliação de serviços de saúde sob diferentes denominações: matriz de avaliação (BRASIL, 2009; LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004), matriz de medidas (MEDINA *et al.*, 2008) matriz de indicadores e critérios (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) e matriz de dimensões (VIACAVA *et al.*, 2004) e tantas outras. Há casos também em que se utiliza unicamente a denominação matriz (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

O conceito de matriz, na matemática, está bem definido e trata de tabelas de números reais, dispostos em linhas e colunas, utilizadas em quase todos os ramos da ciência e possibilitam operações lógicas diversas. No campo da avaliação em saúde, as matrizes são utilizadas para além das operações matemáticas, como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção, em parte ou no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízo de valor e podem incluir informações não numéricas (ALVES *et al.*, 2010).

É sabido que a integração entre os serviços de saúde não se apresenta como uma variável dicotômica. Entre um sistema totalmente fragmentado e uma rede totalmente integrada, há níveis de integração diferenciados (BROWNE *et al.*, 2004; MENDES, 2011a). Por isso, não é uma tarefa fácil, nem simples, estabelecer os limites entre os diferentes estágios de integração entre os serviços de saúde. A esse respeito, é possível encontrar na literatura proposta de avaliação das redes de atenção à saúde que vão desde uma situação de total fragmentação dos serviços até uma situação de completa integração, definindo diferentes níveis de integração (BROWNE *et al.*, 2004; MENDES, 2011a; OPAS, 2010). Acima de tudo, é fundamental utilizar uma metodologia de avaliação da integração que possa servir como linha de base e, depois, periodicamente, verificar se o grau de integração está se movendo em que direção: estabilidade, involução ou evolução (MENDES, 2011a).

### 3. MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso (YIN, 2010) que adotou como referencial analítico a perspectiva da organização de redes integradas de atenção à saúde. O eixo central da análise foi o da garantia de atenção à saúde em todos os seus diferentes níveis de densidades tecnológicas.

#### 3.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Jequitinhonha, localizado no Vale do Jequitinhonha, região nordeste de Minas Gerais. A respeito do Estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, possui uma extensão territorial de 586.529 Km<sup>2</sup> e 853 municípios. Suas regiões apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. A do Vale do Jequitinhonha figura entre as que concentram maior parte dos municípios com condições socioeconômicas menos favoráveis (FIG. 1).



FIGURA 1 – Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Mesorregi%C3%A3o\\_do\\_Jequitinhonha](http://pt.wikipedia.org/wiki/Mesorregi%C3%A3o_do_Jequitinhonha).

As desigualdades regionais do Estado têm reflexos semelhantes na área da saúde. Juntamente com a região Norte, o Vale do Jequitinhonha apresenta as maiores carências e os mais baixos indicadores de saúde, além de menor concentração de serviços de saúde, equipamentos e recursos humanos especializados (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O município de Jequitinhonha, localizado a 672 km da capital do estado (FIG. 2), possui 3.514 km<sup>2</sup> de extensão territorial e 24.131 habitantes, determinando uma baixa densidade demográfica (6,87 habitantes por Km<sup>2</sup>) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2014) com áreas rurais, onde vivem 29,3% da população, muito afastadas do centro urbano. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,615, considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Ainda, em relação ao IDH municipal, ocupa a posição 729<sup>a</sup>, quando comparado aos 853 municípios do Estado. A renda per capita média dos moradores é de R\$376,03 e a extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$70,00) atinge 11,33% dos moradores (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2014).

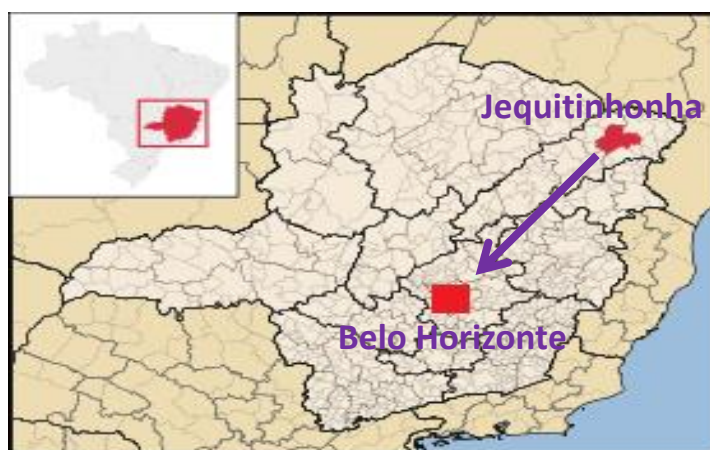


FIGURA 2 – Município de Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.  
Adaptado de: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Jequitinhonha>

O município foi selecionado para este estudo pelo fato de estar inserido em uma macrorregional de saúde com baixos índices de resolubilidade (MALACHIAS *et al.*, 2011) e ser local de desenvolvimento de outros estudos do grupo de pesquisa ao qual este está relacionado. Cabe esclarecer que, índice

de resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar de uma população em sua própria região.

Em relação aos serviços de saúde, no período deste estudo o município possuía sete unidades básicas de saúde operadas no modelo da Estratégia Saúde da Família. Nestas sete unidades de saúde atuavam oito equipes, sendo seis na zona urbana e duas na zona rural. Possuía um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, para a atenção hospitalar, dispunha de um hospital filantrópico com regime de gestão privada. O hospital oferecia 84 leitos para internações de baixa a média complexidade, atendimentos de urgência e apoio diagnóstico (raios-X e exames laboratoriais básicos). Ainda para diagnóstico laboratorial, contava com outro laboratório privado prestador de serviços ao município.

Diferentemente de muitos outros municípios de pequeno porte, o sistema municipal de saúde Jequitinhonha oferece consultas médicas em algumas especialidades e realiza alguns exames de média complexidade. A demanda por serviços de média e alta complexidade não atendida pelo município é encaminhada para outros municípios obedecendo à Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Minas Gerais.

No que se refere aos serviços especializados, o município estava inserido em uma configuração de Rede de Atenção à Saúde regionalizada determinada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, pertencendo à Microrregião de Saúde de Almenara e à Macrorregião Nordeste (Teófilo Otoni) (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010) (FIG. 3). Porém, na prática, a grande maioria dos pacientes de alta complexidade, e boa parte daqueles de média complexidade, eram encaminhados para atendimentos na Macrorregião Centro, que tem a capital do Estado como cidade polo. Isso acontecia porque nem a Macrorregião nem a Microrregião ofereciam todos os serviços necessários à suas populações.

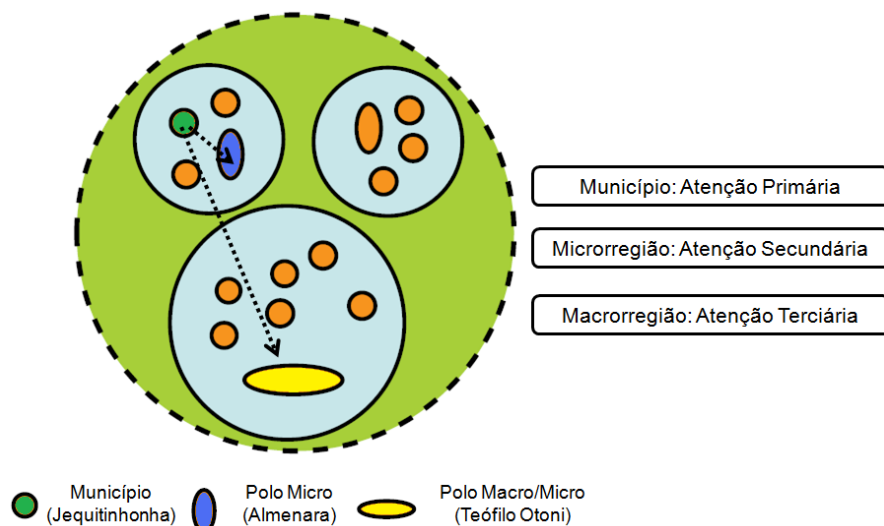


FIGURA 3 – Representação do modelo de regionalização da Rede de Atenção à Saúde, de acordo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, considerando o município de Jequitinhonha. (Adaptado de Mendes, 2011a).

No município havia uma unidade do Centro Viva Vida (CVV), que é um serviço para atenção ambulatorial secundária do Programa Estadual de Redução da Mortalidade Infantil e Materna. Inaugurado em 2010, este serviço oferecia atendimentos com médicos especialistas mediante demandas materna e infantil de toda a microrregião de saúde. As especialidades oferecidas eram: angiologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia, mastologia, oftalmologia e pediatria. Para os pacientes que necessitavam de tratamento especializado não disponível no município, o acesso se dava pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio.

### 3.3. Coleta de dados

Os procedimentos de pesquisa incluíram coleta e análise de dados secundários, mediante análise documental, utilizando encaminhamentos para a atenção especializada. Ainda para a coleta de dados, questionários estruturados foram aplicados a médicos e enfermeiros dos serviços públicos de saúde do município e a gestores do sistema municipal de saúde.

### **3.3.1. Profissionais de saúde e gestores do sistema municipal de saúde**

Todos os profissionais médicos e enfermeiros que atuavam em serviços públicos de saúde no município e gestores do sistema municipal de saúde foram convidados para responderem ao questionário. Como critério de inclusão, adotou-se o seguinte: estar há, pelo menos, seis meses no cargo ou na função. Assim, garantiu-se que os sujeitos da pesquisa conheçam a realidade do município.

A aplicação dos questionários estruturados ocorreu no período de julho de 2011 a julho de 2012 (APÊNDICES A e B). Dos 31 profissionais que atendiam ao critério de inclusão, um médico da atenção hospitalar se recusou a participar do estudo e dois médicos especialistas e um enfermeiro do CAPS não foram encontrados em nenhuma das cinco viagens ao município para a coleta de dados. Assim, participaram deste estudo 27 profissionais de saúde: 11 da APS (seis enfermeiros e cinco médicos) e 16 da atenção especializada e hospitalar (cinco enfermeiros e 11 médicos). Quanto aos gestores, responderam ao questionário, o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador da Atenção Básica e o responsável pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Os questionários elaborados partiram da matriz de análise e foram adaptados a cada tipo de informante, após serem submetidos a um pré-teste em outro município. No questionário aplicado aos profissionais de saúde, além das perguntas para a identificação, foram abordados: tempo de espera por consultas especializadas, cirurgias eletivas e resultados de exames diagnósticos básicos e especializados; tempo de espera até o início do acompanhamento dos pacientes por profissionais que atuam no apoio às equipes de APS; transferência de informações sobre pacientes entre os serviços ou profissionais (referência e contra-referência); serviço de saúde procurado rotineiramente pela população para o primeiro atendimento; avaliação dos encaminhamentos para a atenção especializada; e influência de mecanismos informais no acesso à atenção especializada. O questionário aos gestores abordou: estrutura organizacional e administrativa para a regulação de serviços de saúde; processos de avaliação e planejamento; propriedade dos prestadores de serviços de saúde especializados; oferta de serviços; registros de saúde e tecnologia de informação; regulação dos serviços; percurso do



paciente para acesso à atenção especializada; porta de entrada; capacidade resolutive da APS; instrumentos de integração dos serviços de saúde; mecanismos de referência e contra-referência; priorização e influência de mecanismos informais nos agendamentos para serviços especializados; lista de espera; abstenção aos procedimentos agendados; e demanda e oferta de serviços especializados.

Os questionários foram aplicados pelo pesquisador principal e por alunos de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) previamente capacitados. Antes do início das entrevistas para a aplicação dos questionários foram explicados os objetivos do estudo e a garantia do anonimato. O sigilo das informações e a participação voluntária foram garantidos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Após a coleta dos dados foi realizada digitação dupla dos questionários com posterior pareamento no programa Epi Info versão 3.5.3 para identificação e correção de erros, inconsistências e falta de informações.

### ***3.3.2. Formulários de encaminhamentos para atenção especializada***

Todos os 263 formulários de encaminhamentos para a atenção especializada fora do município que aguardavam agendamento na Central Municipal de Marcação de Consultas e Procedimentos em julho de 2011 foram considerados para o estudo. Foram excluídos oito encaminhamentos por apresentarem informações ilegíveis. Portanto, para este estudo, foram considerados 255 encaminhamentos: 152 para consultas com médicos especialistas, 95 para exames especializados e oito para cirurgias eletivas.

Inicialmente, os encaminhamentos foram identificados, de modo que cada um recebeu um código numérico, único e sequencial. Após a identificação, foram analisados quanto a: 1) tipo de encaminhamento; 2) serviço de saúde solicitante; 3) preenchimento dos campos para justificativa do encaminhamento e; 4) hipótese diagnóstica ou diagnóstico inicial;. A partir de então, estes encaminhamentos foram acompanhados durante seis meses (até janeiro de 2012) pelo pesquisador para identificação do agendamento (data e local da consulta, exame ou cirurgia).

A coleta foi feita pelo pesquisador principal e alunos de pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG previamente capacitados, utilizando equipamentos eletrônicos (*Personal Digital Assistant – PDA*). Os dados coletados foram transferidos para o computador ao final de cada dia de trabalho de campo a fim de verificar e corrigir dados faltantes ou incorretos. Posteriormente, realizou-se uma nova verificação dupla dos dados, para garantir a qualidade das informações. Antes do início da coleta de dados nos encaminhamentos houve autorização da Secretaria Municipal de Saúde para o estudo.

### **3.4. Análise dos dados**

Todos os dados resultantes da coleta foram codificados e computados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 15.0. Para a operacionalização do conceito e análise quantitativa do grau de integração, foi elaborada uma matriz de análise, operacionalizada mediante a definição de categorias de análises, critérios, indicadores e parâmetros. Para sua formulação, inicialmente, partiu-se de uma lista ampla de critérios que, foram reduzidos a 15, por se mostrarem mais adequados, com base em publicações científicas de avaliação em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BERGA; TALAYERO, 1997; BERNABÉ, 2003; BOERMA, 2007; BROWNE *et al.*, 2004; CONILL, 2007; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; DELFINI; REIS, 2012; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006; GÉRVAS; RICO, 2005; 2006; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; GIOVANELLA *et al.*, 2002; GLENDINNING, 2003; MENDES, 2011a; b; PROENÇA *et al.*, 2003; ROSEN; HAM, 2009) e em recomendações técnicas e legislações (BRASIL, 2002a; b; 2003; 2006; 2010; 2011a; b; 2012a; b; 2013; OPAS, 2010; 2011a; b; WHO, 1996; 2008). No processo de redução da lista de critérios, levou-se em conta a relevância, a disponibilidade de informações, a possibilidade de registro, a confiabilidade da informação e a facilidade de verificação. Uma vez que, para alguns critérios, estabeleceu-se mais de um indicador, ao final foram 62 indicadores de integração.

Parâmetros estabelecidos para cada um dos indicadores permitiram a emissão de juízos de valor: cada indicador analisado recebeu uma pontuação que variou de zero a três pontos. De um modo geral, o valor zero sinaliza a não existência do que está sendo avaliado no indicador; o valor um, a existência do que está sendo avaliado, mas com um funcionamento básico ou incipiente; o valor dois, a existência do que está sendo avaliado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas ainda insuficiente; e o valor três indica existência do que está sendo avaliado em funcionamento de forma ótima. Para os indicadores avaliados em percentuais, adotou-se o valor zero quando o observado foi menor que 25%, o valor um quando igual ou maior que 25%, mas menor que 50%; o valor dois quando igual ou maior que 50%, mas menor que 75%; e o valor três quando igual ou maior que 75% (QUADRO 1).

QUADRO 1

Matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde em município de pequeno porte.

(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: FORTALECIMENTO DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
<p><b>1A.</b> Capacidade resolutiva nos serviços de primeiro nível de atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BERNABÉ, 2003; GÉRVAS; RICO, 2005; 2006; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006)</p>	<p>Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção que consideram que o tempo de espera até a realização de exames diagnósticos básicos (listados abaixo), por eles solicitados, é <i>Sempre/Na maioria das vezes</i>, adequado para a condução dos casos.</p>	<p><b>0 ponto:</b> se &lt; 25%;  <b>1 ponto:</b> se = 25% e &lt; 50%;  <b>2 pontos:</b> se = 50% e &lt; 75%;  <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.</p>
	<b>1Aa.</b> Análise de escarro	
	<b>1Ab.</b> Eletrocardiografia simples	
	<b>1Ac.</b> Urinálise	
	<b>1Ad.</b> Hemograma	
	<b>1Ae.</b> Mamografia	
	<b>1Af.</b> Parasitológico de fezes	
	<b>1Ag.</b> Radiografia simples (raios-X)	
	<b>1Ah.</b> Sorologias para as doenças virais mais comuns	
	<b>1Ai.</b> Provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico da atenção primária	
	<b>1Aj.</b> Coleta de amostras para exames laboratoriais rotineiramente solicitados nos serviços de atenção primária	<p><b>0 ponto:</b> não é realizada nos serviços de APS;  <b>1 ponto:</b> é realizada nos serviços de APS, mas em um único dia da semana;  <b>2 pontos:</b> é realizada nos serviços de APS na maioria dos dias da semana;  <b>3 pontos:</b> é realizada diariamente nos serviços de APS.</p>

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: FORTALECIMENTO DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
<p><b>1B.</b> Equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção (ALMEIDA <i>et al.</i>, 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2011b; 2012b; CONILL, 2007; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006)</p>	<p><b>1Ba.</b> Equipe multiprofissional que atue de forma integrada com o primeiro nível de atenção</p>	<p><b>0 ponto:</b> não há equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção;  <b>1 ponto:</b> há equipe(s) multiprofissional(is), mas atua(am) assumindo o atendimento de grupos específicos;  <b>2 pontos:</b> há equipe(s) multiprofissional(is) que atua(am) como referências, mas sem discussões clínicas compartilhadas;  <b>3 pontos:</b> há equipe(s) multiprofissional(is) que atua(am) como referências e participa (am) de discussões clínicas compartilhadas.</p>
<p><b>1C.</b> O primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2002; 2003; 2006; 2010; 2011a; b; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006)</p>	<p><b>1Ca.</b> Funcionamento do primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências</p>	<p><b>0 ponto:</b> não há tolerância para consultas não agendadas;  <b>1 ponto:</b> há tolerância para consultas não agendadas, mas sem acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco;  <b>2 pontos:</b> há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco em determinado período do horário de funcionamento do serviço;  <b>3 pontos:</b> há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco durante todo o horário de funcionamento do serviço.</p>

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
<b>2A.</b> Organização da porta de entrada pela APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003)	<b>2Aa.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideraram que <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> os indivíduos procuram primeiramente os serviços de APS para o primeiro atendimento	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.
<b>2B.</b> Percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERNABÉ, 2003)	<b>2Ba.</b> Percentual de encaminhamentos para serviços de saúde especializados que tem origem nos serviços de APS	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.
<b>2C.</b> Primeira instância regulatória (BRASIL, 2011b)	<b>2Ca.</b> APS responsável pela marcação/agendamento de serviços de atenção especializada a partir de critérios de priorização preestabelecidos	<b>0 ponto:</b> a APS não é responsável pela marcação/agendamento para serviços de atenção especializada; <b>1 ponto:</b> a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada, sem aplicar critérios de priorização preestabelecidos; <b>2 pontos:</b> a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos; <b>3 pontos:</b> a APS é responsável pela marcação/agendamento para todos os serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos.

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
<b>2D.</b> Controle do fluxo para acesso à atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; GIOVANELLA <i>et al.</i> , 2002).	<b>2Da.</b> Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados	<b>0 ponto:</b> não há; <b>1 ponto:</b> há análise não sistemática de alguns encaminhamentos; <b>2 pontos:</b> há análise sistemática da maioria dos encaminhamentos; <b>3 pontos:</b> há análise sistemática de todos os encaminhamentos.
	<b>2Db.</b> Monitoramento das filas ou listas de espera para a atenção especializada e hospitalar	<b>0 ponto:</b> não há; <b>1 ponto:</b> há, mas de um modo não sistemático; <b>2 pontos:</b> há de um modo sistemático, mas sem reavaliação periódica dos casos; <b>3 pontos:</b> há de um modo sistemático e com reavaliação periódica dos casos.
	<b>2Dc.</b> Monitoramento das abstenções aos agendamentos para serviços de atenção especializada e hospitalar	<b>0 ponto:</b> não há; <b>1 ponto:</b> há, mas de um modo não sistemático; <b>2 pontos:</b> há de um modo sistemático, mas sem estratégia para a reocupação da vaga; <b>3 pontos:</b> há de um modo sistemático e com estratégia para a reocupação da vaga.
	<b>2Dd.</b> Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência.	<b>0 ponto:</b> não há fluxos formalizados; <b>1 ponto:</b> há fluxos formalizados, mas com muita influência de mecanismos informais; <b>2 pontos:</b> há fluxos formalizados com pouca influência de mecanismos informais; <b>3 pontos:</b> há fluxos formalizados sem a influência de mecanismos informais.

CATEGORIA DE ANÁLISE 3: INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
<b>3A.</b> Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; MENDES, 2011b)	<b>3Aa.</b> Central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	<b>0 ponto:</b> não existe; <b>1 ponto:</b> existe, mas não disponibiliza acesso <i>on-line</i> às unidades de APS; <b>2 pontos:</b> existe, mas disponibiliza acesso <i>on-line</i> somente a algumas unidades de APS; <b>3 pontos:</b> existe e disponibiliza acesso <i>on-line</i> a todas as unidades de APS.
<b>3B.</b> Protocolos assistenciais (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERGA; TALAYERO, 1997; BERNABÉ, 2003; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; GIOVANELLA <i>et al.</i> , 2002)	<b>3Ba.</b> Protocolos assistenciais que considerem classificação de risco e vulnerabilidade, que integrem e estabeleçam claramente as atribuições de cada categoria profissional, que estabeleçam a programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas.	<b>0 ponto:</b> não existem; <b>1 ponto:</b> existem, mas restritos ao primeiro nível de atenção; <b>2 pontos:</b> existem e são compartilhados, mas apenas entre a APS e os serviços especializados da rede municipal de saúde; <b>3 pontos:</b> existem e são compartilhados entre a APS e serviços especializados da rede municipal e de outros prestadores.
<b>3C.</b> Transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERGA; TALAYERO, 1997; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; ROSEN; HAM, 2009)	<b>3Ca.</b> Percentual de médicos que fornecem informações escritas <i>Sempre</i> quando o paciente é referenciado para outros serviços	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.
	<b>3Cb.</b> Percentual de médicos especialistas que <i>Sempre</i> recebem informações escritas quando o paciente é referenciado de outros serviços	
	<b>3Cc.</b> Percentual de médicos especialistas que <i>Sempre</i> enviam contra-referência após avaliarem o paciente.	
	<b>3Cd.</b> Percentual de médicos que <i>Sempre</i> recebem contra-referência após consultas do paciente com especialista	



(Continua)

CATEGORIA DE ANÁLISE 3: INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
	<b>3Ce.</b> Percentual de formulários para encaminhamentos a serviços especializados que apresentam todos os campos para informações preenchidos	
<b>3D.</b> Seguimento de pacientes após internações hospitalares (BERNABÉ, 2003; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007)	<b>3Da.</b> Percentual de médicos e enfermeiros da APS que recebem relatório de alta hospitalar <i>Sempre</i> após internação dos usuários	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
<b>4A.</b> Acesso à consultas médicas especializadas (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010)	Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera para consultas médicas especializadas (especialidades listadas abaixo) <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> adequado para a condução dos casos	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.
	<b>4Aa.</b> Cardiologia	
	<b>4Ab.</b> Ginecologia	
	<b>4Ac.</b> Neurologia	
	<b>4Ad.</b> Oftalmologia	
	<b>4Ae.</b> Ortopedia	
	<b>4Af.</b> Pediatria	
	<b>4Ag.</b> Psiquiatria	

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
	<b>4Ah.</b> Urologia <b>4Ai.</b> Dermatologia <b>4Aj.</b> Endocrinologia <b>4Al.</b> Gastroenterologia <b>4Am.</b> Infectologia <b>4An.</b> Mastologia <b>4Ao.</b> Nefrologia <b>4Ap.</b> Oncologia <b>4Aq.</b> Otorrinolaringologia <b>4Ar.</b> Pneumologia <b>4As.</b> Proctologia <b>4At.</b> Reumatologia	
<b>4B.</b> Acesso à serviços de apoio à diagnose (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERNABÉ, 2003)	Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera até a realização de exames especializados (listados abaixo) <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , adequado para a condução dos casos. <b>4Ba.</b> Anátomo e citopatologia <b>4Bb.</b> Cintilografia <b>4Bc.</b> Ecocardiograma	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR		
CrITÉRIOS	Indicadores	Parâmetros
	<b>4Bd.</b> Eletrocardiografia de esforço <b>4Be.</b> Endoscopia digestiva <b>4Bf.</b> Radiografia (raios-X) com contraste <b>4Bg.</b> Ressonância magnética <b>4Bh.</b> Tomografia computadorizada <b>4Bi.</b> Ultrassonografia clínica	
<b>4C.</b> Articulação entre os serviços de APS e serviços de urgência e emergência (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERNABÉ, 2003;)	<b>4Ca.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideram que as tentativas de transferências de pacientes atendidos no Posto de Saúde para o pronto-atendimento (hospital), em casos de urgências, são <i>Sempre</i> exitosas.	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.
<b>4D.</b> Acesso aos serviços de atenção hospitalar (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010)	<b>4Da.</b> Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera até a realização de cirurgias eletivas <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , adequado para a condução dos casos. <b>4Db.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras da rede municipal de saúde que consideram que as gestantes <i>Sempre</i> conseguem assistência hospitalar ao parto no município <b>4Dc.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras da rede municipal de saúde que consideram que as gestantes de alto risco <i>Sempre</i> conseguem transferências para atenção ao parto em unidades de referência	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.

APS: Atenção Primária à Saúde.

A partir da matriz de análise, para determinar o grau de integração da APS na RAS, considerou-se o cálculo obtido pela relação entre o somatório da pontuação observada e a soma da pontuação máxima esperada, multiplicado por 100. A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de integração em quatro categorias que permitiram identificá-lo como um contínuo, situando-o entre um sistema muito fragmentado e um sistema integrado (QUADRO 2).

QUADRO 2.  
Escore e critérios para a interpretação do grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde de um município de pequeno porte.

ESCORE	INTERPRETAÇÃO
76 a 100	Sistema integrado
51 a 75	Integração avançada
26 a 50	Integração incipiente
0 a 25	Sistema muito fragmentado

Este sistema de escores e interpretação foi baseado no método de avaliação do estágio de desenvolvimento da(s) rede(s) de atenção à saúde proposto por Mendes (2011a).

Promoveu-se a análise descritiva dos dados, classificando os indicadores quanto ao alcance dos parâmetros, e o município, quanto ao grau de integração. Variáveis numéricas foram expressas por suas frequências simples. Todos os indicadores foram considerados com o mesmo nível de importância para a emissão de juízo de valor. Mas, tem-se a clareza que os mesmos não apresentam importâncias iguais, por serem constitutivos do conceito de integração trabalhado.

Avaliou-se também, separadamente, as diferentes categorias de análise, para apontar quais estavam mais bem incorporadas na realidade municipal. Para tal, considerou-se o percentual de pontos obtidos em cada categoria de análise. Toda a análise foca a integração a partir do no âmbito municipal, examinando, para isso, a organização e os processos de gestão vigentes no sistema municipal de saúde como um todo, não se ocupando dos processos de assistência na esfera dos serviços nem dos programas específicos.

### **3.5. Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o parecer nº ETIC 0174.0.203.000-10 (ANEXO A) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **4. RESULTADOS**

A apresentação dos resultados foi estruturada, com base nas categorias de análise. Na sequência será apresentado o resultado do grau de integração.

### **4.1. Categoria de análise 1: Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado**

Nesta categoria de análise foram considerados três critérios: 1) capacidade resolutiva nos serviços de primeiro nível de atenção; 2) equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção; e 3) o primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências. Para estes critérios foram estabelecidos 12 indicadores que possibilitaram o máximo de 36 pontos na matriz de análise. A pontuação obtida pelo município chegou a 22 pontos, ou seja, 61,1% da pontuação máxima esperada. O detalhamento dos parâmetros observados e dos pontos atribuídos aos indicadores em questão pode ser observado no QUADRO 3.

QUADRO 3

Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise *Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado* incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
1A. Capacidade resolutiva nos serviços de primeiro nível de atenção	Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção que consideram que o tempo de espera até a realização de exames diagnósticos básicos (listados abaixo), por eles solicitados, é <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> adequado para a condução dos casos (n=27).			
	1Aa. Análise de escarro	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	2	66,67%
	1Ab. Eletrocardiografia simples		3	91,67%
	1Ac. Urinálise		2	50,00%
	1Ad. Hemograma		2	58,33%
	1Ae. Mamografia		2	66,67%
	1Af. Parasitológico de fezes		2	58,33%
	1Ag. Radiografia simples (raios-X)		3	91,67%
	1Ah. Sorologias para as doenças virais mais comuns		0	0,00%
	1Ai. Provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico da APS		<b>0 ponto:</b> nenhum tipo de exame; <b>1 ponto:</b> somente exames laboratoriais básicos; <b>2 pontos:</b> exames laboratoriais básicos e de média complexidade; <b>3 pontos:</b> exames básicos, de média e alta complexidade.	3

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
	<b>1Aj.</b> Coleta de amostras para exames laboratoriais rotineiramente solicitados nos serviços de atenção primária	<b>0 ponto:</b> não é realizada nos serviços de APS; <b>1 ponto:</b> é realizada nos serviços de APS, mas em um único dia da semana; <b>2 pontos:</b> é realizada nos serviços de APS na maioria dos dias da semana; <b>3 pontos:</b> é realizada diariamente nos serviços de APS.	<b>0</b>	Não é realizada nos serviços de APS.
<b>1B.</b> Equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção	<b>1Ba.</b> Equipe multiprofissional que atue de forma integrada com o primeiro nível de atenção	<b>0 ponto:</b> não há equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção; <b>1 ponto:</b> há equipe(s) multiprofissional(is), mas atua(am) assumindo o atendimento de grupos específicos; <b>2 pontos:</b> há equipe(s) multiprofissional(is) que atua(am) como referências, mas sem discussões clínicas compartilhadas; <b>3 pontos:</b> há equipe(s) multiprofissional(is) que atua(am) como referências e participa (am) de discussões clínicas compartilhadas.	<b>2</b>	Há equipe multiprofissional que atua como referências, mas sem discussões clínicas compartilhadas.



(Conclusão)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
<b>1C.</b> O primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências	<b>1Ca.</b> Funcionamento do primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências	<b>0 ponto:</b> não há tolerância para consultas não agendadas; <b>1 ponto:</b> há tolerância para consultas não agendadas, mas sem acolhimento a partir de critérios pré-definidos para classificação de risco e vulnerabilidade; <b>2 pontos:</b> há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco em determinado período do horário de funcionamento do serviço; <b>3 pontos:</b> há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco durante todo o horário de funcionamento do serviço.	<b>1</b>	Há tolerância para consultas não agendadas, mas sem acolhimento a partir de critérios pré-definidos para classificação de risco e vulnerabilidade.

Para o primeiro critério, *capacidade resolutiva nos serviços de primeiro nível de atenção*, adotou-se três indicadores. Dentre eles, avaliou-se a capacidade diagnóstica dos serviços de APS. Para isso considerou-se o percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção que consideram o tempo de espera até a realização de exames diagnósticos básicos, por eles solicitados, *Sempre/Na maioria das vezes* adequado para a condução dos casos. Como exames diagnósticos básicos, foram incluídos, análise de escarro, eletrocardiografia simples, hemograma completo, mamografia, parasitológico de fezes, radiografia simples (raios-X), sorologias e urinálise. Os resultados mostraram que a capacidade diagnóstica da APS encontrava-se boa apenas nos casos que demandavam eletrocardiografia e radiografia simples, pois, somente nestes casos, para mais de 90,0% dos médicos e enfermeiros, o tempo de espera foi considerado *Sempre/Na maioria das vezes* adequado. Para os casos que necessitavam de análise de escarro, mamografia, hemograma, parasitológico de fezes e urinálise, a capacidade diagnóstica foi apenas razoável. Já para a condução de casos que necessitavam de exames sorológicos, todos os profissionais entrevistados consideraram que o tempo de espera nunca era adequado.

Ainda sobre a capacidade resolutiva nos serviços de primeiro nível de atenção, o catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente pelos médicos da atenção primária mostrou-se amplo, sendo possível realizar até solicitações de exames de Alto Custo, como por exemplo, tomografia computadorizada. Dos 86 formulários de encaminhamentos para a realização de tomografia computadorizada acompanhados na Central Municipal de Marcação de Consultas e Procedimentos, 10 (11,63%) partiram de profissionais médicos da APS.

Por último, para o primeiro critério considerou-se como indicador o processo de coletas de amostras para exames laboratoriais rotineiramente solicitados nos serviços de APS. Constatou-se que as coletas de amostras não eram realizadas nos próprios serviços de atenção primária, sendo, o usuário, o responsável por comparecer com a solicitação do exame na Secretaria Municipal de Saúde para a autorização. Depois de autorizado, o usuário deveria procurar o laboratório indicado para agendar a coleta do material a examinar e retornar ao laboratório outras duas vezes para coletar a amostra e

finalmente para buscar os resultados. Talvez, decorrente desse processo burocratizado para acesso aos exames laboratoriais básicos, centenas de laudos de exames não eram retirados pelos usuários nos laboratórios.

No segundo critério investigou-se a disponibilidade de equipe multiprofissional para apoio integrado ao primeiro nível de atenção. Constatou-se que a gestão municipal de saúde utilizava a estratégia de contratação de fisioterapeutas e de alguns médicos especialistas para atuarem como referências aos serviços de atenção primária. A respeito dos médicos especialistas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) mantinha contratos com um neurologista e um ortopedista, com atendimentos mensalmente, um urologista quinzenalmente, dois ginecologistas, um oftalmologista, um cardiologista e um pediatra semanalmente. Em números, havia até mais médicos especialistas na rede municipal de saúde do que médicos de família. Mas, quanto ao modelo das atividades de apoio desenvolvido, não existiam discussões clínicas nem atendimentos compartilhados. Atuavam apenas como referências para interconsultas.

Foi observado ainda que mudanças frequentes no quadro de profissionais médicos era realidade no cenário estudado. Nos serviços de atenção básica as mudanças se mostraram mais frequentes, sendo que, metade dos médicos deste nível de atenção atuava no município há menos de um ano. Quanto aos especialistas, o número de médicos que atuava há menos de um ano representou pouco menos de um terço (27,3%).

Quanto ao papel dos serviços do primeiro nível de atenção na rede de atenção às urgências, terceiro e último critério dessa categoria de análise, observou-se que havia uma recomendação da SMS quanto à tolerância para consultas não agendadas, mas não havia acolhimento sistemático a partir de critérios pré-definidos para assistir à demanda espontânea, o que certamente facilitaria a captação dos casos de urgências e emergências. Apesar da recomendação da SMS, não havia uma estratégia única e formalizada, ficando as ações a critério de cada equipe.

#### **4.2. Categoria de análise 2: Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde**

Nesta segunda categoria de análise, *Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde*, foram considerados quatro critérios: 1) organização da porta de entrada pela APS; 2) percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada; 3) primeira instância regulatória; e 4) controle do fluxo de pacientes para serviços especializados. Na matriz de análise, a pontuação obtida pelo município chegou a sete pontos, 33,33% da pontuação máxima esperada (21 pontos). O detalhamento dos parâmetros observados e dos pontos atribuídos aos indicadores pode ser verificado no QUADRO 4.

QUADRO 4

Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise *Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde* incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
<b>2A.</b> Organização da porta de entrada pela APS	<b>2Aa.</b> Percentual de médicos e enfermeiros do serviço de primeiro nível de atenção e dos serviços de urgência que consideram que <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> os indivíduos procuram primeiramente os serviços de APS para o primeiro atendimento (n=14)	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	<b>3</b>	85,71%
<b>2B.</b> Percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada	<b>2Ba.</b> Percentual de encaminhamentos para serviços de saúde especializados que tem origem nos serviços de APS (n=255)	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	<b>3</b>	77,65%
<b>2C.</b> Primeira instância regulatória	<b>2Ca.</b> APS responsável pela marcação/agendamento de serviços de atenção especializada a partir de critérios de priorização preestabelecidos	<b>0 ponto:</b> a APS não é responsável pela marcação/agendamento para serviços de atenção especializada; <b>1 ponto:</b> a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada, sem aplicar critérios de priorização preestabelecidos; <b>2 pontos:</b> a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de	<b>1</b>	A APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada, sem aplicar critérios de priorização;

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
		atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos; <b>3 pontos:</b> a APS é responsável pela marcação/agendamento para todos os serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos.		
2D. Controle do fluxo para acesso à atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência.	2Da. Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados	<b>0 ponto:</b> não há; <b>1 ponto:</b> há análise não sistemática de alguns encaminhamentos; <b>2 pontos:</b> há análise sistemática de alguns encaminhamentos; <b>3 pontos:</b> há análise sistemática de todos os encaminhamentos.	0	Não há.
	2Db. Monitoramento das filas ou listas de espera para a atenção especializada e hospitalar	<b>0 ponto:</b> não há; <b>1 ponto:</b> há, mas de um modo não sistemático; <b>2 pontos:</b> há de um modo sistemático, mas sem reavaliação periódica dos casos; <b>3 pontos</b> há de um modo sistemático e com reavaliação periódica dos casos.		

(Conclusão)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
	<b>2Dc.</b> Monitoramento das abstenções aos agendamentos para serviços de atenção especializada e hospitalar	<b>0 ponto:</b> não há; <b>1 ponto:</b> há, mas de um modo não sistemático; <b>2 pontos:</b> há de um modo sistemático, mas sem estratégia para a reocupação da vaga; <b>3 pontos:</b> há de um modo sistemático e com estratégia para a reocupação da vaga.	<b>0</b>	Não há.
	<b>2Dd.</b> Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência.	<b>0 ponto:</b> não há fluxos formalizados; <b>1 ponto:</b> há fluxos formalizados, mas com muita influência de mecanismos informais; <b>2 pontos:</b> há fluxos formalizados com pouca influência de mecanismos informais; <b>3 pontos:</b> há fluxos formalizados sem a influência de mecanismos informais.	<b>0</b>	Não há.

O primeiro indicador desta categoria de análise confirmou que a atenção primária exercia o papel de porta de entrada, tendo em vista que para 85,7% dos profissionais médicos e enfermeiros dos serviços de APS e hospitalar entrevistados, as unidades básicas de saúde eram *Sempre/Na maioria das vezes* procuradas pelos usuários para o primeiro atendimento. Provavelmente, como um reflexo da organização da porta de entrada, o percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada acontecia por meio de encaminhamentos dos serviços de primeiro nível de atenção (TAB. 1).

TABELA 1  
Origem dos encaminhamentos para serviços de saúde especializados fora do município. Jequitinhonha, 2012 (n=255).

	Frequência	%
Equipes de Saúde da Família	198	77,65
Serviços de atenção secundária/hospitalar localizados no município	26	10,20
Serviços de atenção secundária/hospitalar localizados fora do município	31	12,16
Total	255	100,00

No terceiro critério, *primeira instância regulatória*, constatou-se que a APS era responsável pelas marcações e agendamentos para alguns serviços de atenção especializada, porém, sem aplicar critérios de priorização. De modo mais específico, nos casos em que a atenção especializada seria prestada na unidade do Centro Viva Vida localizada no município, a APS era a responsável pelas marcações seguindo critérios de encaminhamentos preestabelecidos pelo Programa, mas sem priorizações segundo as necessidades. Nos casos de consultas com especialistas e realização de exames especializados na rede municipal de saúde, não havia uniformidade entre as unidades de APS quanto ao processo de agendamento. Algumas unidades registravam os nomes dos pacientes na fila de espera, por especialidade e tipo de exame, em cadernos de registros. Em outras, não havia nenhum tipo de registro. Nos casos de encaminhamentos para tratamento fora do município pelo programa de TFD, o próprio usuário era o responsável por entregar a solicitação na Central Municipal de Marcação, sem passar por avaliação com critérios para a



priorização. Após o agendamento da solicitação, o comunicado era feito, em geral, diretamente pela central de marcação ao usuário, sem o conhecimento do serviço de APS. Dessa forma, notou-se que o primeiro nível de atenção não exercia, de fato, a função de centro das informações e da comunicação.

No critério *controle do fluxo para acesso à atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência*, os questionários com gestores e profissionais de saúde revelaram não haver monitoramento de filas de espera para a atenção especializada, muito menos reavaliação periódica dos casos à espera por esse tipo de atendimento. De igual modo, o índice de abstenção aos agendamentos não era monitorado. Também, os encaminhamentos para os serviços especializados não passavam por avaliação sistemática ao darem entrada na central de marcação. Ainda, não foi referido pelos profissionais e gestores a existência de fluxos formalizados para acesso à atenção hospitalar.

#### **4.3. Categoria de análise 3: Instrumentos de Integração da Rede de Atenção à Saúde**

Os critérios utilizados na terceira categoria de análise foram: 1) sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados; 2) protocolos assistenciais; 3) transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde; e 4) seguimento de pacientes após internações hospitalares. Para estes critérios foram estabelecidos oito indicadores, que possibilitaram o máximo de 24 pontos. A pontuação obtida pelo município chegou a 10 pontos, 41,6 % da pontuação máxima esperada. O detalhamento dos parâmetros observados e dos pontos atribuídos aos indicadores pode ser verificado no QUADRO 5.

QUADRO 5

Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise *Instrumentos de Integração da Rede de Atenção à Saúde* incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
<p><b>3A.</b> Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados</p>	<p><b>3Aa.</b> Central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados</p>	<p><b>0 ponto:</b> não existe;  <b>1 ponto:</b> existe, mas não disponibiliza acesso <i>on-line</i> às unidades de APS;  <b>2 pontos:</b> existe, mas disponibiliza acesso <i>on-line</i> somente a algumas unidades de APS;  <b>3 pontos:</b> existe e disponibiliza acesso <i>on-line</i> a todas as unidades de APS.</p>	<p>1</p>	<p>Existe, mas não disponibiliza acesso <i>on-line</i> às unidades de APS.</p>
<p><b>3B.</b> Protocolos assistenciais</p>	<p><b>3Ba.</b> Protocolos assistenciais que considerem classificação de risco e vulnerabilidade, que integrem e estabeleçam claramente as atribuições de cada categoria profissional, que estabelecem a programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas.</p>	<p><b>0 ponto:</b> não existem;  <b>1 ponto:</b> existem, mas restritos ao primeiro nível de atenção;  <b>2 pontos:</b> existem e são compartilhados, mas apenas entre a APS e os serviços especializados da rede municipal de saúde;  <b>3 pontos:</b> existem e são compartilhados entre a APS e serviços especializados da rede municipal e de outros prestadores.</p>	<p>0</p>	<p>Não existem</p>

(Conclusão)

<b>3C.</b> Transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde	<b>3Ca.</b> Percentual de médicos que fornecem informações escritas <i>Sempre</i> quando o paciente é referenciado para outros serviços (n=16)	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	<b>3</b>	87,50%
	<b>3Cb.</b> Percentual de médicos especialistas que <i>Sempre</i> recebem informações escritas quando o paciente é referenciado de outros serviços (n=11)		<b>1</b>	36,36%
	<b>3Cc.</b> Percentual de médicos especialistas que <i>Sempre</i> enviam contra-referência após avaliarem o paciente (n=11)		<b>3</b>	75,00%
	<b>3Cd.</b> Percentual de médicos que <i>Sempre</i> recebem contra-referência após consultas do paciente com especialista (n=16)		<b>0</b>	0,00
	<b>3Ce.</b> Percentual de encaminhamentos a serviços especializados que apresentam todos os campos para informações preenchidos		<b>2</b>	60,80%
<b>3D.</b> Seguimento de pacientes após internações hospitalares	<b>3Da.</b> Percentual dos profissionais da APS que recebem relatório de alta hospitalar <i>Sempre</i> após internação dos usuários	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	<b>0</b>	8,33%

No primeiro critério desta categoria de análise, que considerou o sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados, identificou-se a implantação de uma central de marcação de consultas e exames especializados. Contudo, analisando o seu funcionamento, não disponibilizava acesso *on-line* às unidades de APS, onde era geradas a maior parte das referências aos serviços especializados. Ademais, esta central funcionava como organizadora da oferta especializada sob gestão do município, sendo responsável pela distribuição de vagas entre os serviços de atenção primária. No segundo critério constatou-se que não existiam e nem estavam em fase de desenvolvimento protocolos assistenciais.

Transferência de informações sobre os pacientes entre os profissionais de saúde foi o terceiro critério desta categoria de análise. A esse respeito, a maioria dos médicos (87,5%) disse fornecer *Sempre* informações escritas como referência ao profissional especialista. Um contraponto é que apenas 36,4% dos profissionais especialistas disseram *Sempre* receber a referência com informações escritas. Por outro lado, apesar de a maioria dos especialistas (75,0%) terem relatado *Sempre* enviarem a contra-referência escrita, nenhum médico entrevistado disse *Sempre* recebê-la (TAB. 2).

TABELA 2  
Transferência de informações sobre pacientes entre serviços ou profissionais de saúde (referência e contra-referência), de acordo com profissionais médicos. Jequitinhonha, 2012.

	n (%)
Fornecimento de informações escritas (por médicos da APS e especialistas) quando o paciente é referenciado a outros serviços (n = 16)	
Sempre	14 (87,50)
Recebimento de informações escritas (por médicos especialistas) quando o paciente é referenciado de outros serviços (n = 11)	
Sempre	4 (36,36)
Fornecimento de contra-referência escrita (por médicos especialistas) após consultarem o paciente (n = 8).	
Sempre	6 (75,0)
Recebimento de contra-referência escrita (por médicos da APS e especialista) após consultas do paciente com especialista (n = 15)	
Sempre	0 (0,00)
Na maioria das vezes	1 (6,67)

Nota: APS (Atenção Primária à Saúde).

A respeito da adequação da informação sobre o paciente compartilhada entre os serviços de diferentes níveis de atenção, constatou-se que somente 60,8% dos formulários de encaminhamentos a serviços especializados de fora do município continham os campos de informações clínicas totalmente preenchidas, segundo o modelo de encaminhamento. Vale ressaltar que a grande maioria (90,5%) apresentava a hipótese diagnóstica ou o diagnóstico inicial preenchido, o que pode certamente facilitar a continuidade da assistência entre diferentes níveis de atenção.

Avaliando o seguimento longitudinal do paciente após internações hospitalares, último critério, constatou-se que o fluxo de informações entre a atenção hospitalar e a atenção primária não é favorável à integração. Os profissionais da atenção primária informaram não receber relatório de alta hospitalar, sumário de alta ou outro comunicado formal após as internações dos usuários, mesmo tendo ocorrido no próprio município. Em casos de internações em outros municípios, a situação foi relativamente melhor, mas,

muito distante do ideal, pois somente 36,4% dos profissionais da APS disseram receber *Sempre* informações por escrito após o paciente receber alta.

#### **4.4. Categoria de análise 4: Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar**

Os critérios utilizados nesta categoria de análise foram: 1) acesso às consultas médicas especializadas; 2) acesso aos serviços de apoio à diagnose; 3) Articulação entre os serviços de APS e serviços de urgência e emergência; e 4) acesso aos serviços de atenção hospitalar. Foram estabelecidos 32 indicadores para responder a estes critérios, que possibilitaram o máximo de 96 pontos. A pontuação recebida pelo município chegou a 29 pontos, 30,21% do total. O detalhamento dos parâmetros e pontos atribuídos aos indicadores pode ser verificado no QUADRO 6.

QUADRO 6

Detalhamento dos parâmetros observados e da pontuação atribuída aos indicadores e critérios da categoria de análise *Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar* incluída na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
4A. Acesso às consultas médicas especializadas	Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera para consultas médicas especializadas (especialidades listadas abaixo) <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> adequado para a condução dos casos	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.		
	4Aa. Cardiologia		2	66,60%
	4Ab. Ginecologia		3	88,80%
	4Ac. Neurologia		1	40,70%
	4Ad. Oftalmologia		1	44,40%
	4Ae. Ortopedia		2	55,50%
	4Af. Pediatria		3	84,60%
	4Ag. Psiquiatria		2	70,30%
	4Ah. Urologia		2	70,30%
	4Ai. Dermatologia		0	0,00%
	4Aj. Endocrinologia		0	3,70%
	4Al. Gastroenterologia		0	7,40%
	4Am. Infectologia		0	7,40%
4An. Mastologia	2	62,90%		

(Continua)

Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação obtida	Observado
	4Ao. Nefrologia		0	7,40%
	4Ap. Oncologia		2	30,70%
	4Aq. Otorrinolaringologia		0	0,00%
	4Ar. Pneumologia		0	0,00%
	4As. Proctologia		0	3,70%
	4At. Reumatologia		0	0,00%
4B. Acesso aos serviços de apoio à diagnose	Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera até a realização de exames especializados (listados abaixo) <i>Sempre/Na maioria das vezes, adequado para a condução dos casos.</i>	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.		
	4Ba. Anátomo e citopatologia		1	37,00%
	4Bb. Cintilografia		0	0,00%
	4Bc. Ecocardiograma		1	29,60%
	4Bd. Eletrocardiografia de esforço		1	29,60%
	4Be. Endoscopia digestiva		1	33,30%
	4Bf. Radiografia (raios-X) com contraste		0	3,70%
	4Bg. Ressonância magnética		0	0,00%
	4Bh. Tomografia computadorizada		0	0,00%
	4Bi. Ultrassonografia clínica		1	37,00%



(Conclusão)

<b>Crítérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Observado</b>
<b>4C.</b> Articulação entre os serviços de APS e serviços de urgência e emergência	<b>4Ca.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que referiram que as tentativas de transferências de pacientes atendidos no Posto de Saúde para o pronto-atendimento (hospital), em casos de urgências, são <i>Sempre</i> exitosas.	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	<b>0</b>	14,29%
<b>4D.</b> Acesso aos serviços de atenção hospitalar	<b>4Da.</b> Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera até a realização de cirurgias eletivas <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , adequado para a condução dos casos,	<b>0 ponto:</b> se < 25%; <b>1 ponto:</b> se = 25% e < 50%; <b>2 pontos:</b> se = 50% e < 75%; <b>3 pontos:</b> se ≥ 75%.	<b>0</b>	19,20%
	<b>4Db.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras da rede municipal de saúde que afirmaram que as gestantes <i>Sempre</i> conseguem assistência hospitalar ao parto no município		<b>3</b>	100,0%
	<b>4Dc.</b> Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras da rede municipal de saúde que afirmaram que as gestantes de alto risco <i>Sempre</i> conseguem transferências para atenção ao parto em unidades de referência		<b>1</b>	33,33%

Analisando o acesso às consultas médicas especializadas, primeiro critério desta categoria, constatou-se que a ampliação da oferta com a contratação de médicos especialistas pela gestão municipal de saúde e com a implantação do Centro Viva Vida pelo Governo do Estado na Microrregião refletiu no acesso, pois, em se tratando de especialidades médicas oferecidas localmente, o acesso se mostrou melhor. A esse respeito, o tempo de espera foi mais adequado para a resolução dos casos quando a especialidade era ofertada no próprio município (GRAF. 1).

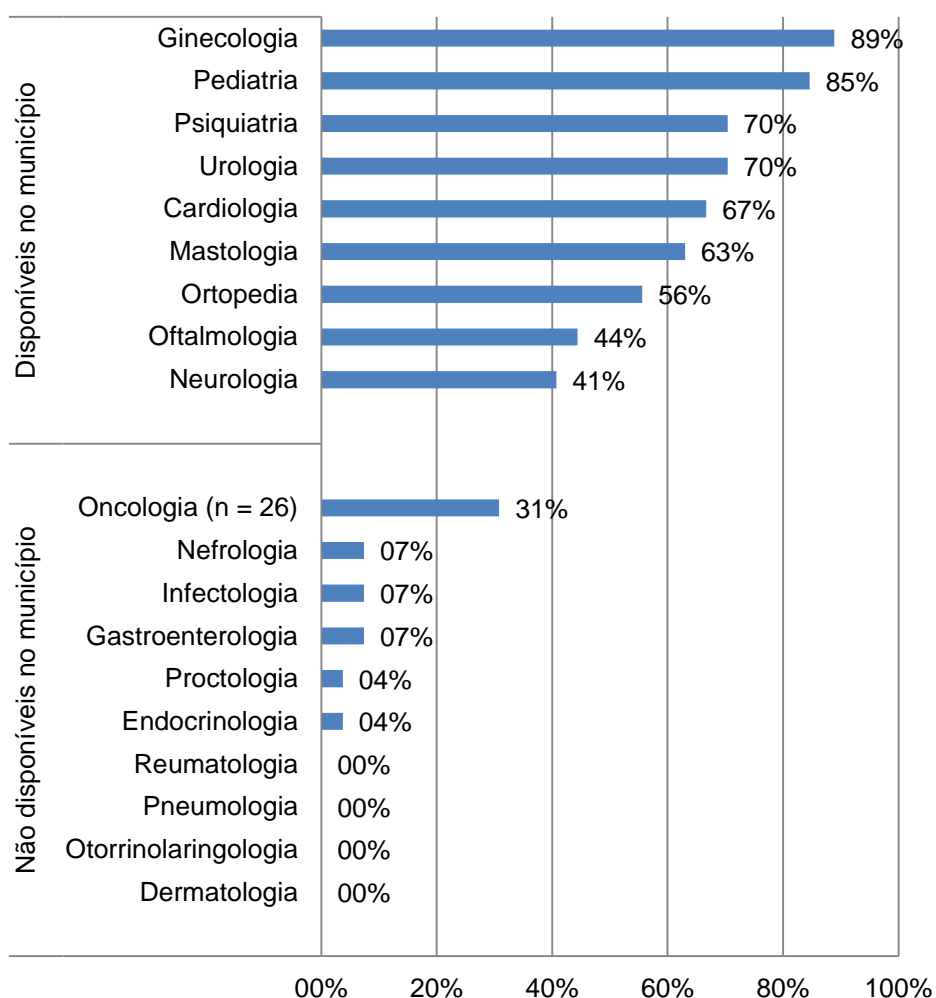


GRÁFICO 1 – Percentual de profissionais de saúde que informaram tempo de espera por médico especialista *Sempre/Na maioria das vezes* adequado para a resolução dos casos a eles apresentados, de acordo com a disponibilidade da especialidade médica no município. Jequitinhonha, 2012 (n=27).

Em relação às especialidades disponíveis no município, o acesso aos ginecologistas foi o mais satisfatório, pois, para quase 90% dos profissionais, os casos que dependiam desta especialidade conseguiam ser resolvidos em tempo hábil para a condução do caso (GRAF. 1). Ainda em relação à oferta no município, a neurologia foi a que apresentou pior acesso. Menos da metade (40,7%) dos que solicitaram o apoio desta especialidade disseram conseguir conduzir os problemas de saúde de seus pacientes *Sempre/Na maioria das vezes* em tempo adequado.

Quanto às especialidades não ofertadas no município, o melhor indicador revelou que apenas 30,8% dos profissionais consideravam adequado o tempo de espera pela especialidade oncologia. Para as especialidades reumatologia, pneumologia, otorrinolaringologia e dermatologia, o tempo de espera nunca era adequado, de acordo com os profissionais de saúde.

As dificuldades em relação ao acesso aos exames especializados mostraram-se, de um modo geral, semelhantes às dificuldades para acesso aos médicos especialistas fora do município. As barreiras à garantia de acesso aos níveis de maior complexidade refletiram no tempo de espera para a realização de exames especializados, que não se mostraram adequados para a condução dos casos pelos profissionais de saúde do município. Apenas 37,0% dos profissionais consideraram adequados para a condução dos casos a eles apresentados os tempos de espera para a realização de ultrassonografia e exames anátomo e citopatológico. Pior ainda, nenhum profissional considerou adequados os tempos de espera para tomografia computadorizada, ressonância magnética e cintilografia (GRAF. 2).

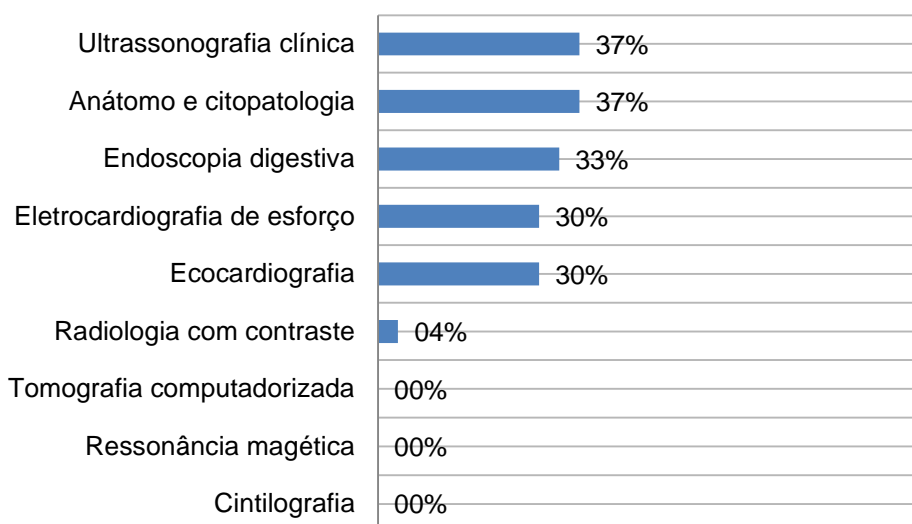


GRÁFICO 2 – Percentual de profissionais de saúde que consideram o tempo de espera até a realização de exames especializados *Sempre/Na maioria das vezes*, adequado para a condução dos casos a eles apresentado. Jequitinhonha, 2012 (n=27).

A articulação entre os serviços de urgência e a APS também foi um critério avaliado e mostrou-se, da mesma forma, frágil. Apenas 14,29% dos médicos e enfermeiros do primeiro nível de atenção e do serviço de urgência referiram as tentativas de transferências para o pronto-atendimento de pacientes atendidos na atenção primária em situações de urgências, são *Sempre* exitosas. Em relação ao acesso aos serviços de atenção hospitalar, somente 19,2% dos médicos e enfermeiros considerou o tempo de espera até a realização de cirurgias eletivas *Sempre/Na maioria das vezes* adequado para a condução dos casos.

Para o acesso aos serviços de atenção hospitalar ao parto no município a avaliação foi bastante positiva. Todos os médicos e enfermeiros dos serviços de APS e todos os ginecologistas e obstetras da rede municipal de saúde afirmaram que as gestantes *Sempre* conseguem assistência hospitalar ao parto no município. Mas, no caso de gestantes de alto risco, a articulação apresenta resultados bastante diferentes, pois, apenas um terço dos profissionais da APS e dos ginecologistas e obstetras disseram que conseguem transferências para serviços de alta complexidade para atenção ao parto quando necessário.

#### 4.5. Grau de integração

Considerando soma do total de pontos recebidos por cada um dos indicadores, a integração entre a APS e a RAS no município avaliado atingiu o escore 39,8 evidenciando, portanto, uma integração incipiente (TAB. 3).

TABELA 3  
Grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde. Jequitinhonha, 2012.

Pontuação esperada	Pontuação observada	Escore	Grau de integração
186	74	39,8	Integração incipiente

Nenhuma categoria de análise mostrou-se bem incorporada à realidade municipal. A mais bem incorporada foi *Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado* que obteve 61,1% da pontuação em questão, ou seja, 28 dos 45 pontos possíveis. As demais categorias apresentaram desempenhos similares entre si, mas a que se mostrou incorporada de pior maneira na realidade municipal foi a categoria *Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar*, que obteve apenas 30,2% dos pontos (GRAF. 3).

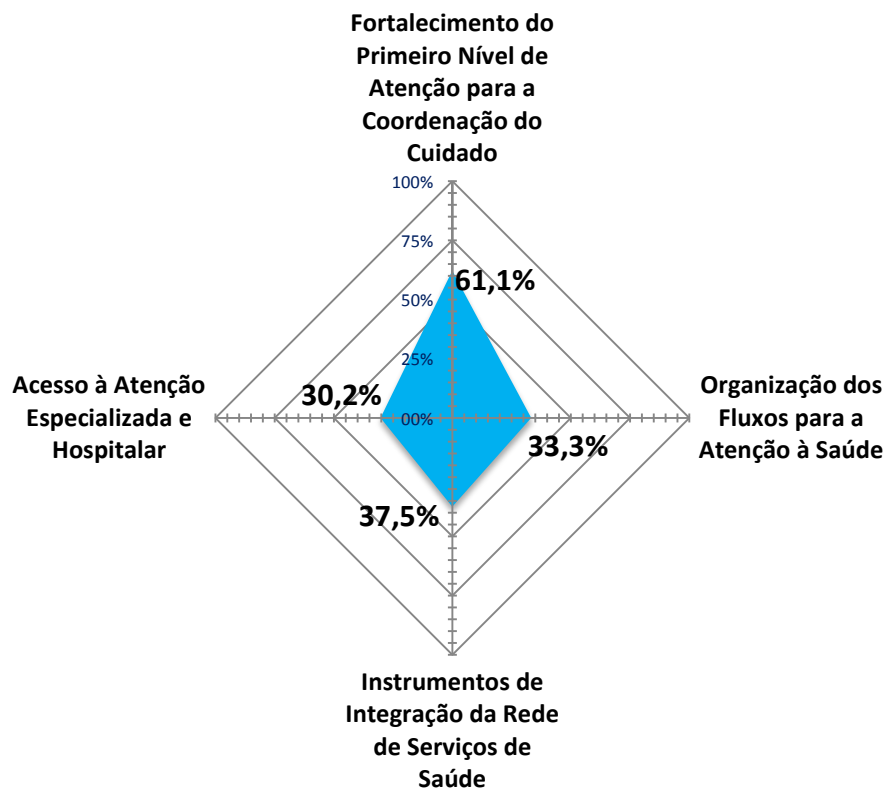


GRÁFICO 3 – Desempenho das categorias de utilizadas na matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde, Jequitinhonha, 2012.

## 5. DISCUSSÃO

A construção da metodologia para a avaliação do grau de integração da APS na RAS foi uma tarefa complexa. Tal complexidade esteve relacionada, principalmente, à intenção de se aplicar um conceito abrangente e complexo ao campo da avaliação quantitativa. Assim, a elaboração da matriz de análise com os critérios, indicadores e parâmetros sucedeu-se a diversas tentativas que objetivaram operacionalizar o conceito de integração.

Dentre as dificuldades para a elaboração da matriz de análise, destaca-se a dificuldade na seleção dos critérios, indicadores e parâmetros. Na intenção de superá-la, definiu-se o âmbito da gestão e da organização do sistema municipal de saúde como o nível de agregação para a sua seleção, como o fez Giovanella *et al.* (2002). Deste modo, a matriz de análise centrou-se na avaliação da integração a partir do âmbito municipal.

Superadas, a princípio, tais dificuldades, a metodologia de avaliação utilizada está orientada à concepção mais moderna de avaliação em saúde, ou seja, se comporta como um mecanismo que possibilita intervenções e correções de rumos (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Desde o início, a ideia central foi conceber um instrumento que sinalizasse a situação municipal quanto ao grau de integração e, ao mesmo tempo, orientasse seus gestores na adoção de estratégias de gestão em favor da melhoria da integração. Cabe destacar como limitação deste estudo o fato de ter sido desenvolvido em um único município.

O grau de integração incipiente encontrado no município estudado deixa clara a fragmentação do cuidado. As manifestações desta fragmentação para a população local poderão se apresentar de formas distintas, mas, suas consequências serão sempre negativas (MENDES, 2011a; OPAS, 2011b). Poderá resultar em problemas de equidade na prestação de cuidados, na sobreposição de funções e na desarticulação da rede assistencial, sem garantias de acesso aos níveis de maior complexidade (CONILL, 2007) como demonstrado nos resultados da quarta categoria de análise. Nesta situação de fragmentação, a capacidade de ofertar uma atenção contínua, integral, interdisciplinar e em lugar apropriado encontrar-se-á frágil, e os serviços poderão funcionar com ineficiência, falta de efetividade e com

baixa qualidade (MENDES, 2011a; OPAS, 2011b). Ainda, a fragmentação induz debilidades no sistema de saúde como um todo, que focará na doença ou na prevenção individual, com baixa responsabilização pela saúde da população e divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam e sobrevalorização, inclusive financeira, dos serviços de maior densidade tecnológica, ocorrendo a indução da demanda pela oferta de serviços (MENDES, 2001). A descontinuidade do projeto terapêutico poderá ser uma realidade e, possivelmente, determinará menor resolutividade às ações e serviços de saúde no município. Também, as pessoas que necessitarem dos serviços públicos de saúde poderão perder as vantagens do trabalho conjunto e ter reduzidas as possibilidades de cuidados. Isso por fazerem uso de um sistema de saúde em Rede com integração apenas incipiente, oferecendo ações de saúde isoladas e tratando, sobretudo, de problemas pontuais.

Com esse incipiente grau de integração pode-se ponderar que, independentemente do local onde sejam prestados os cuidados à população do município, não haverá boas condições de estarem sincronizados nem voltados ao alcance de um objetivo comum. Para que a integração ocorra, de fato, no município, faz-se necessário o fortalecimento do primeiro nível de atenção para a coordenação do cuidado e, também, a organização dos fluxos para a atenção à saúde, o aprimoramento e a implementação de mecanismos de integração e a garantia de acesso à atenção especializada e hospitalar. Somente assim, as ações de saúde se tornarão mais eficientes, para que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experimentadas pelos usuários de forma contínua, adequada às suas necessidades e compatível com as expectativas.

A seguir, a discussão se dará estruturada com base nas quatro categorias de análise.

### **5.1. Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado**

Os indicadores para avaliar o *Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção para a Coordenação do Cuidado* foram os que apresentaram melhor desempenho



no município. A princípio, o melhor desempenho desta categoria em relação às demais analisadas pode, em parte, ser justificado pelo fato de que municípios pequenos permanecem, em geral, com a gestão apenas do primeiro nível de atenção. O fato de estarem, na maioria das vezes, afastados do gerenciamento dos demais níveis de atenção (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010) pode explicar, por outro lado, o pior desempenho das outras categorias de análise.

Sabidamente, dentre os fatores que impactam em curto prazo a coordenação do cuidado está o aumento da capacidade resolutiva dos serviços de APS (GÉRVAS; RICO, 2006). Entende-se que com os recursos ao seu alcance, o profissional da atenção primária poderá ser capaz de resolver quase a totalidade das suas demandas assistenciais (BERNABÉ, 2003). Como consequência, ao aumentar a resolutividade da APS, os serviços especializados poderão ser melhor utilizados (FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006). Para aumentar esta resolutividade, entre outras medidas, está a ampliação do acesso à rede de apoio diagnóstico (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; GÉRVAS; RICO, 2006). Portanto, acredita-se que a demora no acesso às provas diagnósticas complementares seja um dos problemas que dificultarão a coordenação dos cuidados pela atenção primária (BERNABÉ, 2003). Assim, a capacidade diagnóstica nos serviços de primeiro nível de atenção foi incluída na matriz de análise.

Um primeiro nível de atenção forte se caracteriza por um nível com capacidade para resolver a maior parte dos problemas de saúde em tempo oportuno (FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006). O que se observou no estudo, foi uma APS com pouca capacidade para resolver, em tempo oportuno, os problemas de saúde que necessitavam de elucidações diagnósticas ou que dependiam de atenção multiprofissional.

Defende-se que, para aumentar a resolutividade da APS, uma das medidas possíveis seria a ampliação do catálogo de provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico da atenção primária (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006). Neste aspecto, o município apresentou uma resposta adequada, de não restringir a solicitação de exames pelos médicos da atenção primária. Inclusive, estes profissionais podiam solicitar até tomografias computadorizadas, ao contrário do que ocorre em outros municípios, inclusive

capitais como Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Entretanto, os resultados que tratam do acesso a serviços de apoio à diagnose demonstraram que de nada adianta ampliar o elenco de exames solicitados na atenção primária se o tempo de espera não for adequado para a condução dos casos neste nível de atenção.

A situação do município evidenciou uma necessidade de se garantir o acesso oportuno às provas diagnósticas básicas para que se consiga aumentar a resolutividade nos serviços de APS. Para tal, pode ser que a solução passe, necessariamente, por uma reorganização dos fluxos para acesso aos exames rotineiramente solicitados. Isso porque o fato de as coletas de amostras para exames laboratoriais não serem realizadas nos próprios serviços de atenção primária, pode interferir na integração entre os serviços. Quando realizadas nas próprias unidades de APS, contribuem para ampliar a percepção de resolutividade por parte dos usuários (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011). Além disso, devido à grande extensão territorial do município estudado, é preciso considerar que uma grande distância entre o usuário e o local de coleta dificulta o acesso (COSTA-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007).

Investimento em profissionais de apoio às equipes APS, como centros municipais de especialidades, destaca-se entre as principais estratégias para a integração dos sistemas de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010; CONILL, 2007). Esta estratégia facilita a afirmação dos serviços de primeiro nível de atenção como os serviços de procura regular, contribuindo, ainda, para disponibilizar uma atenção à saúde mais oportuna e resolutiva (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Assim, para o critério *profissionais de apoio às equipes de primeiro nível de atenção*, considerou-se como um dos indicadores a atuação de especialistas no apoio às equipes de APS. E constatou-se que havia médicos especialistas na rede municipal de saúde, em número até superior ao das equipes de saúde da família, mas que atuavam somente como referências para interconsultas. Além disso, o acesso a alguns destes especialistas não se mostrou satisfatório, a exemplo das especialidades neurologia, oftalmologia e ortopedia.

A partir desta situação é possível ponderar que o papel dos profissionais especialistas junto às equipes de APS não estava sendo bem explorado, com vistas

à integração da assistência. Mas, entende-se que definir o papel e explorar adequadamente as ações de profissionais especialistas junto às equipes de APS, integrando a assistência, tem representado um grande desafio até mesmo para grandes municípios (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; DELFINI; REIS, 2012; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007). O matriciamento seria uma importante estratégia para tal, por promover melhor interlocução entre os diferentes profissionais e serviços. A rigor, o matriciamento refere-se a um arranjo organizacional horizontalizado que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pela saúde integral de determinada população, denominadas dentro desse modelo como equipes de referência (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997). Teria como objetivo organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade do primeiro nível de atenção, ao prever que especialistas apoiem as equipes de APS por meio não só de interconsulta, mas, também, com a discussão de casos clínicos e capacitações (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Quando presentes, as discussões compartilhadas de casos clínicos mostram-se positivas para os serviços envolvidos, para o Sistema como um todo e para o paciente, uma vez que aumenta a capacidade de resolução, reduz encaminhamentos e propiciam melhor comunicação entre níveis (DELFINI; REIS, 2012; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006; PROENÇA *et al.*, 2003). Esta estratégia pode melhorar a articulação, evitar o crescimento de listas de espera, qualificar a APS e aumentar sua resolutividade, sem comprometer o vínculo nem a integralidade dos cuidados (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; DELFINI; REIS, 2012; PROENÇA *et al.*, 2003). No município, poderia contribuir para evitar que alguns casos fossem referenciados, possibilitando um tempo de espera mais adequado aos casos que verdadeiramente precisarem de avaliação especializada.

Em Portugal, a discussão de casos clínicos entre o médico de família e o especialista, presencialmente, permitiu evitar que 77,4% dos casos discutidos fossem referenciados aos serviços especializados (PROENÇA *et al.*, 2003). Os encontros ocorriam de uma forma simples, não dispendiosa e sem interferência significativa no funcionamento dos serviços (PROENÇA *et al.*, 2003). Outra experiência, mas de “consulta sem paciente”, sob a denominação de tutoria, na

Espanha, garantiu que mais de 80% das dúvidas de profissionais que atuavam junto a famílias se resolvessem sem que o paciente tivesse que ser encaminhado ao serviço especializado (FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006). Estudo desenvolvido no Brasil mostrou que a percepção dos profissionais de um estudo foi bastante positiva em relação à existência de reuniões regulares para discussão de casos, mas os resultados foram frágeis devido ao não envolvimento dos profissionais da atenção especializada (COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007). Mesmo que não plenamente institucionalizada, em Belo Horizonte e Florianópolis, cerca de um terço dos médicos e enfermeiros afirmou que a discussão de casos clínicos fazia parte das atividades de supervisão às equipes de APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Cabe ressaltar que, na configuração das atividades de apoio às equipes de primeiro nível de atenção deve-se atentar para que os profissionais especialistas não assumam o atendimento de grupos específicos, tais como hipertensos e diabéticos, comprometendo a integralidade da atenção e reproduzindo o modelo de atendimento de unidades tradicionais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Na avaliação do critério *o primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências*, a função de pronto-atendimento nos serviços de APS foi o indicador utilizado. Partiu-se do pressuposto que para colocar em prática esta função, seria necessário normatizar uma tolerância para consultas não agendadas, pois, o grau dessa tolerância foi avaliado como elemento importante para a acessibilidade a estes serviços (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2013). Entende-se que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas das equipes, sob pena de a atenção primária se reduzir a pronto-atendimento, também é fundamental que as unidades de atenção primária estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, ou seja, as eventualidades e os imprevistos (BRASIL, 2013). E o processo de acolher deverá estar associado a critérios para a classificação de risco.

Uma das razões que justificam o acolhimento à demanda espontânea na atenção primária é que as demandas agudas podem ser, em grande parte, ali satisfeitas. Outra razão é que, o acolhimento aos usuários em momentos de sofrimento é fundamental para a criação e fortalecimento de vínculos. Também,

mesmo os usuários que são acompanhados pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Também, mesmo que com peculiaridades inerentes a cada realidade, contribui para articular o atendimento à demanda espontânea (urgência e emergência) às ações programáticas (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem novas estratégias de cuidado. No município aqui estudado, a falta de uma normatização do acolhimento, como estratégia para assistir à demanda espontânea, certamente implicará em restrições ao atendimento de urgência e emergência aos indivíduos não integrantes de grupos prioritários (diabéticos, hipertensos, gestantes e crianças). Também, poderá arraigar a visão de que a APS não comporta atendimentos de urgência, entendendo esta como responsabilidade exclusiva dos serviços de urgência (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

## **5.2. Organização dos Fluxos para a Atenção à Saúde**

A organização dos fluxos para a atenção à saúde é necessária à integração da RAS (ALMEIDA *et al.*, 2010; MENDES, 2011a; OPAS, 2010a). Por isso foi considerada categoria de análise deste estudo.

Em um sistema de saúde integrado, com os serviços hierarquizados por níveis de complexidade, pressupõe-se existir um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que há a necessidade de atenção (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Neste sentido, as reformas empreendidas nas últimas décadas em diferentes contextos mundiais estiveram voltadas ao fortalecimento da atenção primária e, sobretudo, objetivaram aumentar o seu poder de coordenação dos demais níveis de atenção por meio do monopólio do papel de porta de entrada (CONILL; FAUSTO, 2009; LI *et al.*, 2011; OPAS, 2010; 2011a). Os sistemas de saúde em que a atenção primária atua como porta de entrada (*gatekeeper*) são menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (STARFIELD, 2002). Assim, a organização da porta de entrada foi um dos critérios de avaliação deste estudo. A esse respeito, a atenção

primária no município demonstrou ser, efetivamente, a porta de entrada à RAS, semelhante ao que ocorre em grandes municípios (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Cabe mencionar que em municípios pequenos, como no estudado, a carência de serviços de outros níveis de atenção pode contribuir para que a porta de entrada seja de fato exercida pela atenção primária.

Decorrente do seu papel de porta de entrada, a atenção primária foi a principal forma de acesso aos serviços especializados, configurando este percurso como o mais comum, como ocorre em outros municípios (ALMEIDA *et al.*, 2010). A respeito deste resultado, é certo que se a atenção primária atuar como um bom “filtro”, os serviços dos demais níveis de atenção certamente serão mais bem utilizados (BERNABÉ, 2003; STARFIELD, 2002).

Acredita-se que o incremento do papel de “filtro”, associado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário, esteja entre os fatores que impactam sobre a coordenação e integração dos serviços (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Para o exercício deste papel, há a compreensão de que a primeira instância regulatória, e a que deve estabelecer critérios de priorização, quando indicado, deve ser a atenção primária (ALMEIDA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011a). Com isso, entre outras medidas, para a marcação de procedimentos e consultas o usuário não deveria ter obrigatoriamente que se dirigir a outro local. Ao sair da unidade de APS o usuário deve ter, de imediato, acesso ao agendamento da consulta médica especializada ou do exame especializado (MENDES, 2011b). Mas no município estudado, a APS não exercia efetivamente sua função na regulação nem na marcação. Em um contexto de oferta limitada de recursos, como o estudado (MALACHIAS *et al.*, 2011), seria fundamental que se estabelecessem prioridades, até mesmo para se garantir equidade (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Na função de regulação, mesmo em grandes municípios, há casos em que tal processo na APS ainda é incipiente e avanços têm sido vinculados à implantação de sistemas informatizados, como o SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e à organização das listas de espera por unidades de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010). Para as marcações, o ideal é que o pedido fosse inserido em um sistema online, de acordo com a classificação de riscos.

O controle do fluxo de pacientes para a atenção especializada sinaliza preocupação do gestor municipal em garantir acesso aos três níveis de complexidade (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Este controle poderia ser executado de diferentes formas, mas nenhuma foi identificada no município. Aqui, considerou-se a prática de análise dos encaminhamentos para serviços especializados, o monitoramento das filas ou listas de espera e o monitoramento das abstenções aos agendamentos para os serviços especializados. Acredita-se que a prática de análise dos encaminhamentos poderia melhorar a qualificação dos mesmos e promover utilização mais racional dos recursos especializados (ALMEIDA *et al.*, 2010). Encaminhar um indivíduo para serviços especializados sem acompanhar as suas necessidades enquanto na fila de espera, reflete a lógica do encaminhamento como transferência de responsabilidade por seu cuidado (DELFINI; REIS, 2012). O monitoramento das filas ou listas de espera, que em alguns municípios foi também facilitado pela implantação de sistemas informatizados de regulação e marcação, possibilita às equipes dos serviços de atenção primária acompanhar o percurso do usuário (ALMEIDA *et al.*, 2010). Com base em relatórios gerados por estes sistemas o processo de monitoramento das filas torna-se factível.

Giovanella *et al.* (2002) ressaltaram a facilidade de identificar listas de espera organizadas nos municípios com centrais de marcação em funcionamento. Com isso, e considerando resultados sobre o funcionamento da Central Municipal de Marcação que serão discutidos adiante, podemos afirmar que há muito que avançar na organização e no controle dos processos no município estudado para a melhoria da integração. De início, esforços devem ser direcionados para a reestruturação da Central de Marcação, inclusive do ponto de vista tecnológico, para que atue como uma central reguladora da atenção secundária em nível municipal. Como muitos outros municípios de pequeno porte podem estar em situações parecidas, o Ministério da Saúde deve incentivar a utilização do SISREG. Atualmente, o sistema atua em apenas 1.600 dos mais de 5.000 municípios brasileiros (BRASIL, 2015).

Da mesma forma que em Aracaju, Florianópolis e Vitória (ALMEIDA *et al.*, 2010) não foi identificado o estabelecimento de fluxos formalizados para acesso à atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência. Com a formalização

dos fluxos haveria mais chances de se garantir a atenção nos três níveis de complexidade (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Também, como nos grandes municípios acima citados, percebeu-se a existência de mecanismos informais para a garantia de acesso. Esta é uma possibilidade factível quando não existem fluxos formalizados para acesso à atenção especializada e hospitalar. Tal situação favorece um acesso desigual a internações e cirurgias, nem sempre orientado por critérios de prioridade clínica (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Possivelmente, o fato de o serviço para a atenção de urgência e emergência não estar sob gestão municipal, associado à ausência de fluxo formalizado para acesso acarretou uma articulação deficiente entre a APS e o Pronto Atendimento. Em Belo Horizonte, onde existem fluxos formais e as portas de entrada para a atenção de urgência e emergência são compostas por unidades públicas sob gestão municipal o processo de articulação foi avaliado de forma positiva, apesar da relação entre a atenção primária e os serviços de emergência ser avaliada como um dos principais problemas para integração da rede (ALMEIDA *et al.*, 2010). Na literatura internacional também existem relatos de problemas na articulação entre os serviços de APS e os serviços de urgências e emergências (BERNABÉ, 2003).

### **5.3. Instrumentos de Integração da Rede de Atenção à Saúde**

A capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados melhor coordenados pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias que representem instrumentos para integrar a APS à RAS (BOERMA, 2007; KRINGOS *et al.*, 2010; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007). Estes podem ser representados por um conjunto de tecnologias ou serviços, voltado para o alcance da integração sistêmica. Pressupõe, ainda, a organização dos processos de trabalho que possibilitem maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e aos serviços prestados.

Dentre os instrumentos de integração, pode-se destacar a implantação de centrais de marcação e regulação de procedimentos especializados (ALMEIDA *et al.*, 2010; CONILL, 2007; GIOVANELLA *et al.*, 2002; MENDES, 2011b). Idealmente,



devem ser implantadas com o propósito de disponibilizar às unidades de APS, onde é gerada a maior parte da demanda, acesso *on-line* (MENDES, 2011b). Com esta estratégia, do ponto de vista gerencial, o fluxo de usuários entre os serviços pode ser melhor integrado. Esta, considerada uma estratégia ainda recente, mesmo em grandes municípios, tem sido apoiada, sobretudo, pela expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e pelo Pacto pela Saúde, com as assinaturas dos Termos de Compromissos de Gestão, que determinam responsabilidades pela média complexidade (ALMEIDA *et al.*, 2010). Acreditar-se que a presença dessas centrais sinaliza a preocupação ou a tentativa de organizar o sistema de saúde e de garantir acesso aos diversos níveis de complexidade de atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Assim, considera-se que a existência de uma central de marcação de consultas e exames especializados, mesmo que sem mecanismos informatizados de operação, representou uma importante iniciativa para a integração no território municipal.

A elaboração e a instituição de protocolos assistenciais, clínicos ou linhas-guia representa uma importante estratégia para a garantia de uma atenção integrada (ALMEIDA *et al.*, 2010; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; GIOVANELLA *et al.*, 2002). Como uma ferramenta da gestão clínica, permite a definição de fluxos de pacientes pelos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção e reduz a probabilidade de encaminhamentos incorretos aumentando, conseqüentemente, a eficiência (GIOVANELLA *et al.*, 2002; OPAS, 2011a).

Protocolos são desdobramentos de diretrizes clínicas que, por sua vez, são construtos elaborados a partir da compreensão do processo saúde-doença, com focos na integralidade, nas evidências clínicas, na saúde coletiva, bem como na autonomia dos pacientes; por sua vez, os protocolos assistenciais orientam linhas de cuidado que constituem uma estratégia de articulação de recursos e práticas de saúde entre serviços de determinado território (MENDES, 2007). O exercício da linha de cuidado pressupõe respostas globais e não fragmentadas no exercício do cuidado, visando à condução adequada (oportuna, ágil e singular) das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia, frente aos usuários do sistema de saúde, como resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (OPAS, 2011a).

No município estudado, a falta de protocolos assistenciais dificulta a garantia da continuidade do cuidado e a integração entre os serviços, uma vez que acarreta dificuldades para a organização clara dos fluxos (BERGA; TALAYERO, 1997; BERNABÉ, 2003). Desenvolver protocolos assistenciais e colocá-los operando, apesar de ser uma importante inovação nas propostas assistenciais do SUS, de um modo geral, é ainda um grande desafio para os pequenos municípios. Sendo um dos caminhos para a integralidade na atenção à saúde, deveria haver um maior incentivo e acompanhamento, por parte dos governos estaduais, para a construção desta proposta. De início, o município deve começar por determinar que protocolos devem ser implantados inicialmente, com prioridade por aqueles onde os recursos estão mais disponíveis. A partir daí, as operações devem seguir no sentido de produzir um adequado pacto na rede assistencial, pois, a isto dependerá o sucesso dos protocolos para a assistência à saúde.

Outro instrumento de integração da RAS considerado de grande importância para a integração entre os diferentes níveis de atenção são os mecanismos de referência e contra-referência (ALMEIDA *et al.*, 2010; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Conseqüentemente, as falhas relacionadas à transferência de informações sobre os pacientes evidenciam desarticulação das ações (BERNABÉ, 2003).

Entende-se que as informações prestadas pela equipe de atenção primária ao especialista e vice-versa, são fundamentais na adequação do plano de tratamento às necessidades do usuário e para a sua adesão do tratamento (COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007). Aqui, analisando o problema do ponto de vista do profissional que solicita a avaliação especializada, quase 90,0% informaram enviar informações por escrito; mas, mais da metade dos especialistas afirmaram não recebê-las. Estudo realizado na Espanha mostrou que mais da metade dos especialistas entrevistados apontou a falta de informações médicas do paciente referenciado como a principal dificuldade para se conseguir uma atenção especializada coordenada (BERGA; TALAYERO, 1997). No Brasil, situação pior foi descrita, pois em um estudo todos os especialistas informaram nunca haver recebido informações sobre os motivos pelos quais os pacientes eram referenciados das unidades de atenção primária (COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007).

Mas é justamente no retorno das informações onde mais se observa a “descoordenação” entre os níveis de atenção (BERNABÉ, 2003). Mesmo com a implantação de processos de referência e contra-referência, gestores e profissionais de saúde relatam dificuldades no retorno dos pacientes encaminhados (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Isto foi confirmado neste estudo, uma vez que nenhum entrevistado disse sempre receber a contra-referência. Em outro estudo sobre o tema, mostrou-se que apenas se chega a 50% de respostas por parte do especialista (BERNABÉ, 2003). Mostrou também que há situações nas quais as respostas do especialista se realizam verbalmente através do paciente; noutras, chegam tarde ou se dão sem planos terapêuticos ou de seguimentos concretos e sem indicação da necessidade de retorno, o que garante pouca utilidade para as necessidades dos profissionais da APS. Os médicos especialistas tendem a reter os pacientes e/ou não incentivar seu retorno para as unidades básicas (BERNABÉ, 2003; GIOVANELLA *et al.*, 2002). Entre os motivos, os especialistas argumentam que as unidades básicas tem baixa resolutividade e temem pela qualidade de sua atenção, não havendo confiança suficiente para delegar o acompanhamento do usuário (BERNABÉ, 2003; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; GIOVANELLA *et al.*, 2002). Os pacientes, por sua vez, preferem permanecer sob atenção dos especialistas (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Neste estudo, analisando o fato que a maioria dos especialistas entrevistados relatou enviar *Sempre* a contra-referência, pode-se afirmar que o problema reside na ausência de controle da contra-referência nos serviços de saúde, o que já foi ponderado anteriormente por Giovanella *et al.* (2002).

Além das falhas no envio ou retorno das informações, há que se admitir que deficiências no preenchimento dos documentos de encaminhamentos sejam aspectos também relevantes. Dentre as deficiências, foram relatadas, em outros estudos, ausências ou inconsistências de dados que vão desde os pessoais até os motivos das solicitações que, em grande parte das vezes, não se explicam adequadamente (BERNABÉ, 2003; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007). É comum, ainda, o não envio de provas complementares ou, até mesmo, a desconfiança quanto à sua qualidade, repetindo-as, por vezes desnecessariamente, nos serviços de atenção especializada (BERNABÉ, 2003). Interessante observar

neste estudo que apenas 60% dos formulários de encaminhamento aos serviços especializados encontravam-se completamente preenchidos. Cabe ressaltar, porém, que aqui não se avaliou a consistência das informações nos formulários de encaminhamentos, mas o preenchimento dos campos solicitados.

Para a efetivação de uma APS integrada à RAS, o fluxo de informações entre a atenção hospitalar e a atenção primária também precisa estar organizado. Como no município estudado, em outros cenários, mesmo internacionais, foi observado que a falta de seguimentos dos pacientes hospitalizados é um problema recorrente (BERNABÉ, 2003). Para corrigir a situação, há casos em que se implanta a notificação de alta hospitalar (COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007), que tem sido considerada uma medida em prol da coordenação do sistema pela APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Como um exemplo do seguimento longitudinal do paciente após internações hospitalares podem ser citados os procedimentos mencionados no estudo de Costa-e-Silva, Rivera e Hortale (2007), em que a SMS recolhe as altas hospitalares semanalmente e as encaminha para as unidades básicas que providenciam a visita domiciliar ao paciente em, no máximo, sete dias pós-alta. Essa visita tem como objetivo evitar as reinternações por patologias passíveis de assistência nas unidades básicas. O que fica claro é que esforços devem ser empreendidos quanto à necessidade de garantir a continuidade informacional, requisito para a coordenação do cuidado pela APS (ALMEIDA *et al.* 2010).

#### **5.4. Acesso à Atenção Especializada e Hospitalar**

Uma vez que a integração entre os diferentes níveis de atenção pode ser expressa na garantia do acesso aos serviços, esta categoria de análise foi operacionalizada a partir da necessidade de oferta organizada e adequada de assistência diagnóstica, curativa e de recuperação, garantindo-se atenção ambulatorial e hospitalar.

A criação de serviços que funcionam como referência para as unidades de atenção primária é reconhecida por sua capacidade de ampliar o acesso à atenção especializada e integração da rede (ALMEIDA *et al.*, 2010). A esse respeito, a presença de especialistas na rede municipal de saúde possibilitou o acesso à atenção especializada em tempo mais oportuno. Entretanto, apesar de ser uma proposta racional, há dificuldades práticas para sua operacionalização, pois não são facilmente encontrados médicos especialistas para atuarem em municípios pequenos e distantes dos grandes centros. Também, o funcionamento do Centro Viva Vida contribuiu para que a fila de espera não fosse maior, pois, boa parte da demanda materna e infantil consegue atenção médica especializada no próprio município. Com estas ações, evitou-se o encaminhamento de casos a especialistas de outros municípios, o que representa redução no deslocamento de pacientes a centros urbanos distantes, resultando em economia para o sistema.

Um entrave à garantia de atenção especializada pode estar relacionada à oferta de serviços de prestadores localizados fora do território municipal, cuja regulação não está sob a responsabilidade do município (ALMEIDA *et al.*, 2010). Isso porque o fluxo de usuários do SUS é controlado por meio de centrais de regulação, que leva em conta os tetos financeiros e os procedimentos acertados entre os municípios integrantes de uma região de saúde na Programação Pactuada Integrada (PPI).

Entende-se que investimentos em serviços de média complexidade nos territórios municipais podem potencializar a resolutividade da atenção primária (ALMEIDA *et al.*, 2010). Mas, quando certos investimentos não se mostram viáveis em municípios pequenos e distantes de grandes centros, o telessaúde possibilita a

quebra de barreiras no acesso à assistência especializada, rompendo o isolamento geográfico e social dessas localidades (MARCOLINO *et al.*, 2014).

Um aspecto que deve ser mais bem explorado no município é a busca de um maior contato entre os profissionais da atenção primária e os especialistas da rede municipal de saúde, passível de ocorrer em um cenário de aumento da oferta e de descentralização da atenção secundária.

Em grandes municípios as dificuldades para o acesso à rede de apoio diagnóstico são maiores que para o acesso aos médicos especialistas (ALMEIDA *et al.*, 2010). No caso estudado isso não ocorreu, pois as dificuldades de acesso aos exames especializados, no que se refere ao tempo de espera, se apresentaram semelhanças às dificuldades para o acesso às consultas especializadas.

Em relação ao acesso aos serviços de atenção hospitalar, situação favorável foi observada quanto à garantia de assistência hospitalar ao parto no município. Mas, identificou-se importante barreira para o acesso aos serviços de atenção ao parto pelas gestantes de alto risco, pois apenas um terço dos profissionais da APS, ginecologistas e obstetras do município relatou conseguir transferências para serviços de alta complexidade para atenção ao parto quando necessário. A justificativa pode estar no fato de que a microrregião de saúde à qual pertence o município estudado apresenta um dos menores índices de resolutividade relacionado à prestação de serviços hospitalares às gestantes de alto risco (Minas Gerais, 2014). Em grandes municípios, o Percentual de médicos que conseguem realizar *Sempre/Na maioria das vezes* agendamento para maternidades, varia de 57,2% a 86,1% (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Barreiras importantes também dificultam ao acesso à atenção hospitalar para cirurgias eletivas, pois somente 19,2% dos médicos e enfermeiros consideram o tempo de espera até a realização de cirurgias eletivas *Sempre/Na maioria das vezes* adequado para a condução dos casos. Entretanto, dados do Governo do Estado de Minas Gerais sobre a resolutividade cirúrgica na microrregião do município estudado não apontam uma situação tão ruim, por evidenciarem uma resolutividade cirúrgica na microrregião de, em média, 78,8% (MINAS GERAIS, 2014). Assim, pode-se questionar o quão fidedignas são as informações sobre a resolutividade da

prestação de serviços hospitalares previstos para o nível secundário do Elenco Microrregional.

A Rede de serviços públicos de saúde tem se expandido muito lentamente na Macrorregião Nordeste. Essa expansão lenta está relacionada à escassez de recursos humanos, principalmente especialistas médicos (SANTOS; RODRIGUES, 2014). Por isso, ações como o Programa Viva Vida, do Governo do Estado, que descentralizam de fato os serviços especializados, são de grande importância para os pequenos municípios. A escassez de recursos tecnológicos também é uma barreira importante e constitui fator que dificulta a atração e fixação de especialistas médicos na região (SANTOS; RODRIGUES, 2014). Por outro lado, a escassez de profissionais médicos aumenta o poder de barganha dos mesmos nas negociações em torno dos preços dos seus serviços, elevando em muito os gastos dos pequenos municípios.

## 6. CONCLUSÃO

O grau de integração da APS na RAS no município de pequeno porte estudado foi avaliado como incipiente. A fragmentação revelada esteve relacionada aos problemas que afetaram o fortalecimento do primeiro nível de atenção para a coordenação do cuidado, à pouca organização dos fluxos para a atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, à fragilidade dos instrumentos de integração e às barreiras que limitam o acesso aos serviços especializados.

A realidade retratada neste estudo, muito provavelmente, é semelhante em centenas, ou mesmo milhares, de outros municípios brasileiros. As ações para superá-la precisam partir das três esferas de gestão, pois, decorrente desta fragmentação está grande parte dos problemas que afetam o acesso aos serviços em diferentes níveis de complexidade.

Os resultados desta pesquisa e o instrumento de avaliação elaborado poderão contribuir para a melhoria da integração. Ao abranger um grande número de indicadores, que sinalizam ações para uma melhor integração, num único instrumento, a matriz possibilita realizar uma avaliação sintética e global do desempenho da RAS. Pretende-se que os indicadores elencados possam auxiliar no processo de construção de sistemas municipais de saúde melhor integrados às redes de atenção. Entretanto, os indicadores da matriz de análise devem ser vistos em termos de possibilidades, e não necessariamente recomendações baseadas em evidências. Também, na matriz de análise todos os critérios e indicadores estão colocados no mesmo nível de importância, sem hierarquia. Assim, futuramente, entende-se que será necessário indagar sobre o peso de cada um para a análise do grau de integração. Além disso, sabe-se que alguns indicadores são concorrentes, ou seja, com a melhora de um deles outros poderão, por consequência, se tornar mais satisfatórios.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty de Almeida; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia; Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

ALMEIDA, Patty de Almeida; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ESCOREL, Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-98, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia, NUNAN, Berardo Augusto. 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. 375-91, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida; NATAL, Sônia; FELISBERTO, Eronildo; SAMICO, Isabella. Interpretações e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. *Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Cap. 8, p.89-106.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Perfil Municipal : Jequitinhonha, MG. 2014*. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/jequitinhonha\\_mg#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/jequitinhonha_mg#idh)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BENDER, Anemarie da Silveira; MOLINA, Leonardo Ribeiro; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v11n2/absent.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BERGA, J. Bosca; TALAYERO, J.M. Paricio. Está coordinado el Servicio de Pediatría? Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones. *Anales Españoles de Pediatría*, v. 46, n. 6, p. 565-70, 1997. Disponível em: <<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/46-6-8.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

BERNABÉ, Juan J. Morell. Coordinación Atención Primaria y Especializada. Visión desde la pediatría de Atención Primaria. *Foro Pediátrico*, v. 12, 2003. Disponível em: <<http://www.spapex.es/coordinacionapesp.htm>>. Acesso em: 20 set. 2014.

BOERMA, Wienke G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, Richard B.; RICO, Ana; BOERMA, Wienke. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Healty Systems and Policies Series. Berkshire, Open University Press, 2007. cap. 1, p.3-21.

BOTEGA, Laura de Almeida; RODRIGUES, Roberto Nascimento; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientse. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006, Caxambú, Minas Gerais. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_496.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_496.pdf)>. Acesso em 20 jun. 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 25 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed. revista e atualizada, 2002a, 108 p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS Nº 2048, de 05 de novembro de 2002*. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em 15 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.* Brasília, 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em 15 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica.* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde: 60 p. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_tecnologias\\_saude\\_ferramentas\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.* Brasília: Ministério da Saúde, 2010a, 25 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.* Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).* Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 05 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhororia do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica,

Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.* Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2012b. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em 05 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea.* Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab\\_28v1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28v1.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. SISREG: Sistema de Regulação. 2015. Disponível em: <<http://datasus.sau.gov.br/projetos/57-sisreg>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BROWNE, Gina; ROBERTS, Jacqueline; GAFNI, Amiram; BYME, Carolyn; KERTYZIA, June; LONEY, Patricia. Conceptualizing and validating the human services integration measure. *Int J Integr Care*. V. 4, Apr-Jun, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393260/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho Santos. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 141-4, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

CONILL, Eleonor Minho (Elab.). *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.* Intercambio III. 2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Junio, 2007, 68p. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CONILL, Eleonor Minho (Elab.); FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues (Elab.). *Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención: análisis de la integración de la atención primaria en salud en la red de servicios en europa y américa latina*. Marzo, 2009, 70p. Disponível em: <<http://www.Rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/UserFiles/File/biblioteca/ArtigoEleonor.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s14-s27, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty de Almeida. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; DENIS, Jean-Louis; TOUAT, Nassera; RODRIGUES, Rosário. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé*, v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001. Disponível em: <[http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082\\_038.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

COSTA-E-SILVA, Vanessa; RIVERA, Francisco Javier Uribe; HORTALE, Virginia Alonso. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 6, p. 1405-14, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600015)>. Acesso em: 20 set. 2014.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 725-37, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

DAVEY, B.; LEVIN, E.; LLIFFE, S.; KHARICHA, K. Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *J Interprof Care*, v. 19, n. 1, p. 22-34, Jan 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842078>>. Acesso em: 30 out. 2013.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 357-66, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000200014&script=sci_arttext)> . Acesso em 20 Jan. 2014.

FEO, J. Jonay Ojeda; CAMPO, José Manuel Freira; CAMACHO, Juan Gérvas. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*, v. 4, n. 2, p. 357:82, 2006. Disponível em: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/la-coordinacion-atencion-primaria-especializada-reforma-sistema-13091843-originales-2006>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

FERRARO, Andréa Helena Argolo; COSTA, Edina Alves; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2201-17, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/11.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN*, v. 31, n. 9, p. 418-23, 2005. Disponível em: <<http://www.doyma.es>>. Acesso em: 20 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Innovación en la Unión Europea (UE — 15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*, v. 126, n. 17, p. 658:61, 2006. Disponível em: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/innovacion-union-europea-ue-15-coordinacion-atencion-primaria-13087852-articulos-especiales-2006>>. Acesso em: 15/04/2014.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviço de saúde. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353688>>. Acesso em 30 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 951-63, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000500008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000500008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 out. 2013.

GIOVANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antônio Ivo; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

GLENDINNING, Caroline. Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, v.65, p.139-51, 2003. Disponível em: <[http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(02\)00205-1/abstract](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(02)00205-1/abstract)>. Acesso em: 30 out. 2013.

HARTZ, Zulmira; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. saúde pública*, v. 20, n. supl. 2, p. 331-36, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 out. 2013.

HOFMARCHER, Maria. M.; OXLEY, Howard; RUSTICELLI, Elena. *Improved health system performance through better care coordination*. OECD HEALTH WORKING PAPERS, Paris, n. 30, 2007, 86 p. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/health-systems/39791610.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@ Minas Gerais. Jequitinhonha. [Internet]. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313580>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

JUNOY, Jaume Puig. Integración asistencial y capitación. *Economía y Salud*, n. 44, p. 1-2, 2002. Disponível em: <<http://www.aes.es/Publicaciones/EYSALUD44.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

KRINGOS, Dionne S.; BOERMA, Wienke G. W.; HUTCHINSON, Allen; ZEE, Jouke van der; GROENEWEGEN, Peter P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 1, p. 65, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

LEATT, Peggy; PINK, George. H.; GUERRIERE, Michael. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, v. 1, n. 2, p. 13, 2000. Disponível em: <<http://www.longwoods.com/content/17216>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

LI, L. M.; TANG, J. L.; LV, J.; JIANG, Y. GRIFFITHS, S. M. The need for integration in health sciences sets the future direction for public health education. *Public Health*, v. 125, n. 1, p. 20-4, 2011. Disponível em: <[http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(10\)00331-8/fulltext](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(10)00331-8/fulltext)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

LOPES, Rosana Machado; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; HARTZ, Zulmira. Araújo. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. Sup 2, p. S283-S297, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800022&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800022&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

MALACHIAS, Ivêta; LELES, Fernando Antônio Gomes; PINTO, Maria Auxiliadora Silva. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

MALACHIAS, Ivêta; MARRA, Andrei; CASTRO, Genesi Batista de; PINTO, Maria Auxiliadora da Silva; SIQUEIRA, Milton; AZEVEDO, Jomara de. *A resolubilidade e os vazios da Assistência hospitalar Micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução -2003/2010*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/2A%20Resolubilidade%20e%20os%20vazios%20da%20Assistenc.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

MALTA, Deborah Carvalho; NETO, Otaliba Libânio de Moraes. *Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmen*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores - Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmen. Brasília, 2007. cap. I, p. 11-7. Disponível em: <[http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia\\_rede\\_carmen.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia_rede_carmen.pdf) >. Acesso em: 01 nov. 2013.

MARCOLINO, Milena Soriano; ALKMIM, Maria Beatriz; ASSIS, Tati Guerra Pezzini; SOUSA, Lidiane Aparecida Pereira; RIBEIRO, Antônio Luiz Pinho. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 35, n. 5/6, p. 345-52, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ed%20Wilson/Downloads/04--ARTI--Marcolino--345-352.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.



MEDINA, Maria Guadalupe; SILVA, Gerluce Alves Pontes; AQUINO, Rosana; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/EDITORA FIOCRUZ, 2008. cap. 2, p.41 - 64.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

\_\_\_\_\_. *A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Acessoria de Normalização: Belo Horizonte, 2007. 56 p. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/A\\_MODELAGEM\\_DAS\\_REDES\\_DE\\_ATENCAO\\_A\\_SAUDE.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a, 549 p. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)>. Acesso em 11 Mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Uma experiência bem-sucedida de rede de atenção à saúde no SUS: o Programa Mãe Curitibana (PMC). In: MENDES. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011b. cap. 5, p.439 a 72.

MINAS GERAIS. Atenção Secundária Intermunicipal e Atenção Terciária 2010: Resolubilidade 2010 - Atenção Secundária Intermunicipal - Macro Nordeste. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: 1 p. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1529-atencao-secundaria-intermunicipal-e-atencao-terciaria-2010>>. Acesso em 15 dez. 2014.

NÚÑEZ, Rebeca Terraza; LORENZO, Ingrid Vargas; NAVARRETE, María Luisa Vázquez. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, v. 20, n. 6, 2006. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000600012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000600012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos e afines, 1920*. Washington DC 1964. Disponível

em: <<http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C.: OPS, 2007, 43 p. Disponível em: <[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Nº 4. 2010. 96 p. Disponível em: <[http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. *Innovando el papel de la Atención Primaria en las redes de Atención de Salud: resultados del laboratorio de innovación en cuatro capitales brasileñas*. Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 2011a, 137p. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/APS\\_INOVANDO\\_NAS\\_REDES\\_ESPA.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/APS_INOVANDO_NAS_REDES_ESPA.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. *Atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011b. 111 p. Disponível em: <[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS\\_Verde\\_web\\_final.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf)>. Acesso em 12/12/2014.

PROENÇA, Gonçalo; FERREIRA, Daniel; FREITAS, Antônio; MADEIRA, Francisco; SOARES, Ana Oliveira; FERREIRA, Rafael. Programa especial de combate à lista de espera para consulta de cardiologia: relato de uma experiência inovadora. *Rev Port Cardiol*, v. 22, n. 11, p. 1335:42, 2003. Disponível em: <<http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/179/1/Proen%C3%A7a%20Ga.pdf>>. Acesso em: 10/03/2014.

RICO, Ana; SALTMAN, Richard. ¿Un mayor protagonismo para la Atención Primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Revista de Administración Sanitaria*, v. 4, p. 39-67, 2002. Disponível em: <<http://camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Gestio/RicoSaltmanRAS.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; MONDINI, Lenise; SALDIVA, Silvia Regina Médici; NASCIMENTO, Paulo Roberto; VENANCIO, Sonia Isoyama. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 12, n. 2, p. 159-71, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2009000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2009000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 mar. 2014.

ROSEN, Rebecca; HAM, Chris. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, v. 1, n. 2, p. 2, 2009. Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/2/>>. Acesso em: 20 set. 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *Rede interfederativa de saúde*. In: SILVA, Silvio Fernandes da Silva. Rede de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas - SP: Saberes, 2011. cap. Parte I (I.3), p.35 - 66.

SOFAER, Shoshanna; KRELING, Barbara ; CARMEL, Martha. Coordination of care for persons with disabilities enrolled in medicaid managed care: a conceptual framework to guide de development of measures. New York: Baruch College School of Public Affairs, Division of Disability, Aging and Long-term Care, 2000. Disponível em: <<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2000/carecoor.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Célia; CAETANO, Rosângela; FAUSTO, Márcia; MACINKO, James; MARTINS, Mônica; NORONHA, José Carvalho de; NOVAES, Heligonda Maria Dutilh; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; PORTO, Silvia Marta; SILVA, Ligia M Vieira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaração de Alma-ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

\_\_\_\_\_. *Integration of health care delivery: report of a WHO Study Group*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data, WHO technical report series; 861, 1996, 68 p.

\_\_\_\_\_. *The World Health Report 2000 : Health Systems: Improving Performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2000/en/>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Integrated health services-what and why? Technical Brief No. 1*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

## APÊNDICE A

### Questionário aplicado a profissionais médicos e enfermeiros

Data da entrevista  _ _ / _ _ / _ _	
Entrevistador  _ _	Código
Horário de início da entrevista	_ _ : _ _ h
Revisado por  _ _	Data da revisão  _ _ / _ _ / _ _
Digitador 01  _ _	Data da digitação  _ _ / _ _ / _ _
Digitador 02  _ _	Data da digitação  _ _ / _ _ / _ _

1. Identificação do profissional de saúde entrevistado

\_\_\_\_\_

2. Entrevistador

\_\_\_\_\_

3. Data da entrevista \_\_/\_\_/\_\_\_\_

4. Função do entrevistado

1- Enfermeiro

2- Médico

5. Se médico, atua como no município: (*Admite mais de uma resposta*).

1- Cardiologista

2- Clínico geral

3- Generalista (PSF)

4- Ginecologista

5- Mastologista

6- Neurologista

7- Oftalmologista

8- Ortopedista

9- Pediatra

10- Psiquiatra

11- Urologista

12- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

999- Não se aplica (*se profissional não médico*)

6. Tempo de atuação no município?

1- Até 6 meses

2- De 7 a 12 meses

3- De 13 a 24 meses

4- De 25 a 36 meses

5- Mais de 3 anos

7. Trabalha em qual (is) unidade (s) no município? *(Admite mais de uma resposta)*

- 1- UBS/PSF Aldeia
- 2- UBS/PSF Alvorada
- 3- UBS/PSF Central
- 4- UBS/PSF Santo Antônio/Vaticano
- 5- UBS/PSF Santa Luzia
- 6- UBS/PSF São José
- 7- UBS/PSF São Pedro do Jequitinhonha
- 8- UBS/PSF Guaranilândia
- 9- Centro Viva Vida
- 10- CAPS
- 11- Hospital São Miguel
- 12- Policlínica
- 13- Outra. Se outra especifique: \_\_\_\_\_

8. Trabalha em outro (s) município (s)? *(Admite mais de uma resposta)*

- 0- Não
- 1- Almenara
- 2- Araçuaí
- 3- Itaobim
- 4- Itinga
- 5- Jacinto
- 6- Joáima
- 7- Jordânia
- 8- Medina
- 9- Outro. Se outro município, especifique: \_\_\_\_\_

9. Quando um paciente ATENDIDO POR VOCÊ tem necessidade de SER ENCAMINHADO a outro profissional de saúde DO PRÓPRIO MUNICÍPIO, você fornece informações por escrito para ele entregar ao outro profissional? *(Guia de referência e contra-referência ou outro tipo de relatório).*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca fornece
- 5- Nunca referenciou para o próprio município
- 888- Não sabe

10. Quando um paciente ATENDIDO POR VOCÊ tem necessidade de SER ENCAMINHADO a outro profissional de saúde DE OUTRO MUNICÍPIO (fora do município de Jequitinhonha), você fornece informações por escrito para ele entregar ao outro profissional?

*(Guia de referência e contra-referência ou outro tipo de relatório).*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca fornece
- 5- Nunca referenciou para outros município
- 888- Não sabe

11. Quando um paciente tem necessidade de ser avaliado/acompanhado POR VOCÊ e VEM ENCAMINHADO de outro profissional DO PRÓPRIO MUNICÍPIO, o paciente traz um relatório ou encaminhamento por escrito?

*(Guia de referência e contra-referência ou outro tipo de relatório).*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 5- Nunca recebeu paciente do próprio município para avaliar ou acompanhar
- 888- Não sabe

12. Quando um paciente tem necessidade de ser avaliado/acompanhado POR VOCÊ e VEM ENCAMINHADO de outro profissional DE OUTRO MUNICÍPIO (fora do município de Jequitinhonha), o paciente traz um relatório ou encaminhamento por escrito?

*(Guia de referência e contra-referência ou outro tipo de relatório).*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 5- Nunca recebeu paciente do outros município para avaliar ou acompanhar
- 888- Não sabe

13. Quando é solicitado atendimento com médico especialista NO PRÓPRIO MUNICÍPIO de Jequitinhonha, APÓS SER ATENDIDO, o paciente retorna com a contra-referência (ou relatório) ao profissional que o encaminhou?

*(Guia de referência e contra-referência ou outro tipo de relatório).*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca recebe
- 5- Nunca atendeu retornos
- 888- Não sabe

14. Quando é solicitado atendimento com médico especialista DE OUTRO MUNICÍPIO (fora do município de Jequitinhonha), APÓS SER ATENDIDO, o paciente retorna com a contra-referência (ou relatório) ao profissional que o encaminhou?

*(Guia de referência e contra-referência ou outro tipo de relatório).*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca recebe
- 5- Nunca atendeu retornos
- 888- Não sabe

15. *(SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS)* Após um período de internação, o paciente comparece ao posto/UBS com o relatório (ou sumário de alta), fornecido pelo serviço de internação para ser acompanhado pela atenção primária?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca comparece com laudo
- 5- Nunca atendeu paciente após internação
- 888- Não sabe
- 999 – Não se aplica

16. *(SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E APS)* Quando um paciente precisa de atendimento de saúde durante a semana (durante o dia) ele costuma procurar primeiro o posto/PSF para ser atendido?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca procuram primeiro a APS
- 888- Não sabe
- 999 – Não se aplica

17. *(SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA)* Quando um paciente procura atendimento de saúde no hospital durante o fim de semana e à noite é por motivos de emergência ou urgência?

- 1- Sim, sempre.
- 2- Sim, na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe
- 999- Não se aplica

18. (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS) Existe supervisão periódica por parte da Secretaria Municipal de Saúde ou por parte da Coordenação do PSF para avaliar a necessidade de encaminhamentos (para exames, consultas, etc) no município?

- 0- Não
- 1- Sim
- 888- Não sabe
- 999- Não se aplica

19. O tempo de espera até o resultado dos exames (*listados abaixo*) é adequado para a condução do caso do paciente?  
(quando realizados pelo sistema público de saúde)

a) Raios-X simples

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

b) Raios-X com contraste

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

c) Hemograma (leucograma e ionograma)

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

d) Parasitológico de fezes

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

e) Exames de urina (cultura, urina-rotina, urina 24 horas)

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

f) Sorologias (HIV, toxoplasmose, dengue, etc)

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

g) Escarro (BAAR, cultura de escarro)

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

h) Ultra-som (em geral)

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

i) Endoscopia digestiva

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

j) Mamografia

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

k) Biópsias (coleta da amostra e resultado da avaliação)

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

l) Tomografia computadorizada

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

m) Ressonância magnética

- 1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe



n) Cintilografia

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

o) Eletrocardiograma (simples de 12 derivações)

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

p) Eletrocardiograma de esforço

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

q) Ecocardiograma

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

20. (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS) Existe limite (ou cota) de exames especializados que podem ser agendados pelas unidades básicas por um período de tempo (semana, mês, etc)?

0- Não

1- Sim

888- Não sabe

999- Não se aplica

21. (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E APS) Existem pacientes sob seu acompanhamento aguardando a realização de exames especializados?

0- Não existem pacientes aguardando

1- Existem, mas são poucos

2- Existem muitos pacientes aguardando

888- Não sabe

999- Não se aplica

22. (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E APS) De uma maneira geral, como você avalia a capacidade do sistema municipal de saúde de Jequitinhonha de garantir a realização de exames especializados?

1- Muito satisfatória

2- Satisfatória

3- Insatisfatória

4- Pouco satisfatória

888- Não sabe

999- Não se aplica

23. O tempo de espera até a realização de consultas aos seguintes médicos especialistas (listadas abaixo) é adequado para a condução do caso do paciente?  
(quando realizadas pelo sistema público de saúde)

a) Cardiologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

b) Dermatologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

c) Endocrinologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

d) Gastroenterologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

e) Ginecologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

f) Infectologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

g) Mastologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

h) Nefrologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

i) Neurologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

j) Oftalmologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

k) Oncologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

l) Ortopedista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

m) Otorrinolaringologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

n) Pediatra

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

o) Pneumologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

p) Proctologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

q) Psiquiatra

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

r) Reumatologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

s) Urologista

1- Sempre  2- Na maioria das vezes  3- Às vezes  4- Nunca  888- Não Sabe

24. (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS) Existe limite (ou cota) de consulta com médicos especialistas que podem ser agendadas pelas unidades básicas?

0- Não

1- Sim

888- Não sabe

999- Não se aplica

25. Existem pacientes sob seu acompanhamento aguardando a realização de consultas com médicos especialistas?

0- Não existem pacientes aguardando

1- Existem, mas são poucos

2- Existem muitos pacientes aguardando

888- Não sabe

26. De uma maneira geral, como você avalia a capacidade do sistema municipal de saúde de Jequitinhonha em garantir a realização de consultas com médicos especialistas?

- 1- Muito satisfatória
- 2- Satisfatória
- 3- Insatisfatória
- 4- Pouco satisfatória
- 888- Não sabe

27. Existem pacientes sob seu acompanhamento aguardando a realização de cirurgias eletivas?

- 0- Não existem pacientes aguardando
- 1- Existem, mas são poucos
- 2- Existem muitos pacientes aguardando
- 888- Não sabe

28. O tempo de espera até a realização de cirurgias eletivas é adequado para a condução do caso do paciente.

*(quando realizadas pelo sistema municipal de saúde)*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe

29. De uma maneira geral, como você avalia a capacidade do sistema municipal de saúde em garantir a realização de cirurgias eletivas quando necessário?

- 1- Muito satisfatória
- 2- Satisfatória
- 3- Insatisfatória
- 4- Pouco satisfatória
- 888- Não sabe

30. *(SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E APS)* Quando um paciente é atendido no Posto de Saúde e há a necessidade de transferi-lo para o pronto-atendimento (hospital), com que frequência são conseguidas essas transferências?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 5- Ainda não precisou transferir
- 888- Não sabe
- 999- Não se aplica

31. *(SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS, GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS)* As gestantes que iniciam trabalho de parto conseguem assistência hospitalar ao parto no próprio município?

*(Considerar as de baixo risco)*

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe
- 999- Não se aplica

32. *(SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS, GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS)* Quando uma gestante de alto risco tem necessidade de um serviço de atenção ao parto fora do município de Jequitinhonha, com que frequência o município consegue encaminhá-la?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca

- 888- Não sabe
- 999- Não se aplica

33. De uma maneira geral, como você avalia a capacidade do sistema municipal de saúde em garantir internações hospitalares aos usuários quando necessário?

- 1- Muito satisfatória
- 2- Satisfatória
- 3- Insatisfatória
- 4- Pouco satisfatória
- 888- Não sabe

34. O tempo de espera até a realização de atendimentos pelos seguintes profissionais é adequado para a condução do caso do paciente?

*(quando realizadas pelo sistema municipal de saúde)*

a) Fisioterapeuta

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não Sabe

b) Terapia ocupacional

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não Sabe

c) Psicólogo

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não Sabe

d) Fonoaudiólogo

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não Sabe

35. Existem pacientes sob seu acompanhamento aguardando atendimento com os seguintes profissionais.

a) Fisioterapeuta

- 0- Não existem pacientes aguardando
- 1- Existem, mas são poucos
- 2- Existem muitos pacientes aguardando
- 888- Não sabe

b) Fonoaudiólogo

- 0- Não existem pacientes aguardando
- 1- Existem, mas são poucos
- 2- Existem muitos pacientes aguardando
- 888- Não sabe

c) Terapeuta ocupacional

- 0- Não existem pacientes aguardando
- 1- Existem, mas são poucos
- 2- Existem muitos pacientes aguardando
- 888- Não sabe

d) Psicólogo

- 0- Não existem pacientes aguardando
- 1- Existem, mas são poucos
- 2- Existem muitos pacientes aguardando
- 888- Não sabe

36. Quando os pacientes de sua área conhecem alguém da SMS, algum médico ou político, fica mais fácil de conseguirem a realização de exames especializados NO MUNICÍPIO?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes

- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe

37. E no caso de realização de consultas com médicos especialistas NO PRÓPRIO MUNICÍPIO, facilita?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe

38. E consulta especializada FORA DO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe

39. E quando os pacientes de sua área conhecem alguém da SMS, algum médico ou político, fica mais fácil de conseguirem a realização cirurgias eletiva?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe

40. E para a transferência de pacientes das unidades de atenção básica para o serviço de urgência/emergência do município?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 5- Ainda não precisou transferir
- 888- Não sabe

41. E no caso de internação hospitalar?

- 1- Sempre
- 2- Na maioria das vezes
- 3- Às vezes
- 4- Nunca
- 888- Não sabe

## APÊNDICE B

### Questionário aplicado a gestores do sistema municipal de saúde

1. Data da entrevista  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	
2. Entrevistador  _ _ _	Código
3. Horário de início da entrevista  _ _ _ : _ _ _ h	
4. Revisado por  _ _ _	5. Data da revisão  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
6. Digitador 01  _ _ _	7. Data da digitação  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
8. Digitador 02  _ _ _	9. Data da digitação  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _

#### II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

10. Nome do entrevistado	
11. Função/Cargo	
12. Tempo na função/cargo	
13. Possuía vínculo com a SMS antes de assumir esta função/cargo? 0. Não 1. Sim.	_ _
14. Formação 1. Ensino médio incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino superior 4. Ensino técnico. Especifique: _____	_ _
15. Qual a sua formação na graduação? 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Outro _____ 999. Não se aplica	_ _
16. Tem pós-graduação? 0. Não 1. Especialização 2. Residência 3. Mestrado 4. Doutorado 999. Não se aplica	_ _
17. Nome do curso de pós-graduação? _____	
18. Qual o tempo dedicado ao cargo? 1. 40 horas semanais 2. Entre 20 e 39 horas semanais 3. Menos de 20 horas semanais	_ _

#### III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**19. Como é feita a marcação de:**

	1. De responsabilida de do usuário, na sua USF.	2. De responsabilidade do usuário, na SMS.	3. De responsabilidade do usuário no serviço de referência.	4. De responsabilidade da ESF, na própria unidade.	5. De responsabilida de da ESF, na SMS.	6. De responsabilidad e da ESF no serviço de referência.	7. Outra.
a) Exames laboratoriais	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
b) Raios-X	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
c) ECG	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
d) Exames especializados realizados pelo município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
e) Exames especializados realizados pelo Viva Vida	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
f) Exames especializados realizados fora do município.	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____

	1. De responsabilida de do usuário, na sua USF.	2. De responsabilidade do usuário, na SMS.	3. De responsabilidade do usuário no serviço de referência.	4. De responsabilidade da ESF, na própria unidade.	5. De responsabilida de da ESF, na SMS.	6. De responsabilidad e da ESF no serviço de referência.	7. Outra.
g) Cirurgias eletivas ofertadas pelo município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
h) Cirurgias eletivas realizadas fora do município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
i) Consultas com especialistas ofertadas pelo município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
j) Consulta com especialistas ofertadas pelo Viva Vida	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
l) Consulta com especialistas fora do domicílio	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____



**20. Como é feita a comunicação do agendamento:**

	1. O usuário procura se informar na sua USF.	2. O usuário procura se informar na SMS.	3. O usuário procura se informar no próprio serviço de referência.	4. A ESF fica responsável por informa o usuário após ser informada da data pela SMS.	5. A SMS informa ao paciente depois de agendado sem passar pela ESF	6. O próprio serviço de referência comunica ao usuário	7. Outra.
a) Exames laboratoriais	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
b) Raios-X	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
c) ECG	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
d) Exames especializados realizados pelo município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
e) Exames especializados realizados pelo Viva Vida	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
f) Exames especializados realizados fora do município.	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____

g) Cirurgias eletivas ofertadas pelo município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
--	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

	1. O usuário procura se informar na sua USF.	2. O usuário procura se informar na SMS.	3. O usuário procura se informar no próprio serviço de referência.	4. A ESF fica responsável por informa o usuário após ser informada da data pela SMS.	5. A SMS informa ao paciente depois de agendado sem passar pela ESF	6. O próprio serviço de referência comunica ao usuário	7. Outra.
h) Cirurgias eletivas realizadas fora do município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
i) Consultas com especialistas ofertadas pelo município	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
j) Consulta com especialistas ofertadas pelo Viva Vida	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____
l) Consulta com especialistas fora do domicílio	—	—	—	—	—	—	_____ _____ _____ _____

<p><b>21.</b> Como é a entrega dos resultados de exames laboratoriais?</p> <p>1. O próprio usuário os recebe no laboratório.  2. O próprio usuário os recebe na unidade solicitante.  3. A ESF (ACS) os entrega na residência.  4.  Outro: _____  <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
---	---

#### IV. AVALIAÇÃO

<p><b>22.</b> Existe avaliação regular da articulação (integração ou coordenação) entre os níveis de atenção?</p>	
<p><b>a.</b> Para analisar se a APS exerce a função de porta de entrada  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim. <b>888.</b> Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, como?  _____  _____</p>	_
<p><b>b.</b> Para certificar-se da transferência de informações (referência e contra-referência)  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim. <b>888.</b> Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, como?  _____  _____</p> <p><b>Se a e b "Não" vá para 25.</b></p>	_
<p><b>23.</b> Existe um responsável pela avaliação?  <b>0.</b> Não.    <b>1.</b> Sim.    <b>888.</b> Não sabe    <b>999.</b> Não se aplica.</p> <p>Se <b>Sim</b>, quem?  _____</p>	_
<p><b>24.</b> Os dados dos sistemas de informações oficiais (SIS, SIH) são usados na monitorização e/ou outras avaliações pontuais?  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_

<p><b>25.</b> Existe prática sistemática de análise dos encaminhamentos para a atenção especializada realizados pelos?</p>	
<p><b>a.</b> Profissionais da APS  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>b.</b> Profissionais especialistas próprios  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>c.</b> Profissionais especialista do PVV  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>d.</b> Realizados pelos profissionais da atenção hospitalar  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>26.</b> Existe um pacto de oferta/demanda de serviços (cotas) entre a atenção especializada e a APS</p>	

que pode ser solicitado em um determinado período de tempo para?	
<b>a.</b> Exames laboratoriais (sangue, fezes, urina) 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>b.</b> Exames complementares especializados 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>c.</b> Consultas com médicos especialistas 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>d.</b> Cirurgias eletivas 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>Se a, b, c e d “Não” vá para 32</b>	
<b>27.</b> O pacto de oferta/demanda (cotas) é estabelecido para cada especialidade, tipo de procedimento ou tipo de prova diagnóstica? 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica	_
<b>28.</b> O pacto de oferta/demanda (cotas) é revisto anualmente (no mínimo)? 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica	_
<b>29.</b> O pacto de oferta/demanda utiliza taxas de referência extraídas do comportamento médio das áreas em uma série histórica? 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica	_
<b>30.</b> O pacto de oferta/demanda pode ser ajustado conforme características eventuais? 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica	_

<b>31.</b> A coordenação da atenção básica realiza trimestralmente (no mínimo) avaliações sobre:	
<b>a.</b> Utilização de consultas especializadas 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>b.</b> Realização de exames laboratoriais 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>c.</b> Realização de exames complementares especializados 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>d.</b> Realização de procedimentos hospitalares eletivos 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.	_
<b>Se a, b, c e d “Não” vá para 34</b>	
<b>32.</b> Quando a coordenação da atenção básica identifica desvios em relação ao compromisso de consumo (cotas, consumo médio), esta analisa os desvios? 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica	_
<b>33.</b> Esta análise é feita conjuntamente com os responsáveis pela atenção especializada? 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica	_
<b>34.</b> A SMS estabelece metas próprias a serem cumpridas:	

<p><b>a.</b> Pelos profissionais da APS  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>b.</b> Pelos profissionais da atenção especializada  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>35.</b> A SMS atribui metas de recomendação estadual e federal a serem cumpridas</p>	
<p><b>a.</b> Pelos profissionais da APS  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>b.</b> Pelos profissionais da atenção especializada  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p>	_

#### V. PLANEJAMENTO

<p><b>36.</b> Existe planejamento voltado</p>	
<p><b>a.</b> Para que a APS exerça a função de porta de entrada  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, como?  _____</p>	_
<p><b>b.</b> Para que ocorra a transferência de informações (referência e contra-referência)  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, como?  _____</p> <p><b>Se a e b "Não" vá para 39.</b></p>	_
<p><b>37.</b> O planejamento ocorre de modo participativo?  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.    <b>999.</b> Não se aplica</p>	
_	

**VI. PROPRIEDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

38. Em relação aos serviços de saúde no município:					
Tipo	1) Existe? 0. Não 1. Sim. Quantos?	2) Qual a propriedade? 1. Municipal 2. Estadual 3. União 4. Conveniado ao SUS (filantrópico, universitário). 5. Privado 6. Consórcio 7. Outro	3) É referência para algum município? 0. Não 1. Sim	4) Faz referência para algum município? 0. Não 1. Sim	5) Nome do município
a) Internações de clínica médica (adulto)	_____ Se <b>Não</b> , vá para coluna "4". <b>Sim</b> , siga coluna "2"	_____ Siga coluna "3"	_____ Se <b>Não</b> , vá para linha "b". <b>Sim</b> , vá para coluna "5"	_____ Se <b>Não</b> , vá para linha "b". <b>Sim</b> , siga coluna "5"	_____ _____ _____ _____ _____
b) Internações pediátricas	_____ Se <b>Não</b> , vá para coluna "4". <b>Sim</b> , siga coluna "2"	_____ Siga coluna "3"	_____ Se <b>Não</b> , vá para linha "c". <b>Sim</b> , vá para coluna "5"	_____ Se <b>Não</b> , vá para linha "c". <b>Sim</b> , siga coluna "5"	_____ _____ _____ _____ _____
c) Hospital com terapia intensiva adulto	_____ Se <b>Não</b> , vá para	_____ Siga coluna "3"	_____ Se <b>Não</b> , vá para linha	_____ Se <b>Não</b> , vá para linha	_____ _____ _____ _____

	coluna "4". <b>Sim</b> , siga coluna "2"		"d". <b>Sim</b> , vá para coluna "5"	"d". <b>Sim</b> , siga coluna "5"	_____
a) Hospital com terapia intensiva pediátrica	_____ Se Não, vá para coluna "4". Sim, siga coluna "2"	_____ Siga coluna "3"	_____ Se Não, vá para linha "e". Sim, vá para coluna "5"	_____ Se Não, vá para linha "e". Sim, siga coluna "5"	_____
b) Hospital com terapia intensiva neonatal	_____ Se Não, vá para coluna "4". Sim, siga coluna "2"	_____ Siga coluna "3"	_____ Se Não, vá para linha "f". Sim, vá para coluna "5"	_____ Se Não, vá para linha "f". Sim, siga coluna "5"	_____
c) Pronto socorro ou pronto atendimento	_____ Se Não, vá para coluna "4". Sim, siga coluna "2"	_____ Siga coluna "3"	_____ Se Não, vá para próxima pergunta. Sim, vá para coluna "5"	_____ Se Não, vá para próxima pergunta. Sim, siga coluna "5"	_____

## VII. OFERTA DE SERVIÇOS

**39.** Quais os estabelecimentos e serviços de saúde ofertados de acordo com a micro ou macrorregional:

*Admite mais uma resposta.*

Para cada item, marcar:

1. Micro Almenara
2. Macro Jequitinhonha
3. Belo horizonte
4. Outro
- 888.** Não sabe

<b>a.</b> Internações de clínica médica (adulto)	_ _ _ _ _ _ _
<b>b.</b> Internações pediátricas	_ _ _ _ _ _ _
<b>c.</b> Hospital com terapia intensiva adulto	_ _ _ _ _ _ _
<b>d.</b> Hospital com terapia intensiva pediátrica	_ _ _ _ _ _ _
<b>e.</b> Hospital com terapia intensiva neonatal	_ _ _ _ _ _ _
<b>f.</b> Pronto socorro ou pronto atendimento	_ _ _ _ _ _ _
<b>g.</b> Patologia clínica	_ _ _ _ _ _ _
<b>h.</b> Radiodiagnóstico	_ _ _ _ _ _ _
<b>i.</b> Medicina nuclear	_ _ _ _ _ _ _
<b>j.</b> Densitometria óssea	_ _ _ _ _ _ _
<b>k.</b> Ressonância magnética	_ _ _ _ _ _ _
<b>l.</b> Tomografia	_ _ _ _ _ _ _
<b>m.</b> Radiologia intervencionista	_ _ _ _ _ _ _
<b>n.</b> Hemodinâmica	_ _ _ _ _ _ _
<b>o.</b> Terapia renal substitutiva	_ _ _ _ _ _ _
<b>p.</b> Oncologia	_ _ _ _ _ _ _
<b>q.</b> Reabilitação	_ _ _ _ _ _ _
<b>r.</b> Litotripsia	_ _ _ _ _ _ _
<b>s.</b> Hemoterapia	_ _ _ _ _ _ _

**40.** Especificamente para cada dos seguintes exames, há dificuldade para garantir a realização:



(Para cada item, marcar: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe)	
<b>a.</b> Urina Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>b.</b> Sangue Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>c.</b> Fezes Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>d.</b> Escarro Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>e.</b> Raios-X simples Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>f.</b> Raios-X contrastado Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>g.</b> Sorologias (HIV, toxoplasmose, dengue. Etc.) Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>h.</b> Ultrassom Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>i.</b> Endoscopia digestiva Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>j.</b> Mamografia Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>k.</b> Biópsias (coleta da amostra e resultado) Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>l.</b> Tomografia computadorizada Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>m.</b> Ressonância magnética Se <b>Sim</b> , qual?	_
<b>n.</b> Cintilografia	_

Se <b>Sim</b> , qual? _____	
<b>o.</b> Eletrocardiograma Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>p.</b> Eletrocardiograma de esforço Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>q.</b> Ecocardiograma Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>r.</b> Eletroencefalograma Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<p><b>41.</b> Especificamente para cada uma das seguintes especialidades médicas, há dificuldades para se garantir a realização da consulta com: (Para cada item, marcar: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe )</p>	
<b>a.</b> Cardiologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>b.</b> Dermatologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>c.</b> Endocrinologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>d.</b> Gastroenterologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>e.</b> Ginecologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>f.</b> Infectologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>g.</b> Mastologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__
<b>h.</b> Nefrologia Se <b>Sim</b> , qual? _____	__

i. Neurologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
j. Oftalmologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
k. Oncologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
l. Ortopedia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
m. Otorrinolaringologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
n. Pediatria Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
o. Pneumologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
p. Proctologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
q. Psiquiatria Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
r. Reumatologista Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>
s. Urologia Se <b>Sim</b> , qual?	<input type="checkbox"/>

#### IX. REGISTROS DE SAÚDE E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

<p><b>42.</b> Há computadores na SMS que possuem os seguintes Sistemas de Informação automatizados: (Para cada item, marcar: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe)</p>	
a. SISREG (Sistema de Informação para Regulação)	<input type="checkbox"/>
b. SUSFÁCIL	<input type="checkbox"/>

c. TAS (Terminal de Atendimento do SUS – permite marcação, mas não regulação)	<input type="checkbox"/>
d. Outro	<input type="checkbox"/>

### VIII. REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS SOB GESTÃO DO ESTADO

<p><b>43.</b> As cotas para os serviços sob gestão estadual são definidas pela programação pactuada Integrada (PPI)?  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>44.</b> Como é feito o controle dessas cotas (regulação)?  <b>1.</b> Central de regulação do Estado.  <b>2.</b> Central de regulação do Município.  <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>45.</b> Existe um núcleo municipal de supervisão e acompanhamento?  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>46.</b> Existe um gerente ou coordenador municipal da regulação estadual?  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.   Se <b>Sim</b>, quem?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>47.</b> Como são realizadas as buscas por vagas?  <b>1.</b> SUSFÁCIL    <b>2.</b> Telefone    <b>3.</b> Outro    <b>888.</b> Não sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>48.</b> O serviço hospitalar estabelece ligação com a central de leitos em caso de necessidade de transferência?  <b>0.</b> Não      <b>1.</b> Sim    <b>888.</b> Não sabe.    <b>999.</b> Não se aplica</p>	<input type="checkbox"/>

<b>49.</b> Onde se localiza a Central de Regulação	
<p><b>a.</b> Microrregional  <b>1.</b> No próprio município  <b>2.</b> Almenara  <b>3.</b> Teófilo Otoni  <b>4.</b> Belo Horizonte  <b>5.</b> Outro  <b>888.</b> Não sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>b.</b> Macrorregional 1  <b>1.</b> No próprio município  <b>2.</b> Almenara  <b>3.</b> Teófilo Otoni  <b>4.</b> Belo Horizonte  <b>5.</b> Outro  <b>888.</b> Não sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>a.</b> Macrorregional 2  <b>0.</b> Somente uma macrorregional  <b>1.</b> No próprio município</p>	<input type="checkbox"/>

<p>2. Almenara 3. Teófilo Otoni 4. Belo Horizonte 5. Outro 888. Não sabe</p>	
--	--

#### XIX. COMPRA DE SERVIÇOS DA REDE PRIVADA

<p><b>50.</b> Há casos que necessitam de compra direta de serviços da rede privada para?</p>	
<p><b>a.</b> Consultas com médicos especialistas 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.</p>	_
<p><b>b.</b> Exames complementares especializados 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.</p>	_
<p><b>c.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias) 0. Não      1. Sim    888. Não sabe.</p> <p style="text-align: center;"><b>Se a, b e c “Não” vá para 53.</b></p>	_
<p><b>51.</b> Em quais casos isso ocorre? 1. Casos de urgência/emergência. 2. Para os casos com maior fila de espera. 3. Outros: _____</p> <p>888. Não sabe. 999. Não se aplica.</p>	_

#### X. PERCURSO MAIS COMUM DO PACIENTE PARA ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

<p><b>52.</b> Qual a principal origem dos pacientes para encaminhados para a atenção especializada? 1. Unidades básicas de saúde 2. Hospital. 3. Especialidades da rede própria. 4. Especialistas do Viva Vida 5. Especialistas de outros municípios 6. Outro. _____</p> <p>888. Não sabe.</p>	_
<p><b>53.</b> Em casos de doenças específicas (hipertensão, diabetes, dengue e outras) existem fluxos de atenção pré-determinados 0. Não    1. Sim    888. Não sabe.</p> <p style="text-align: center;"><b>Se “Não” vá para 56.</b></p>	_
<p><b>54.</b> Os fluxos abordam desde a solicitação (encaminhamento), a conclusão diagnóstica ou terapêutica até a contra-referência ao médico da APS? 0. Não    1. Sim    888. Não sabe.    999. Não se aplica</p>	_
<p><b>55.</b> Quando a ESF julga necessário, consegue-se transferir o usuário para o hospital? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes</p>	

<p>2. Às vezes. 3. Na maioria das vezes. 4. Sempre. 888. Não sabe.</p>	_
<p><b>56.</b> Doentes que demandam procedimentos mais complexo procuram por conta própria outro município que tenha uma maior densidade tecnológica na assistência à saúde? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. 888. Não sabe.</p> <p><b>Se "NUNCA" vá para 59.</b></p>	_
<p><b>57.</b> Quais fatores facilitam a procura de serviços por conta própria em outros municípios? 1. Ter familiares em outros municípios 2. Melhores condições financeiras 3. Melhores condições para o transporte 4. Outros 888. Não sabe 999. Não se aplica</p>	_

#### XI. PORTA DE ENTRADA

<p><b>58.</b> O município encontra dificuldade para que o usuário procure primeiro o centro de saúde quando precisa de atendimento? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, qual?</p> <p>_____</p>	_
<p><b>59.</b> Para atendimentos em horários fora do funcionamento das USF, quais os serviços de referências para a população? 0. Nenhum. 1. Hospital. 2. Outro.</p> <p>_____</p> <p>888. Não sabe.</p>	_
<p><b>60.</b> Quais os fatores explicativos pela procura dos serviços de urgência como primeiro contato? 1. Possibilidade de atendimento no mesmo dia. 2. Maior facilidade de acesso a meios diagnósticos. 3. Horário de funcionamento. 4. Atendimento nos finais de semana e à noite. 5. Outros. _____</p> <p>888. Não sabe.</p>	_
<p><b>61.</b> O serviço de urgência do município adota algum protocolo de classificação de risco, retornando ao PSF os pacientes com necessidades não urgentes? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_
<p><b>62.</b> É possível o paciente ser encaminhado para a atenção especializada por meio da procura direta pela unidade de urgência sem passar pela USF? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_

<p><b>63.</b> Em relação às demandas não programadas nas unidades básicas de saúde, qual é a orientação da SMS para as equipes?</p> <p><b>0.</b> Não há recomendação</p> <p><b>1.</b> Acolhimento pelo enfermeiro</p> <p><b>2.</b> Acolhimento por técnico de enfermagem</p> <p><b>3.</b> Reserva de vagas para consultas nos casos de demanda não programada</p> <p><b>4.</b> Outro.</p> <p><b>888.</b> Não sabe</p>	<input type="text"/>
<p><b>64.</b> Em relação às demandas de população não vinculada à ESF, qual é a orientação da SMS?</p> <p><b>0.</b> Não há recomendação</p> <p><b>1.</b> Acolhimento pelo enfermeiro</p> <p><b>2.</b> Acolhimento por técnico de enfermagem</p> <p><b>3.</b> Reserva de vagas para consultas nos casos de demanda não programada</p> <p><b>4.</b> É garantido atendimento integral quando necessário.</p> <p><b>5.</b> Outro.</p> <p><b>888.</b> Não sabe</p>	<input type="text"/>

## XII. CAPACIDADE RESOLUTIVA DA APS

<p><b>65.</b> Qual a proporção de problemas de saúde que a APS consegue resolver?</p> <p><b>0.</b> Nenhum</p> <p><b>1.</b> A minoria dos casos</p> <p><b>2.</b> A maioria dos casos</p> <p><b>3.</b> Todos os casos</p> <p><b>888.</b> Não sabe</p>	<input type="text"/>
<p><b>66.</b> O conhecimento técnico dos profissionais da APS é suficiente para resolverem a sua demanda de problemas de saúde?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="text"/>
<p><b>67.</b> O repertório de provas diagnósticas disponível para a APS é suficiente para resolver as patologias principais?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="text"/>
<p><b>68.</b> Quando os médicos da atenção básica encaminham um paciente para a atenção especializada todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica foram esgotados?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="text"/>
<p><b>69.</b> Os profissionais da APS reconhecem os problemas de saúde de sua área de abrangência?</p>	<input type="text"/>

<p>0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. 888. Não sabe.</p>	
<p>70. Os profissionais da APS se responsabilizam pelos problemas de saúde de sua área de abrangência? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. 888. Não sabe.</p>	_
<p>71. Os profissionais da APS procuram resolver os problemas de saúde de sua área de abrangência? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. 888. Não sabe.</p>	_

### XIII. INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

72. Existe uma central de marcação para serviços ofertadas pelo município?	
<p>a. Para consultas com médicos especialistas 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_
<p>b. Para exames complementares especializados 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_
<p>c. Procedimentos hospitalares (cirurgias) 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_
<p>73. Essa central regula e controla a oferta e a utilização? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica</p>	_
74. Existe um responsável pela regulação da rede de serviços locais para:	
<p>a. Consultas com médicos especialistas 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. Quem: _____</p>	_
<p>b. Exames complementares especializados 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. Quem: _____</p>	_
<p>c. Procedimentos hospitalares (cirurgias) 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. Quem: _____</p>	_
<p>75. A marcação do município é informatizada? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_



<b>Se “Sim” vá para 79.</b>	
<b>76.</b> Se não informatizada, utiliza impressos próprios? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	_
<b>77.</b> Se, “Central informatizada”, qual é o sistema utilizado?  1. SISREG (Sistema de Informação da Atenção Básica – fornecido pelo DATASUS – marcação e regulação) 2. SUSFÁCIL 3. TAS (Terminal de Atendimento do SUS – permite marcação, mas não regulação) 4. Outro: _____ 888. Não sabe. 999. Não se aplica.	_
<b>78.</b> Se, “Central não informatizada”, Há perspectiva de informatização do sistema? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	_

<b>79.</b> Já houve reuniões com os profissionais de saúde para discutir:	
<b>a.</b> A APS como porta de entrada 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.	_
<b>b.</b> A necessidade de transferência de informações (referência e contra-referência) 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.  <b>Se a e b “Não” vá para 82.</b>	_
<b>80.</b> Há quanto tempo ocorreu a última reunião? _____	
<b>81.</b> Os centros de saúde são quem controlam, dia a dia, a agenda de especialidades de acordo com a oferta e demanda para:	
<b>a.</b> Consultas com médicos especialistas 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.	_
<b>b.</b> Exames complementares especializados 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.	_
<b>c.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias) 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.  <b>Se a, b e c “Não” vá para 85.</b>	_
<b>82.</b> A atenção primária tem desempenhado adequadamente esse controle? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	_
<b>83.</b> A APS dispõe de meios informatizados para esse controle? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	_
<b>84.</b> O município vê a possibilidade de descentralizar a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da atenção básica?	_

0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	
85. Já existem estratégias para descentralizar a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da atenção básica? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	__
86. Os profissionais de saúde utilizam sistematicamente os protocolos de atenção para agravos de prioridade estadual/nacional? (hipertensão, diabetes, etc.). 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. 888. Não sabe. 999. Não se aplica  <b>Se "Nunca" vá para 90.</b>	__
87. Caso adotem, esses protocolos passaram por processos de discussão e revisões locais? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe. 999. Não se aplica	__

88. Caso tenham passado por discussão e revisões locais, quais atores participaram? 1. Profissionais da atenção primária. 2. Profissionais da atenção hospitalar. 3. Profissionais da atenção especializada 4. Entidades representativas (CMS) 888. Não sabe 999. Não se aplica.	__
89. Há protocolos elaborados especificamente para o nível local para o manejo das patologias mais comuns? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.	__
90. Há dificuldades para elaboração de protocolos? 0. Não (vá para ??) 1. Sim 888. Não sabe.  <b>Se "Não" vá para 93.</b>	__
91. Quais as dificuldades para a elaboração de protocolos? _____ _____	
92. São realizados encontros entre os profissionais de diferentes níveis de atenção para discussões da articulação? 0. Não 1. Sim 888. Não sabe.	__
93. Qual a periodicidade dessas reuniões com as equipes? 1. Ocasional 2. Mensal 3. Anual 4. Outro: _____	__

#### XIV. INSTRUMENTOS DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

94. Quais os instrumentos formais de referência e contra-referência utilizados no município?	__
--	----

<p><b>0.</b> Não existem.</p> <p><b>1.</b> Prontuários eletrônicos</p> <p><b>2.</b> Guias manuais de referência e contra-referência.</p> <p><b>3.</b> Outro.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	
<p><b>95.</b> Se guias manuais, em relação ao suprimento:</p> <p><b>1.</b> É regular e não falta.</p> <p><b>2.</b> Algumas vezes faltam impressos.</p> <p><b>888.</b> Não sabe</p> <p><b>999.</b> Não se aplica</p>	_
<p><b>96.</b> Os médicos fornecem informações (relatórios) por escrito quando o paciente é referenciado para outros serviços no próprio município?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>97.</b> E para outros serviços fora do município?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>98.</b> Os médicos recebem contra-referência após consulta do usuário com especialista contratado pelo próprio município?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>99.</b> E após consulta do usuário com especialista do programa Vida Vida?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>100.</b> E com especialistas de outros municípios?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>101.</b> A atenção primária é comunicada precocemente e formalmente das altas hospitalares?</p> <p><b>0.</b> Nunca.</p> <p><b>1.</b> Na minoria das vezes</p> <p><b>2.</b> Na maioria das vezes.</p> <p><b>3.</b> Sempre.</p> <p><b>888.</b> Não sabe.</p>	_

## XV. INSTRUMENTOS PARA CONTINUIDADE INFORMACIONAL

<p><b>102.</b> Com que frequência os profissionais de saúde fazem registros nos prontuários após cada consulta?</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>103.</b> Existe algum sistema que permita o compartilhamento de informações clínicas entre os diferentes profissionais que tratam um mesmo paciente?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>104.</b> Todas as provas diagnósticas já realizadas são enviadas ao especialista quando o usuário é encaminhado?</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>105.</b> As informações clínicas ao médico especialista são completas?</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.</p>	<input type="checkbox"/>

## XVI. PRIORIZAÇÃO

<p><b>106.</b> Existem casos nos quais se faz necessário priorizar a marcação de:</p> <p style="text-align: center;">(Assinale <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe)</p>	
<p><b>a.</b> Consultas com médicos especialistas</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>b.</b> Exames complementares especializados</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>c.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias)</p> <p><b>Se a, b e c “Não” vá para 112.</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>107.</b> Quando isso ocorre, existem critérios pré-estabelecidos para o estabelecimento dessas prioridades</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe. <b>999.</b> Não se aplica</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>108.</b> E esses critérios são baseados em que?</p> <p><b>1.</b> Critérios clínicos.  <b>2.</b> Classificação de risco formalizada.  <b>3.</b> Outro (s). Qual (is)?</p>	<input type="checkbox"/>

<b>999.</b> Não se aplica	
<b>109.</b> Onde são primeiramente estabelecidos esses critérios?  1. Pela ESF. 2. Pela SMS. 3. Pelo profissional solicitante 4. Outro. Qual?  <b>888.</b> Não sabe	<input type="checkbox"/>
<b>110.</b> Os casos considerados prioritários são avaliados por equipe de profissionais de saúde reguladora da SMS? 0. Não 1. Sim <b>888.</b> Não sabe.	<input type="checkbox"/>

### XVII. MECANISMOS INFORMAIS

<b>111.</b> O contato informal entre médicos ou outros profissionais facilitam o acesso à atenção especializada? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. <b>888.</b> Não sabe.	<input type="checkbox"/>
<b>112.</b> E no caso do contato entre o próprio usuário com médicos ou outros profissionais de saúde? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. <b>888.</b> Não sabe.	<input type="checkbox"/>
<b>113.</b> E entre o próprio usuário com pessoas ligadas à SMS? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. <b>888.</b> Não sabe.	<input type="checkbox"/>
<b>114.</b> E do usuário com pessoas ligadas à política? 0. Nunca. 1. Na minoria das vezes 2. Na maioria das vezes. 3. Sempre. <b>888.</b> Não sabe.	<input type="checkbox"/>

### XIII. LISTA DE ESPERA

<b>115.</b> Como o pedido (solicitação ou guia) para exames, procedimentos ou consultas especializadas é inserido no sistema de agendamento?  (admite-se mais de uma resposta)  0. Não há critérios.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

<p>1. De acordo com uma classificação de risco.  2. De acordo com data da solicitação.  3. De acordo com o serviço de referência a ser procurado.  4. Por ordem de chegada.  <b>888.</b> Não sabe.</p>	
--	--

<p><b>116.</b> Quando o agendamento está demorado, há monitoramento para saber se o usuário ainda se mantém com a necessita?  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>117.</b> Há monitoramento das filas de espera para atenção especializada  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_

### XIX. ABSTENÇÃO AOS PROCEDIMENTOS AGENDADOS

<p><b>118.</b> A SMS tem problemas com faltas do usuário aos agendamentos para:</p>		
<p><b>a.</b> Consultas com médicos especialistas da rede própria  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>b.</b> Consultas com médicos especialistas do PVV  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>c.</b> Consultas com médicos especialistas fora do domicílio  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>d.</b> Exames complementares especializados no próprio município  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>e.</b> Exames complementares especializados fora do próprio município  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>f.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias) no próprio município  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>g.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias) fora do próprio município  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>119.</b> Quais fatores contribuem para as faltas?  1. O agendamento ocorre com muita antecedência  2. O usuário já resolveu de outra forma  3. Dificuldades de transporte  4. Dificuldades financeiras  5. Dificuldades na comunicação  <b>888.</b> Não sabe.</p>		_
<p><b>120.</b> As ausências são substituídas nos casos de</p>		
<p><b>a.</b> Consultas com médicos especialistas da rede própria  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	
<p><b>b.</b> Consultas com médicos especialistas do PVV  <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_	

<b>c.</b> Consultas com médicos especialistas fora do domicílio <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>d.</b> Exames complementares especializados no próprio município <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>e.</b> Exames complementares especializados fora do próprio município <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>f.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias) no próprio município <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>g.</b> Procedimentos hospitalares (cirurgias) fora do próprio município <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>121.</b> Quais os critérios para a substituição? <b>0.</b> Não há critérios. <b>1.</b> De acordo com a classificação de risco. <b>2.</b> De acordo com data da solicitação. <b>3.</b> Facilidade de comunicação <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>122.</b> Quais estratégias já foram tomadas ou propostas para diminuir as vagas remanescentes? <b>1.</b> Busca ativa dos faltosos <b>2.</b> Confirmação antes da data <b>3.</b> Outro <b>888.</b> Não sabe	_

## XX. LOGÍSTICA

<b>123.</b> A SMS disponibiliza transporte para os usuários que precisam fazer exames, consultas ou procedimentos fora do município?	_
<b>124.</b> Quais custos são arcados pela SMS? <b>1.</b> Transporte <b>2.</b> Gasto na viagem <b>3.</b> Hospedagem <b>4.</b> Gastos durante a estadia <b>5.</b> Outro. <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>125.</b> Como funciona a casa de apoio? _____ _____ _____	

## XXI. OFERTA MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES

<b>126.</b> No caso das ações de saúde não ofertados pela rede de serviços do município, como é garantido o acesso? <b>1.</b> Programação Pactuada Integrada <b>2.</b> Consórcios intermunicipais <b>3.</b> Outro	_
--	---

<b>127.</b> A agenda de consultas especializadas e provas diagnósticas ofertadas pelo município é estável? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
---	---

<b>128.</b> Em relação à equipe de apoio ao PSF, há problemas na oferta de:	
<b>a.</b> Nutricionista <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.  Se sim, qual:_____	_
<b>b.</b> Assistente social <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.  Se sim, qual:_____	_
<b>c.</b> Fisioterapeuta <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.  Se sim, qual:_____	_
<b>d.</b> Odontólogo <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.  Se sim, qual:_____	_
<b>e.</b> Psicólogo <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.  Se sim, qual:_____	_
<b>f.</b> Fonoaudiólogo <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.  Se sim, qual:_____	_

## XXII. DEMANDA

<b>129.</b> Em relação ao número de pacientes no município aguardando:	
<b>a.</b> Exames especializados  <b>0.</b> Não existem <b>1.</b> Existem, mas são poucos <b>2.</b> Existem muitos <b>888.</b> Não sabe	_
<b>b.</b> Consultas com especialistas  <b>0.</b> Não existem <b>1.</b> Existem, mas são poucos <b>2.</b> Existem muitos	_



<b>888.</b> Não sabe	
----------------------	--

<p>c. Cirurgias eletivas</p> <p><b>0.</b> Não existem  <b>1.</b> Existem, mas são poucos  <b>2.</b> Existem muitos  <b>888.</b> Não sabe</p>	_
--	---

### XIII. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO HOSPITALAR E ESPECIALIZADA

<b>130.</b> Em relação aos pacientes encaminhados para (citar as opções abaixo) nos últimos 6 meses, conseguiram realizá-las:	
<p>a. Consultas com médicos especialistas da rede própria</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.  <b>999.</b> Não se aplica</p>	_
<p>b. Consultas com médicos especialistas do PVV</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.  <b>999.</b> Não se aplica</p>	_
<p>c. Consultas com médicos especialistas fora do domicílio</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.  <b>999.</b> Não se aplica</p>	_
<p>d. Exames complementares especializados no próprio município</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes  <b>2.</b> Na maioria das vezes.  <b>3.</b> Sempre.  <b>888.</b> Não sabe.  <b>999.</b> Não se aplica</p>	_
<p>e. Exames complementares especializados fora do próprio município</p> <p><b>0.</b> Nunca.  <b>1.</b> Na minoria das vezes</p>	_

<p>2. Na maioria das vezes.  3. Sempre.  888. Não sabe.  999. Não se aplica</p>	
<p>f. Procedimentos hospitalares (cirurgias) no próprio município</p> <p>0. Nunca.  1. Na minoria das vezes  2. Na maioria das vezes.  3. Sempre.  888. Não sabe.  999. Não se aplica</p>	_
<p>g. Procedimentos hospitalares (cirurgias) fora do próprio município</p> <p>0. Nunca.  1. Na minoria das vezes  2. Na maioria das vezes.  3. Sempre.  888. Não sabe.  999. Não se aplica</p>	_

#### XXIV. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

<p><b>131.</b> Há dificuldades para a contratação de profissionais para a APS?  0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, qual?  _____</p>	_
<p><b>132.</b> Há dificuldades para a contratação de profissionais especialistas?  0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p> <p>Se <b>Sim</b>, qual?  _____</p>	_
<p><b>133.</b> A rotatividade de profissionais da APS é um problema no município?  0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_
<p><b>134.</b> Nos últimos 12 meses, quantos profissionais deixaram a APS e quantos novos foram contratados?  Deixaram: _____  Foram contratados: _____</p>	
<p><b>135.</b> A rotatividade de profissionais especialistas é um problema no município?  0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_
<p><b>136.</b> Nos últimos 12 meses, quantos profissionais especialistas deixaram o município e quantos novos foram contratados?  Deixaram: _____  Foram contratados: _____</p>	
<p><b>137.</b> A SMS incentiva a fixação de profissionais especialistas no município?  0. Não 1. Sim 888. Não sabe.</p>	_

<b>138.</b> No último ano a SMS incentivou a formação de seus profissionais através de:	
<b>a.</b> Apoio financeiro para a formação <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>b.</b> Apoio no logístico <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>c.</b> Liberação de carga horária <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>139.</b> A SMS oferece incentivo financeiro após a formação adicional de seus profissionais através? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>140.</b> Qual a forma de admissão das ESF? <b>1.</b> Concurso público <b>2.</b> Contratação por seleção pública <b>3.</b> Contratação sem seleção pública <b>4.</b> Outro. _____ <b>888.</b> Não sabe	_
<b>141.</b> E a admissão de especialistas? <b>1.</b> Concurso público <b>2.</b> Contratação por seleção pública <b>3.</b> Contratação sem seleção pública <b>4.</b> Outro. _____ <b>888.</b> Não sabe	_
<b>142.</b> Se contratos, há garantias de renovação? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe. <b>999.</b> Não se aplica	_
<b>143.</b> Se contratos, geralmente há interesse dos próprios profissionais em manter um vínculo? <b>0.</b> Nunca. <b>1.</b> Na minoria das vezes <b>2.</b> Na maioria das vezes. <b>3.</b> Sempre. <b>888.</b> Não sabe. <b>999.</b> Não se aplica	_
<b>144.</b> Há garantias trabalhistas <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>145.</b> Existe Plano de Cargos e Salários? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>146.</b> Os profissionais das ESF cumprem a carga horária contratada? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_
<b>147.</b> E os da atenção especializada? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.	_

<p><b>148.</b> Quais as barreiras para a fidelização de profissionais de saúde?</p> <p><b>0.</b> Não há barreiras</p> <p><b>1.</b> Acesso geográfico</p> <p><b>2.</b> Condições adversas de trabalho</p> <p><b>3.</b> Falta de resolutividade</p>	
---	--

#### XXV. PROJETO DE GOVERNO

<p><b>149.</b> A saúde é uma prioridade no plano de governo da atual gestão municipal?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>150.</b> A atual gestão realizou um plano municipal de saúde?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p> <p><b>Se “Não” vá para 154.</b></p>	_
<p><b>151.</b> Para sua elaboração foram discutidos os problemas de saúde da população?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>152.</b> E os recursos?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>153.</b> E as ações?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_

#### XXVI. GOVERNABILIDADE

<p><b>154.</b> Na Câmara de Vereadores, a base governista é a maioria?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>155.</b> A atual gestão conta com o apoio da sociedade civil organizada (representantes do Conselho Municipal de Saúde)?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>156.</b> A SMS tem autonomia financeira em relação à prefeitura para a utilização dos recursos financeiros da saúde?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p> <p><b>Se “Não” vá para 160.</b></p>	_
<p><b>157.</b> A SMS tem uma comissão própria para realizar os processos licitatórios?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>158.</b> Existe um profissional responsável pela gestão financeira do FMS?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_
<p><b>159.</b> Existe um contador responsável?</p> <p><b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>888.</b> Não sabe.</p>	_

#### XXVII. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DO ENTREVISTADO

<p><b>160.</b> Há alguma questão sobre a articulação e organização entre os três níveis de</p>	_
--	---



## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa:** Avaliação da organização e da articulação entre os níveis de atenção à saúde no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais.

**Coordenadora da pesquisa:** Dra. Andréa Gazzinelli

**Instituição:** Universidade Federal de Minas Gerais

Meu nome é Andréa Gazzinelli e nós pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais que tem como objetivos avaliar a organização e a articulação entre os níveis de atenção à saúde e o acesso/utilização pela população dos serviços de atenção secundária e terciária, ou seja, os atendimentos de saúde de média e alta complexidade. Sua participação é importante, pois certamente ajudará os pesquisadores, gestores e profissionais da saúde a compreenderem melhor e desenvolverem maneiras mais eficientes de garantir um cuidado em saúde de forma contínua e integral a comunidade.

Vocês participarão de uma entrevista estruturada que será realizada com os profissionais de saúde e gestores nos diversos níveis de atenção do município. Será necessário que os pesquisadores acompanhem e acessem os registros de referência e contra-referência. Todas as informações adquiridas são confidenciais e somente tornará pública nos casos em que for exigido por lei.

O objetivo das entrevistas é obter informações sobre as formas de organização e de articulação entre os níveis de atenção a saúde assim como as facilidades e dificuldades para os gestores, profissionais de saúde e usuários no que se refere à garantia de assistência integral nos diversos níveis de atenção a saúde.

Sua participação é voluntária e você poderá deixar o projeto quando desejar. Não haverá nenhum custo para você e sua participação não envolve riscos para a sua saúde. Você receberá um número de identificação que será utilizado em todo o processo no banco de dados.

Esperamos que os resultados obtidos com este estudo possam trazer benefícios para esta população e para outras comunidades no que se refere a uma assistência a saúde integral nos diversos níveis de atenção a saúde. Se precisar de maiores informações sobre o trabalho que está sendo realizado nesta comunidade você deverá entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa nos endereços e telefones abaixo. No município, os contatos poderão ser feitos na Secretaria Municipal de Saúde. Caso haja necessidade, você poderá solicitar uma cópia do projeto.

Se você concordar em participar deste estudo, assine abaixo.

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Andréa Gazzinelli  
Pesquisadora responsável

**Endereço de contato dos pesquisadores:** Avenida Alfredo Balena 190 Santa Efigênia, CEP: 30130-100 Belo Horizonte - MG, Tel.: (031) 3409-9863.

**Endereço de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP):** Avenida Presidente Antônio Carlos 6627 Prédio da Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005 Campus Pampulha CEP: 31270-901. Belo Horizonte - MG. Tel.: (031) 3409-4592

## ANEXO A

### Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0174.0.203.000-10

**Interessado(a):** Profa. Andrea Gazzinelli Correa de Oliveira  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e  
Saúde Pública  
Escola de Enfermagem - UFMG

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de junho de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação da organização e da articulação entre os níveis de atenção à saúde no município de Jequitinhonha, Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over a horizontal line.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

