

### III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil

## Capítulo 10. A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais

Ederline S. Vanini de Brito  
Maria Rejane Ferreira da Silva  
Ingrid Vargas Lorenzo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BRITO, E. S. V., SILVA, M. R. F., and VARGAS LORENZO, I. V. A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 223-247. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: <https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-19.pdf>. <https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## **Capítulo 10**

# **A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais**

EDERLINE S. VANINI DE BRITO, MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA  
E INGRID VARGAS LORENZO

O objetivo deste capítulo é analisar a coordenação assistencial nas redes de saúde de Recife, Paulista e Caruaru, sob o ponto de vista dos atores sociais envolvidos: gerentes, profissionais administrativos e profissionais de saúde do primeiro e segundo nível de atenção. Os resultados foram gerados através de estudo qualitativo, baseado em entrevistas individuais semiestruturadas, com os distintos grupos de entrevistados. A descrição pormenorizada dos métodos de coleta e análise se encontra no capítulo 2.

Nas narrativas destes atores, foram analisadas suas opiniões sobre a coordenação assistencial, fatores que influenciavam a configuração das redes e a coordenação assistencial na rede, bem como o conhecimento e opiniões sobre o uso dos mecanismos de coordenação existentes em cada rede. No final dos resultados, são apresentadas as principais conclusões da análise. Nesta análise, foram destacadas as diferenças entre as três redes pesquisadas e entre opiniões dos grupos de entrevistados.

## **Opinião geral e fatores que influem na coordenação assistencial**

### **Opinião geral sobre a coordenação assistencial**

Nas três redes, houve consenso de opiniões em relação à inexistência ou fragilidade na coordenação da assistência entre os distintos níveis de atenção. Para os entrevistados, os problemas de coordenação estão presentes em ambos os níveis assistenciais: *“A coordenação para mim ainda é muito limitada, ela é muito frágil. A gente tenta manter uma rede com todos os serviços articulados, mas isso ainda não aconteceu mesmo...”* (Profissional de saúde de primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

Os entrevistados se referiram às falhas na coordenação de diversas formas, como por exemplo, *“falha ou inexistência de coordenação entre os níveis”, “coordenação incipiente”, “inexistência de rede” e “desarticulação entre os serviços”*. Destacaram, especialmente, dificuldades relacionadas com a falta de coordenação do acesso dos pacientes nos níveis assistenciais especializados (**coordenação administrativa**): encaminhamentos das centrais de regulação sem definição do centro de atendimento, ou a serviços inapropriados, tempos de espera elevados na marcação de consultas, etc. Também foram ressaltados aspectos relacionados com a inadequação dos encaminhamentos de parte dos profissionais do primeiro nível, a falta de colaboração entre os níveis e ausência da prática de contrarreferências do paciente ao primeiro nível (**coordenação da gestão clínica**). Também foram apontadas deficiências na transferência de informação entre os níveis (**coordenação de informação**), com especial evidência nas redes de Paulista e Caruaru, o que dificulta o acompanhamento do paciente pelo médico do primeiro nível de atenção, e implica no reinício do processo diagnóstico pelo especialista (tabela 10-4).

### **Fatores que influenciam a configuração das redes**

No discurso dos entrevistados, principalmente gerentes, surgem características do sistema de saúde que conduzem a que os distintos atores das redes – governo do estado, municípios e prestadores de serviços conveniados – tenham interesses opostos à conformação de redes integradas de serviços de saúde. Entre elas destacam a existência de incentivos econômicos opostos à integração em redes no sistema de saúde, aos que

se acrescentam a insuficiente capacidade dos municípios para exercer suas competências na organização das redes e os interesses político-partidários. Estes fatores conduzem ao débil planejamento das redes e o descumprimento da atividade pactuada. Ambos os obstáculos são importantes para a coordenação entre níveis assistenciais (tabela 10-5).

Muitos dos entrevistados assinalaram a existência de fortes incentivos para os fornecedores, públicos e privados (conveniados), a não proporcionar a atividade assistencial pactuada no planejamento da rede. Por um lado, o mecanismo de alocação de fundos aos municípios, baseado na produção de serviços, junto à inexistência de penalizações, incentiva aos municípios de referência da rede a pactuar mais serviços de que sua capacidade real, para receber mais fundos, e ao restante, a encaminhar inadequadamente os pacientes, para diminuir os gastos: *“Às vezes os municípios ofertavam coisas que nem tinha instalado entendeu? Ou às vezes era uma oferta que já não supria a necessidade do próprio município. Aí ele dizia “não oferta eu tenho e ainda dou prá... eu posso vender prá outros”* (Gerente, Rede Paulista).

Por outro, segundo alguns entrevistados, a busca de rentabilidade dos prestadores de serviços privados, junto com a ausência de contratação formal e avaliação pelos financiadores públicos, implica no descumprimento dos acordos sobre a atividade assistencial.

A inadequada qualificação das equipes técnicas municipais, identificada com especial intensidade nas redes de Paulista e de Caruaru, limita o planejamento e organização adequados da rede, a contratação e avaliação de prestadores de serviços privados e a implementação de mecanismos de coordenação entre níveis. As limitações se atribuem ao financiamento insuficiente dos municípios, às barreiras burocráticas para acessar os fundos federais para o fortalecimento destas funções, e à dificuldade para contratar profissionais capacitados nos municípios do interior: *“Quando a gente fala na organização da rede, existe uma necessidade de que você tenha recursos para implantar serviços, não é? No próprio território. E exige a condição de você ter a capacidade técnica de compor uma equipe, não é? Que seja capaz de organizar esse Sistema de Saúde... nem sempre isso acontece”* (Gerente, Rede Caruaru).

Ambos os fatores, incentivos econômicos e limitada capacidade técnica, emergem estreitamente ligados a um terceiro, com especial **intensidade**

**nas redes de Paulista e Caruaru:** a interferência dos interesses político-partidários, que conduz ao crescimento desordenado dos serviços, pois os diferentes níveis de governo concorrem pelo investimento em novos serviços com fins eleitorais, e contribuem ao desenvolvimento paralelo de serviços que não se coordenam entre si, e duplicam a aplicação dos recursos: “(...) foram implantados quatro hospitais na gestão anterior, deu um pulo de cinco pra quarenta e duas unidades da atenção básica e muitos serviços especializados. (...) eles não foram é... implantados de uma forma ordenada organizada, né?! (...) quando o serviço ele é implantado de uma forma desordenada, você não tem recursos para sustentação, para manutenção e aí você não consegue manter o nível de resolutividade” (Gerente, Rede Caruaru).

Além disso, interfere no controle pelos municípios dos prestadores de serviços privados, para não prejudicar aqueles que financiam as campanhas políticas; e, em geral, na continuidade das políticas e capacidade técnica das secretarias de saúde, pela rotatividade das equipes técnicas com a mudança de governo.

Tabela 10-1. Síntese dos fatores que influem na configuração das redes

Recife	Paulista	Caruaru
Incentivos opostos prestadores de serviços públicos e conveniados.	Incentivos opostos prestadores de serviços públicos e conveniados.	Incentivos opostos prestadores de serviços públicos e conveniados.
	Insuficiente qualificação de equipes técnicas municipais.	Insuficiente qualificação de equipes técnicas municipais.
	Interferência de interesses político-partidários.	Interferência de interesses político-partidários.

### Fatores que influenciam na coordenação das redes de serviços

No discurso dos entrevistados das três redes analisadas emergem diversos fatores relacionados com a organização dos serviços e a formação dos profissionais, que impedem os mesmos de coordenarem-se com outros níveis assistenciais. Os fatores que emergem são muito similares entre as redes (tabelas 10-2 e 10-6).

### **Condições de trabalho adequadas para a coordenação entre níveis assistenciais**

Destacados fundamentalmente pelos gerentes entrevistados, o tipo de contratação dos profissionais da saúde, a disponibilidade de tempo e o tipo de remuneração dos profissionais, emergem como determinantes principais para a coordenação.

#### ***Tipo de contratação laboral***

Os entrevistados identificaram dois modelos de vinculação laboral com consequências opostas para a coordenação assistencial: a nomeação estatutária – majoritária no primeiro nível de atenção, com exceção da rede de Caruaru –, e diversas formas de contratação parcial e/ou temporal cada vez mais estendidas (contratação temporária pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT). Segundo os entrevistados o modelo de contratação temporal (celetista) supõe instabilidade no emprego e posse de vários empregos ao mesmo tempo, condições que dificultam a coordenação entre níveis e aumentam a desmotivação dos médicos para prestar uma assistência de qualidade, incluindo o uso dos mecanismos de coordenação existentes (por exemplo, registrar adequadamente a informação dos pacientes nos formulários existentes). Contribuem, também, pela expressão que o cumprimento da assistência ao paciente seja um ato pontual, sem outorgar importância à coordenação para proporcionar continuidade na atenção, além de elevar a rotação de pessoal, dificultando a utilização dos mecanismos de coordenação: *“o pessoal geralmente chega para trabalhar, mas você vai embora, então não tem uma certa preocupação de ter... ta entendendo? aí eu vejo muito as pessoas chegarem aqui “eu tenho meu horário, chego aqui atendo meus pacientes, e me mando, eu vou procurar meu outro emprego”(...) muitas vezes você chama para reunião, não participam, principalmente na parte ambulatorial, na parte do PSF não porque no caso como eles são obrigados a dar oito horas então eles já tem um tempo mais disponível”* (Gerente, Rede Recife).

#### ***Tempo dos profissionais para a coordenação***

Os entrevistados relacionaram a falta de tempo para coordenar-se com a excessiva carga de trabalho pela insuficiência de recursos humanos, acentuada pelo absentismo laboral pela vinculação a múltiplos empregos: *“(...*

*são muitos pacientes, são muitos exames (...). Termina o tempo ficando curto e vai dando prioridade ao que cada um julga que seja mais importante, e certamente preencher um papelzinho dando justificativa para outro colega não deve ter sido classificada como uma coisa muito importante”* (Profissional de saúde do primeiro nível de atenção, Rede Caruaru).

Alguns entrevistados também relacionam a falta de tempo na consulta para usar os mecanismos de coordenação existentes nas redes por parte dos especialistas, com a baixa capacidade resolutive do primeiro nível, que implica em encaminhamentos inadequados de pacientes à atenção especializada, aumentando sua carga de trabalho.

### ***Forma de remuneração dos profissionais***

O tipo de remuneração pago por procedimento aos especialistas também é assinalado por alguns gerentes da rede de Caruaru como um obstáculo para a coordenação clínica, na medida em que desincentiva os especialistas a contrarreferir os pacientes ao primeiro nível, afim de não diminuir sua produtividade: *“a mulher gestante ia para o pré-natal de alto risco, o médico ficava com ela e não mandava para a Saúde da Família de volta e a gente não acompanhava a gestante na ponta, porque o médico entendia que ele está no de risco, então a paciente é minha, eu vou ganhar sobre ela (...) é isso que acontecia muito, e aqui ele fica com uma produtividade maior, porque a produtividade dele aqui, ele ganha por produtividade”* (Gerente, Rede Caruaru).

### **Existência de mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais na rede**

A existência de mecanismos de coordenação nas redes emerge como um fator que influi na coordenação assistencial no discurso dos entrevistados, principalmente mecanismos de coordenação administrativa – as centrais de referência ao acesso de pacientes (“centrais de regulação”).

Ainda que alguns entrevistados opinem que a existência de centrais de regulação implantadas facilita o acesso dos pacientes em alguns aspectos, como na programação prévia de consultas e exames, a maioria dos entrevistados as percebe como dificultantes a posição coordenam o acesso devido a numerosos problemas em seu funcionamento. Além disso, alguns dos entrevistados das redes de Paulista e Caruaru opinaram que a

inexistência de um formulário oficial padronizado de referência e contra-referência nas redes é um dos fatores que explica a falta de transferência de informação clínica entre o primeiro nível e o especializado: *“Têm as centrais de marcação, têm as centrais de regulação, telefones, e sistema até via web que já são utilizados em vários locais do país para fazer a marcação quase que em tempo real. E o usuário quando sair da primeira consulta dela, já saber o dia em que vai ser atendido. Isso é uma forma de facilitar”* (Profissional administrativo, Rede Recife). *“Central de regulação? Minha filha isso é piada. No papel, a central tem uma função maravilhosa, mas na prática você sofre para conseguir uma vaga para o paciente. É massacrante para gente que depende dela... Não dá para contar com esse instrumento!”* (Profissional de saúde atenção especializada, Rede Caruaru).

### Formação dos profissionais da saúde

A formação inadequada dos profissionais da saúde emerge nas três redes como fator que dificulta a coordenação clínica por diversos motivos. A maioria dos entrevistados aponta a formação universitária insuficiente dos médicos do primeiro nível para assumir funções de coordenadores de paciente na rede. Acrescenta-se a isso a falta de formação continuada nas redes, tanto através de programas formativos quanto de apoio dos especialistas, através de mecanismos como o sistema experto (“apoio matricial”), e pela presença de perfis inadequados no primeiro nível de atenção (p.ex. cardiologistas ou ginecologistas exercendo funções de médicos de família). Isto provoca - por um lado - encaminhamentos inadequados dos pacientes à atenção especializada para diagnóstico e controle de doenças crônicas pouco complexas, por conta da insegurança dos profissionais; e - por outro -, desconfiança da capacidade técnica dos clínicos gerais por parte da atenção especializada. Como consequência, a falta de contrarreferência dos pacientes à atenção básica: *“tudo ele encaminha, né?! Então assim, ele não está se sentindo bem preparado, também, para resolver determinadas coisas e tudo que ele assim, sem nem saber direito, ele vai e encaminha”*(Profissional administrativo, Rede Recife); *“muitos dos que acompanham o paciente na assistência especializada, também, por sua vez, diz que acompanha porque se mandar de volta para a atenção básica, chegar lá ele vai continuar descompensado”*(Profissional administrativo, Rede Recife). Alguns entrevistados das redes também associam à falta de



contrarreferência com a existência de importantes barreiras de acesso ao primeiro nível de atenção, especialmente nos municípios do interior (oferta insuficiente de unidades e médicos, tempos de espera, acesso a medicamentos, etc.), como motivo para não contrarreferir o paciente ao primeiro nível: *“Hoje o paciente é atendido no Hospital xxx e ele permanece, dando sua sequencia, retornando ao hospital para fazer o seu atendimento ambulatorial justamente porque a rede básica nesses municípios ainda não tem o preparo para receber essa demanda”* (Gerente, Rede Paulista).

Ao contrário disso, alguns entrevistados assinalaram a tendência à superespecialização da medicina, como causa, por um lado, dos encaminhamentos inadequados ao contribuir para que os médicos do primeiro nível sejam menos resolutivos, e por outro, da falta de contrarreferencia dos pacientes ao primeiro nível ao propiciar que os médicos especialistas desconheçam e/ou valorizem o papel do primeiro nível: *“Essa comunicação não existe. Eu não sei se... é porque o profissional que tá na especializada não valoriza muito o trabalho de quem tá na atenção básica, porque acha que não precisa dá um retorno para eles”* (Profissional de saúde primeiro nível, Rede Recife).

**Tabela 10-2. Síntese dos fatores organizativos que influem na coordenação assistencial**

Recife	Paulista	Caruaru
Modelo de contratação laboral temporal na AE.	Modelo de contratação laboral temporal na AE.	Modelo de contratação laboral temporal na AB e na AE.
Falta de tempo para as atividades de coordenação.	Falta de tempo para as atividades de coordenação.	Falta de tempo para as atividades de coordenação.  Remuneração dos especialistas por procedimento (“produtividade”).
Mau funcionamento das centrais de regulação.	- Mau funcionamento das centrais de regulação. - Inexistência de um formulário oficial de referência e contrarreferência.	- Mau funcionamento das centrais de regulação. - Inexistência de um formulário oficial de referência e contrarreferência.
- Formação universitária inadequada; - Falta de formação continuada; - Perfis inadequados em AB.	- Formação universitária inadequada; - Falta de formação continuada; - Perfis inadequados em AB.	- Formação universitária inadequada; - Falta de formação continuada; - Perfis inadequados em AB.

## **Conhecimento e opinião sobre o uso dos mecanismos de coordenação existentes nas redes**

Nas três redes os entrevistados tinham conhecimento sobre a existência de alguns mecanismos de coordenação em uso, tanto de programação como de retroalimentação. A maioria deles estava relacionada com a coordenação do acesso aos serviços de média e alta complexidade (coordenação administrativa) e da informação. Em Recife, identificou-se uma maior variedade de instrumentos em uso do que nos demais casos, sendo que a maioria deles em fase de introdução. Não foram identificadas estratégias de atenção compartilhada que combinaram múltiplos mecanismos em um programa compreensivo.

Quanto ao uso de mecanismos, a maioria das opiniões apontava para deficiências no funcionamento e baixa utilização relacionada com as condições de trabalho e as atitudes dos profissionais (tabelas 10-3, 10-7 e 10-8).

### **Mecanismos de programação**

#### **Mecanismos de coordenação da gestão clínica**

No que diz respeito à coordenação da gestão clínica, os entrevistados da rede de Recife ressaltaram o **sistema experto** para sistematizar as habilidades do profissional (apoio matricial, reuniões sistemáticas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF) que está em processo de implantação na rede. Também evidenciou nas redes de Recife e Paulista, a existência de **programas de educação continuada** e os **protocolos clínicos**, embora o primeiro somente com a participação dos profissionais do primeiro nível, e os segundos, desenvolvidos em cada centro, sem compartilhamento com os outros níveis assistenciais.

O **sistema experto** foi descrito como um mecanismo que consiste no apoio de alguns especialistas, e de profissionais de diversas outras áreas de saúde, às equipes de saúde da família (ESF), através de encontros para discussão de casos.

Uma modalidade particular do sistema experto, que emergiu nos discursos dos entrevistados, foi o **apoio matricial**. Para alguns entrevistados, o matriciamento, ainda incipiente, facilita a interconexão entre os níveis, promovendo o trabalho em equipe, reduzindo os casos de encaminhamentos desnecessários e favorecendo o acolhimento dos usuários

nos serviços: *“O matriciamento vai colocar o especialista na atenção primária, e vai permitir justamente essa integração, a comunicação entre os profissionais dos três níveis de atenção e o trabalho em equipe”*. (Profissional Administrativo, Rede Recife). Os entrevistados descreveram que a atuação de profissionais de várias áreas do conhecimento da saúde vem contribuindo com a melhoria da capacidade de resolução da atenção básica. Entretanto, a falta de estruturação desse mecanismo provoca encaminhamentos inadequados e superlotação das Unidades de pronto atendimento.

O principal fator limitante na implementação do matriciamento, é a pouca contribuição da grande maioria dos profissionais especializados das redes – muitos dos especialistas que participam na estratégia não trabalham na rede –, a indisponibilidade de horários - que resulta dos vários vínculos empregatícios que esses profissionais mantêm -, e que esses profissionais mantêm-e limitam a participação dos profissionais a falta de remuneração do tempo que os médicos especialistas que participam dedicam: *“Eu acho que tem alguns fatores que interferem na participação deles, entendesse? Mas eu acho que o problema maior é a falta de tempo mesmo. Eles têm uma agenda muito corrida, é plantão, consultório, cirurgia... então, eu acho que falta tempo mesmo!”* (Profissional Administrativo, Rede Caruaru).

Outra modalidade de sistema experto referida pelos entrevistados foram as **reuniões sistemáticas** entre os profissionais de distintos níveis, citadas por gerentes e especialistas. Essas reuniões acontecem mensalmente. Nelas participam profissionais da rede primária e da média complexidade que atuam em determinada microrregião, com o objetivo de oportunizar o compartilhamento de informações sobre a assistência prestada nas unidades. Esses encontros podem ocorrer em intervalos semestrais ou, até mesmo, anuais, não ocorrendo com maior frequência por falta de tempo dos profissionais, que precisam deixar de prestar os serviços de saúde para comparecer: *“A gente tem com a cardiologia algumas (reuniões), acho que a cada seis meses, ou uma vez por ano atualizações sobre hipertensão e diabetes”* (Profissional de Saúde de primeiro nível, Rede Recife).

No que se refere à **formação continuada**, apenas a rede de Recife evidenciou a regularidade na oferta de capacitações dentro do programa de educação contínua da rede. Essas capacitações são realizadas para

fornecer atualizações abordando temas diversos como, por exemplo, o acompanhamento de gestantes, de pacientes com diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. Alguns gerentes e profissionais da atenção primária de Recife e Paulista destacaram como aspecto limitante o fato de que apenas os profissionais do primeiro nível são contemplados com os treinamentos realizados na rede. No entanto, os entrevistados assinalaram que ainda que houvesse uma regularidade na prática de capacitações para os profissionais dos serviços especializados, estes, possivelmente, não participariam, diante da falta de tempo disponível destes profissionais. A ausência de uma sistemática de treinamentos na rede implica na baixa capacidade de atuação técnica de todos os profissionais dentro dos serviços: *“Em geral as capacitações são direcionadas para os profissionais da atenção primária. Então, a gente não vai ver com frequência capacitações entre os especialistas, até porque eles já estão sobrecarregados com os serviços, além disso, alguns ainda têm consultório particular. Então fica difícil reunir esses profissionais”* (Profissional Administrativo, Rede Recife).

Apesar dos entrevistados reconhecerem a existência e a importância dos **protocolos de práticas clínicas** na rede, para facilitar e nortear as condutas clínicas, estes instrumentos não são utilizados sistematicamente. Além disto, cada serviço adota seus próprios protocolos e que não são compartilhados entre os diversos níveis de atenção. A adoção de protocolos distintos nas unidades de saúde provoca falta de padronização de condutas e iniquidade no cuidado prestado em diferentes locais: *“A questão é que nem todos os serviços utilizam. Tem serviço que dispõem dele, mais não usa. [...] Ainda tem outra coisa: tem serviço que elabora o seu próprio protocolo, e fica para uso exclusivo daquele serviço”*. (Profissional de Saúde de primeiro nível, Rede Caruaru). Como alternativa aos protocolos clínicos, um gerente e um profissional administrativo de Recife identificaram a **linha de cuidado** como mecanismo de coordenação clínica, promovidos em fase de implantação na rede. Segundo apontam os entrevistados, a linha de cuidado expressa os fluxos assistenciais ao longo do contínuo assistencial, no sentido de atender as necessidades de saúde do paciente. As opiniões destacavam a necessidade de investir na estruturação de linhas de seguimento dos usuários na rede, de modo a garantir todo o itinerário terapêutico necessário para atender as necessidades da população, a exemplo do que vem sendo feito na saúde men-

tal: *“Protocolo é uma coisa assim que tem que se ter cautela. Uma linha de cuidado é melhor do que o protocolo”* (Gerente, Rede Recife).

### **Mecanismos de coordenação administrativa**

A **classificação de risco** foi o único mecanismo de programação da coordenação administrativa referido por entrevistados das redes de Recife e de Paulista, principalmente gerentes. Os entrevistados enfatizaram que este tipo de protocolo está sendo utilizado em todos os níveis de atenção e contribui no ordenamento do acesso dos pacientes ao definir os fluxos dos pacientes à outras unidades, priorizando o atendimento dos usuários que não podem aguardar muito para receber os cuidados que necessitam: *“Uma forma de regulação... municipal. A análise que se faz da classificação na hora de você encaminhar a um especialista, já ajuda e já diz assim: “Eu tenho tantos casos... quem precisa ir primeiro?” Então eles começam a classificar os riscos e encaminhar os mais vulneráveis”* (Gerente, Rede Recife).

### **Mecanismos de retroalimentação**

#### **Mecanismos para a transferência de informação clínica entre níveis**

O formulário de referência e de contrarreferência foi destacado como o principal mecanismo de coordenação clínica existente para transferência de informação do paciente entre atenção básica e a especializada. Somente na rede de Recife, o formulário é um documento oficial, que padroniza a informação a ser compartilhada entre os níveis assistenciais. Os entrevistados também ressaltaram o resumo de alta como um instrumento de fluxo de informações entre a atenção hospitalar e os demais níveis de atenção. Os dois documentos são entregues aos usuários.

Nas três redes, a maioria dos entrevistados revelou a falta de transferência de informação entre níveis, especialmente quando se trata do encaminhamento da atenção especializada para a básica. De um lado, os especialistas comentaram que a maioria dos médicos do primeiro nível não registra informação básica com o motivo de encaminhamento, e utiliza o formulário de referência mais como um mecanismo administrativo para dirigir o paciente à especialidade requerida do que para compartilhar informação: *“Fica difícil você pegar um encaminhamento que tem assim:*

*“ao vascular, somente!” Cadê as informações clínicas do paciente? E os exames? Que medicação ele vem tomando? Fica bem complicado você dar prosseguimento nessas condições”.* (Profissional atenção especializada, Rede Caruaru). Os profissionais da atenção primária destacaram que não é comum a prática da contrarreferência entre os especialistas, na exceção de algumas doenças específicas de declaração obrigatória: *“A referência e contrarreferência, como eu falei, muitas vezes é pontual. A referência de hanseníase funciona bem, a referência de tuberculose funciona bem. Aí a gente tem um contato. Mas as outras, a maioria das vezes, a comunicação não ocorre, não. Na verdade, é uma das nossas dificuldades para coordenar!”* (Profissional de primeiro nível, Rede Recife).

O **resumo de alta** é outro instrumento usado nas três redes como meio de transmissão de informações clínicas do paciente. Este recurso foi destacado, sobretudo, pelos profissionais dos primeiros e segundo nível de atenção, como um mecanismo que visa garantir a continuidade dos registros da história clínica entre a atenção básica, a média e a alta complexidade: *“Relatório de alta sim, nós utilizamos. Quando o paciente recebe alta o médico prepara um resumo do problema e das condutas que foram realizadas. É uma forma do profissional que está na ponta poder acompanhar esse paciente”.* (Profissional especializado, Rede Caruaru).

A maioria dos entrevistados opinou que a transferência de informação ao primeiro nível é melhor depois da alta hospitalar que desde a atenção especializada ambulatorial, e coincidiu em destacar a regularidade na entrega do resumo de alta ao usuário, ainda que os profissionais do primeiro nível assinalassem exceções por parte de alguns estabelecimentos e profissionais. Entretanto, muitos entrevistados, principalmente profissionais do primeiro nível, opinaram que o registro de informação no resumo de alta é geralmente incompleto, ainda que também com exceções segundo o tipo de instituição e profissionais (em sua maioria residentes): *“São muito mal preenchidos, por sinal”.* (Profissional de saúde do primeiro nível, Rede Recife). *“O relatório de alta sempre aparece quando é residente, quando tem hospital residente, porque se não tiver... que é o “escraviário”, que já foi residente, então... oh! Que beleza! Aí vá para o Hospital xxx, aí os “escraviários”. Vão tudo para lá. Aí vai. Eu já fui “escraviária” de lá. Aí, coloca tudo direitinho, como foi, como passou, como*

*evoluiu. Aí manda e a gente sabe*” (Profissional de saúde primeiro nível, Rede Recife).

Devido às deficiências na transferência de informação, a maioria dos profissionais de saúde entrevistados, destacou a necessidade frequente ter de interrogar o paciente para obter informações sobre sua atenção passada e os problemas gerados pela pouca informação que conseguem obter, além dos erros que podem ocorrer sob a dependência do conhecimento e compreensão dos pacientes sobre sua atenção: *“O paciente não tem condição de dizer o que aconteceu. Ele não tem condição. Por mais que ele seja esclarecido, mas ele não é da área de saúde, ele não conhece os jargões da área de saúde, ele não conhece o procedimento [...] ele não sabe interpretar aquele exame”* (Profissional de saúde de primeiro nível, Rede Paulista).

A falta de transferência de informação entre níveis gera dificuldades na atenção dos pacientes, que variam segundo o nível assistencial. Alguns profissionais do primeiro nível das três redes destacaram os problemas para o seguimento dos pacientes ao não disporem do diagnóstico definitivo nem das pautas para o tratamento adequado. A consequência disso é a interrupção do tratamento e erros médicos, que se traduzem em encaminhamentos inadequados e repetitivos do paciente à atenção especializada e hospitalizações que poderiam ser evitadas. Outros entrevistados acrescentam que os médicos do primeiro nível perdem a oportunidade de melhorar sua capacidade resolutiva através da aprendizagem contínua, que implica a confirmação do pré-diagnóstico e indicação de pautas para seu seguimento por parte do médico especialista, através do processo de referência e contrarreferência: *“É. Pois é. Essa ficha, se ela fosse bem preenchida e.... não é? Se voltasse, eu poderia atender o paciente e acompanhar o paciente aqui, sem necessariamente ele ficar indo à várias consultas a especialistas, e diminui essa demanda para o especialista, está entendendo?”* (Profissional de saúde de primeiro nível, Rede Recife).

Por outro lado, os profissionais da atenção especializada destacaram a necessidade de reiniciar o processo diagnóstico diante da insuficiência de informação, o que supõe atraso no diagnóstico e tratamento, assim como maior gasto pela duplicação de provas diagnósticas: *“Atrasa o andamento, a gente vira uma assistência básica, que deveria chegar aqui com um histórico médico dizendo o que é que ele tinha, para*

*você seguir a partir daquele momento. Não. Quando chega aqui, ele chega aqui do zero de novo, você tem que começar como se tivesse assistência básica [...]. Então, o maior prejudicado nessa história toda é o doente, porque ele vai, perde o tempo dele todinho de novo, tentando fazer aqueles exames que deveriam ter vindo com ele. Ele não vem”* (Profissional de saúde da atenção especializada, Rede Caruaru).

Os entrevistados destacaram como causas para as falhas no uso dos referidos formulários, o pouco tempo dos profissionais diante da alta demanda nos serviços especializados e dos vários vínculos empregatícios que estes possuem, o que motiva os profissionais a evitarem trabalhos considerados adicionais (como o de preenchimento de formulários e outros protocolos). Não obstante, alguns entrevistados atestaram que a causa maior para as falhas no uso do supracitado mecanismo é a falta de obrigatoriedade de utilização desse instrumento.

Já para alguns profissionais administrativos e de primeiro nível das três redes, a falta de contrarreferência ocorre porque há pouca valorização da atenção básica e desconfiança na capacidade resolutive por parte dos especialistas naquele nível de atenção. Um profissional do primeiro nível de Caruaru considerou que a pouca valorização dos encaminhamentos procedentes da atenção básica, é um fator que desmotiva o uso adequado deste instrumento entre os profissionais deste nível de atenção, a continuar preenchendo o formulário de referência: “[...] a gente acaba ficando desestimulada. Para que eu vou ter o cuidado de fazer um encaminhamento bem direitinho, com as informações do paciente, colocar o que foi feito, exame, se quando o paciente chega lá o especialista nem olha para o encaminhamento?” (Profissional de primeiro nível, Rede Caruaru).

### **Mecanismos de coordenação administrativa**

O papel das centrais de regulação para coordenar o acesso entre qualquer nível assistencial da rede, teve destaque nas opiniões dos profissionais entrevistados das três redes. Os entrevistados das redes de Recife e Caruaru destacaram a existência de várias centrais de regulação dentro de uma mesma rede, organizada pela secretaria municipal e estadual. No caso de Paulista, não se havia implementado a central no nível municipal.

Entre os que opinaram sobre esse mecanismo, observou-se predominância no discurso quanto ao precário desempenho destes serviços



como promotor na coordenação dos fluxos de pacientes. Os problemas no uso deste mecanismo, que assinalaram os entrevistados são diversos. Em primeiro lugar, ficam excluídos da coordenação das centrais de regulação determinados serviços e populações, por exemplo: a central de regulação estadual não coordena o acesso a serviços de alta tecnologia como consultas externas, provas diagnósticas, internações não urgentes. Além disto, as centrais municipais somente coordenam o acesso dos residentes no município, ficando excluídos munícipes dos outros municípios da rede que têm estes serviços como referência. Nestes casos, são os próprios pacientes os que devem buscar um estabelecimento para ser atendidos e desdobrar-se pela sua atenção: *“O paciente diabético, ele tem uma ulceração no pé e precisa de uma opinião do cirurgião vascular [...]. Para fazer essa referência, o que acontece hoje, que eu acho, que é o que acontece na maioria dos casos, não é? O doente, ele se vira para arrumar um serviço”* (Profissional de saúde de primeiro nível, Paulista).

Em segundo lugar, a referência de pacientes urgentes por parte das centrais a estabelecimento inadequado, por exemplo: a hospitais que previamente comunicaram a falta de disponibilidade de leitos ou de profissionais, à unidades não acreditadas para atender este tipo de doença, etc. Os entrevistados destacaram que as centrais de regulação não dão continuidade ao processo de referência e não se preocupam de encaminhar o paciente à outras unidades, no caso de serem rechaçados pelos serviços: *“Você [Central de Regulação Estadual] não procura saber qual é o tipo de obstetrícia que você pode atender aqui. Então muitas vezes chega uma gestante aqui, de altíssimo risco, com toda indicação para ter o bebê dela num hospital que tenha inclusive uma UTI Neo Natal, porque existe o risco do bebê, e a paciente chega aqui. Eu não posso negar o atendimento, mas também não posso ficar com ela porque corre uma série de risco de vida para ela e para o bebê”* (Gerente, Paulista).

Em terceiro lugar, ocorrem tempos de espera prolongados na referência: os profissionais do nível especializado destacaram a longa espera de pacientes urgentes para internamento em hospitais da rede, e os do primeiro nível, a espera prolongada para consecução da atenção especializada ambulatorial e para provas diagnósticas. Em ambos os casos, associam a falta de recursos disponíveis na rede (leitos, recursos humanos, etc.): *“É aquela história da UTI. Fica 2, 3, 4 dias. Fica tentando uma vaga e*

*não consegue. Se ele melhora, se ele sobrevive, que bom. Se não... Então, a dificuldade realmente é muito grande em relação a esse sentido. Não é fácil você não ter uma vaga e você dizer “me dá uma vaga aí”. Você não consegue, pela carência [...] da alta complexidade é aquela história: então tem que ter UTI, tem que ter equipamentos, tem que ter profissional, tem que ter laboratórios. Então, tem que ter uma série de coisas. Em função disso, eu acho que há uma carência grande de unidades de alta complexidade”* (Gerente, Rede Paulista).

Em quarto lugar, ocorre a programação inadequada dos serviços, ambulatoriais pois o sistema utilizado não permite averiguar previamente com o paciente sobre a sua disponibilidade de tempo para comparecer à consulta, e deste modo, muitos dos agendamentos não se realizam: *“O nosso sistema de informação tem essa falha. Ele não confirma nem o agendamento do paciente e nem, muito menos, o atendimento. Então, à medida que isso acontece, se não confirma o agendamento, eu consigo o profissional. Acabam tendo sobras muitas vezes no atendimento dele, porque não houve o agendamento, não houve como nós fazermos encaixe naquele dia. Então, a cota do profissional fica solta, quando eu tenho uma demanda gigantesca de pacientes aguardando atendimento, que poderia ter sido relocado para aquelas áreas”* (Gerente, Rede Caruaru).

E, finalmente, a falta de colaboração entre as múltiplas centrais de regulação que operam na rede, que não permite a referência e contrarreferência de pacientes entre serviços coordenados por centrais diferentes.

Devido a estes problemas, os entrevistados das redes assinalaram o uso estendido das redes informais (amizades), por parte dos profissionais para se informarem sobre o serviço da rede adequado para encaminhar o paciente ou conseguir um serviço disponível de uma forma mais rápida (leito, consulta, prova diagnóstica, etc.). Não obstante, alguns entrevistados opinaram que este tipo de estratégia é inequitativa, ao depender de fatores que não estão ao alcance de todos os usuários. Por exemplo, o interesse do profissional em facilitar o acesso e lançar mão das redes informais que tenha estabelecidas, e da influência política, informação e contatos que tenha ao paciente: *“Hoje nós conseguimos muitas coisas na base da informalidade. A gente, para conseguir uma vaga, muitas vezes a gente não consegue pela central de leitos, e a gente liga porque conhece alguém do Hospital XXX, porque conhece do Hospital YYY, que fulano está de*

*plantão em algum hospital. E aí a gente consegue a vaga para um hospital [...] a gente consegue pela informalidade. Quer dizer, não deveria, não é?”*  
(Profissional de saúde da atenção especializada, Rede Recife).

**Tabela 10-3. Síntese dos mecanismos de coordenação assistencial identificados pelos entrevistados**

Tipo de Coordenação	Recife	Paulista	Caruaru
<b>Mecanismos de Programação</b>			
Gestão Clínica	Sistema Experto -Matriciamento e reuniões sistemáticas- (em fase inicial).	Sistema Experto -Matriciamento e reuniões sistemáticas- (em fase inicial).	---
	Política de educação continuada	Política de educação continuada	---
	Linha de cuidado (em fase inicial)	Linha de cuidado (em fase inicial)	---
Administrativa	Classificação de risco	Classificação de risco	---
<b>Mecanismos de Retroalimentação</b>			
Informação	Formulário de referência e de contrarreferência	Formulário de referência e de contrarreferência não padronizado	Formulário de referência e de contrarreferência não padronizado
	Resumo de alta	Resumo de alta	Resumo de alta
Administrativa	Central de regulação municipal Central de regulação do Estado (urgências, admissão hospitalar e testes de alta tecnologia (AT))	Central de regulação municipal Central de regulação do Estado (urgências, admissão hospitalar e testes de alta tecnologia (AT))	Central de regulação do Estado (urgências, admissão hospitalar e testes de alta tecnologia (AT))

## Conclusões

Os resultados do estudo sugerem que, nos três casos, há evidente fragmentação dos serviços, que resulta na fragilidade da coordenação da atenção entre os diferentes níveis de assistência. Emergiram com especial intensidade as dificuldades na coordenação do acesso entre níveis assistenciais e da gestão clínica.

Os resultados mostraram diversos fatores que influenciam a configuração das redes, relacionados com as características de sistema de saúde. Em primeiro lugar, a existência de incentivos econômicos opostos

à coordenação assistencial, que induzem a que os atores, guiados por critérios de rentabilidade econômica, mesclados com interesses políticos eleitorais, concorram em lugar de colaborar para fornecer uma atenção coordenada aos pacientes. Em segundo lugar, a incapacidade de muitos municípios de exercerem funções como a compra e avaliação de serviços e implantação de mecanismos de coordenação em seus territórios, por não disporem de equipes técnicas adequadas para exercê-las, o que questiona a conveniência de descentralizar funções tão complexas a municípios pequenos. Estes fatores conduzem ao débil planejamento das redes e ao descumprimento de atividade pactuada, ambos dos obstáculos importantes para a coordenação entre níveis assistenciais.

A condição de trabalho é a barreira organizativa mais importante para a coordenação assistencial quando predominam formas de contratação laboral temporal e/ou parcial, a sobrecarga laboral e a remuneração paga aos profissionais, baseada na produtividade. Estas condições emergem como barreiras na medida em que conduzem a uma elevada rotação de pessoal, que junto à escassez de tempo para coordenar-se, produzem um desconhecimento e limitado uso dos mecanismos de coordenação existentes nas redes, perda de capital humano capacitado, assim como desinteresse dos profissionais em coordenar-se.

No âmbito organizativo também destaca o déficit de formação e o perfil inadequado dos profissionais como obstáculos para a coordenação assistencial. Este fator contribui não só para um débil exercício do papel de responsável pela atenção dos médicos do primeiro nível, mas também com a limitada predisposição dos especialistas em colaborar pelo desconhecimento e pouco valor e confiança que concedem ao primeiro nível.

Em relação à implantação de mecanismos de coordenação nas redes, o pessoal de saúde, especialmente das redes de Paulista e Caruaru, identifica poucos mecanismos, predominantemente de informação e administrativos, e percebem uma utilização muito baixa e inadequada da maioria dos existentes, associado aos fatores de sistema e organizativos descritos.

Os resultados do estudo mostraram debilidades na transferência de informação entre níveis nas redes analisadas, associadas ao registro insuficiente por parte dos profissionais, especialmente na transição entre o primeiro nível e a atenção especializada ambulatorial. Os entrevistados assinalaram os custos que representa a inadequada transferência de

informação entre níveis – encaminhamentos e hospitalizações evitáveis, e duplicação de provas –, assim como o impacto na qualidade da atenção e saúde dos pacientes, associado ao atraso no diagnóstico e interrupção do tratamento. Também acrescentam o obstáculo que representa para o seguimento correto dos pacientes por parte dos médicos do primeiro nível, o que, por sua vez, repercute negativamente na qualidade e custos da atenção. Nestas circunstâncias, os pacientes se convertem em intermediários na transferência de informação, papel amplamente criticado pelos profissionais entrevistados pela perda de tempo e de recursos que pode levar.

Os resultados do estudo mostraram o pouco desenvolvimento de mecanismos de coordenação de gestão clínica – excetuando o sistema experto (“apoio matricial), implantado principalmente na rede de Recife de forma recente – apesar de ser uma das dimensões centrais da coordenação. O sistema experto é especialmente valorizado pelos profissionais das redes em que foi implantado, para melhorar a capacidade resolutive do primeiro nível de atenção e a adequação do encaminhamento. Não obstante, o comprometimento dos especialistas que trabalham nos centros de referência da rede no apoio aos médicos do primeiro nível, é chave para a implementação com êxito desta e de outras estratégias de melhora da coordenação, o que questiona a participação de especialistas alheios à rede.

Os resultados do estudo evidenciaram os problemas no uso do principal mecanismo para a coordenação do acesso dos pacientes, as centrais de regulação. Também evidenciaram que as dificuldades, além de se relacionarem com o instrumento, se associam com outros elementos do sistema de saúde, como as barreiras estruturais de acesso aos serviços de saúde e a fragmentação do modelo descentralizado. O primeiro contribui para que as centrais de regulação não consigam encaminhar os pacientes ao lugar e no tempo adequado pela insuficiência da oferta de serviços disponíveis; e o segundo, à existência de múltiplos atores (estaduais, municipais), com incentivos para concorrer pelos recursos, em lugar de colaborar entre si para coordenar as diversas centrais de regulação que gerenciam a rede. Tal como indica a maioria dos entrevistados, o uso frequente da rede de amizades e da influência política para conseguir aceder aos serviços de saúde, não resulta numa alternativa desejável ao mecanismo institucional, por conta das graves consequências que apresenta para a equidade de acesso ao sistema de saúde.

**Tabela 10-4. Exemplos de citações sobre opinião geral sobre a coordenação assistencial**

Inexistência de coordenação entre os níveis assistenciais	<p>“Eu vou dizer, de acordo com a minha experiência no município, eu considero muito falha a coordenação, muito frágil. Não dá para considerar que existe coordenação assistencial, porque ainda falta muito pra ela acontecer. [...] então, pra mim, ele ainda está muito deficiente.” (Profissional de saúde de primeiro nível, Recife)</p> <p>“Eu acho que não está acontecendo ou, se está, de forma bem débil. [...] Se fala muito em rede de serviços [...] o que a gente vê é o contrário, uma assistência fragmentada, totalmente desarticulada. Não existe comunicação entre os profissionais, cada um trabalha independente do outro.” (Profissional de atenção especializada, Caruaru)</p>
Dificuldades na coordenação administrativa	<p>“É aquela história. A gente está com a emergência lotada, a enfermaria sem nenhum leito desocupado, e a central mesmo sabendo da nossa ocupação, mandando mais paciente. Vem paciente de todo o lugar, tudo que é interior chega aqui.” (Profissional de atenção especializada, Recife)</p>
Deficiências na coordenação da gestão clínica	<p>“Fica meio que uma guerra: o profissional da atenção básica encaminha demais para o da assistência especializada, que se sente sobrecarregado de problemas que eram para ser resolvidos na atenção básica, mas que, ao mesmo tempo, muitos profissionais da atenção especializada continuam com o paciente lá, né?! Enganchado lá na atenção especializada um tempão, como se fosse um serviço de acompanhamento, e acaba que o paciente não volta para o coordenador do cuidado, que seria o profissional da atenção básica.” (Profissional administrativo, Recife)</p>
Deficiências transfe-reência infor-mação	<p>“De forma geral eles ficam muito naquela coisa burocrática de encaminhamento no papel e se escreve muito pouco. Mesmo com o papel, muitas vezes justifica pouco o encaminhamento, né? “Eles não têm essa coisa de se preocupar em detalhar porque que eu estou te encaminhando com que finalidade não.” (Gerente, Recife)</p>

**Tabela 10-5. Exemplos de citações sobre fatores que influenciam na configuração das redes**

Incentivos opostos prestadores de serviços públicos conveniados	<p>“Os próprios gestores não estão preocupados. Hoje é mais fácil ele ter um ônibus para ter tratamento fora do domicílio do que ele ter um médico na cidade dele [...]. Se vocês tiverem a curiosidade de passar ali embaixo do viaduto, ali, indo para Olinda, ali, no Tacaruna, todo dia tem uma média de quarenta, cinquenta ônibus estacionados de todos os municípios. Todo paciente vem para Recife.” (Profissional atenção especializada, Paulista)</p> <p>“Como a gente não consegue auditar todos os prestadores (pelo menos a gente tem prestadores), cobram apresentam um valor, né? Fazem menos. [...] aí, a secretaria perde a população perde por conta disso porque [...] E a gente é como não regulamenta algumas, não “contratualiza” formalmente os prestadores. A gente não consegue punir, não consegue, inclusive, nem dar segmento às denúncias que são postas, né?.” (Gerente, Paulista)</p>
---	--

Continua

<p>Insuficiente quali- ficação de equipes técnicas munici- pais</p>	<p>“A gente não tem instituído, dentro da secretaria, um grupo que faça controle e avaliação. A gente faz controle, avaliação e auditoria ao mesmo tempo. Então, conseqüentemente, pelo quantitativo de prestadores que a gente tem, eu tenho mais quatorze prestadores [...] a gente não faz essa por é.... não ter perna mesmo, não ter capacidade é quantitativa de pessoal pra executar.” (Gerente, Paulista)</p> <p>“[...] a grande dificuldade nossa de pessoas qualificadas, que entendam de regulação, médicos também, que entendam de regulação, que possam facilitar esse processo, acho que a equipe médica deve fazer parte também do complexo regulador e profissionais qualificados.”(Gerente, Caruaru),</p> <p>“[...] esbarra na questão do recurso, que a gente tem que ficar pedindo recurso ao ministério e tudo para conseguir. E a gente não consegue tão fácil. Então assim, tem isso e tem as questões de a gente não conseguir colocar isso [implantação mecanismos de coordenação] para frente, também.”Os municípios não faziam, como ainda não fazem, aquilo que é, seja por dificuldade no financiamento, seja por dificuldade no recurso humano, ou da organização do próprio município.” (Gerente Paulista)</p>
<p>Interferência de interesses político- partidários</p>	<p>“A gente não se comunica com os serviços do município. O estado não consegue fazer essa comunicação. As UPAs não conseguem se comunicar com as unidades de atenção básica [...] os próprios gestores também não se comunicam, né? É. A gente viu hoje uma disputa que é uma disputa grande do ponto de vista político, né? Estado e municípios, e isso não tem contribuído pra o avanço, né? Da integração da rede, não é?” (Gerente, Caruaru)</p> <p>“Atualizar PPI é você mexer com dinheiro, mexer com tetos, né? Municipais. E, eu acho, também tem questões políticas envolvidas, né? Você vai mexer com isso, você vai tirar de alguém pra botar pra alguém, né? E nem sempre quem vai ser retirado não tem influência, tem influência dentro do estado.” (Gerente, Paulista)</p> <p>“[...] Esse Secretário de Saúde dura um ano, dois anos, três anos. Então, não tem como eles aperfeiçoarem nada, um ano, dois anos, não tem como você... a descontinuidade... no governo passado estava para ser instalada uma central. É em cada município que tivesse hospital regional. Para regular isso, até seleção... mas caiu no descaso.” (Profissional de saúde atenção especializada, Caruaru).</p> <p>“Eu já vi conversas com ex-secretário, eu já presenciei dizer “isso aí não. Não mexe não, que é tipo cumbuca cheia de bichinho dentro, não é? Se mexer vai se complicar, então não mexe” [...] politicamente, foi difícil porque são prestadores que na campanha eleitoral, é financiaram, entendeu?” (Gerente, Paulista)</p>

**Tabela 10-6. Exemplos de citações de fatores que influem na coordenação das redes**

<p>Tempo insuficiente para a coordenação</p>	<p>“Resta perceber a resolutividade dessa atenção básica, não é? [...] não de pegar o usuário e encaminhar. É pegar e tentar resolver o problema dele [...]. Os profissionais atendem rápido, principalmente o profissional médico. Ele tem essa peculiaridade da escassez, né? Da categoria mesmo. E muitas vezes ele faz horário, né, por mais que a gente tenha estabelecido a carga horária. Mas a gente, informalmente, todo mundo sabe, de ministério à secretaria estadual, há municípios que a carga horária médica é fictícia, né?” (Gerente, Paulista)</p>
--	--

Continua

Formação inadequada dos profissionais de saúde	<p>“Os médicos que se aposentam, que são idosos, os que tão vindo depois que se aposentam, que acabou sua carreira de especialista, aí você vem para fazer médico de Saúde da Família [...] isso dificulta demais. [...] o que eu preciso é da saúde básica, do mínimo, não é, de tudo, e de me ver como um todo e não como um pedacinho.” (Gerente, Paulista)</p> <p>“É difícil você formar um profissional onde ele é o tempo todo formado pensando em serviço que tem alta tecnologia à disposição dele, e depois colocar ele numa unidade de saúde da família, que ele só vai ter os recursos da formação clínica dele à disposição imediata. Hoje, muita gente vem aqui na emergência e o profissional não se sente mais seguro pra dar um diagnóstico de apendicite se não fizer uma tomografia do doente. Um cirurgião qualquer, de uma formação até vinte anos atrás, fazia isso sem a menor dificuldade. Na época não existia tomografia, era o exame clínico que definia.” (Gerente, Paulista)</p> <p>“Muita coisa que a gente podia resolver aqui na atenção básica, muitos, muitos casos, a gente poderia resolver se a gente tivesse educação continuada ou até os próprios profissionais fossem mais treinados, tá entendendo? Só que aí acontece um, uma grande quantidade de pessoas que não resolve na atenção básica. Vai pra atenção secundária, tá entendendo?” (Profissional de saúde de primeiro nível, Recife)</p>
--	---

**Tabela 10-7. Exemplos de citações sobre o conhecimento e uso dos mecanismos de programação**

Mecanismos de coordenação clínica	
Sistema experto (Matriciamento e reuniões sistemáticas)	<p>“Eu acho que o matriciamento já é um passo enorme. Com certeza vai reduzir muito o problema que a gente tem com os encaminhamentos desnecessários.” (Profissional Administrativo, Recife)</p> <p>“Reuniões sistemáticas.” É. Acho que as reuniões com as equipes, facilita muito [...] é. Tanto as reuniões que são feitas lá na unidade, como as reuniões das micros que são feitas. Acho que essas reuniões ajudam muito, porque aí, a gente troca experiência.” (Profissional de Saúde de primeiro nível, Recife)</p> <p>“a gente não tem como fazer mais, porque toda vez que você faz uma reunião você tira as equipes da unidade. Alguém que tá deixando de atender, fica meio complicado fazer.” (Gerente, Recife)</p>
Formação Contínua	<p>“Em geral as capacitações são feitas para orientar que condutas a gente deve utilizar para determinados casos. Por exemplo, no acompanhamento de gestante, na prevenção de complicações com o paciente diabético e hipertenso.” (Profissional de Saúde de primeiro nível, Recife)</p> <p>“Eu acho que as capacitações são muito importantes, mas os especialistas têm dificuldade de participar porque não tem tempo. Estão sempre sobrecarregados.” (Profissional Administrativo, Paulista)</p>
Linha de cuidado	<p>“Eu acho que a única coisa que está futuramente sendo fortalecida nessas redes é a história da linha de cuidado, na perspectiva de tratamento integral a mulher, em todos os níveis de complexidade, que é um sonho. Mas que está acontecendo.” (Gerente, Paulista)</p>

Continua



“A gente vem construindo, tentando construir linha de cuidado para fazer o protocolo já da mulher. [...] por exemplo, hipertensão. Como é que a gente se comporta com hipertensão? Hoje a gente vem discutindo criar uma linha de cuidado para essa atenção, para diabetes. Até onde a gente vai? Como é que a gente vai em cada nível de atenção?.” (Gerente, Recife)

**Tabela 10-8. Exemplos de citações sobre conhecimento e uso de mecanismos de retroalimentação**

Mecanismo para a transferência de informações clínicas entre níveis	
Formulário de referência e contrarreferência	<p>“Não tem contrarreferência. A gente não fica sabendo o que aconteceu entre ele e o paciente, a não ser que o paciente diga para a gente.” (Profissional de saúde de primeiro nível, Recife)</p> <p>“De forma geral, eles ficam muito naquela coisa burocrática de encaminhamento no papel e se escreve muito pouco. Mesmo com o papel, muitas vezes justifica pouco o encaminhamento, né? Eles não têm essa coisa de se preocupar em detalhar porque que eu to te encaminhando com que finalidade, não.” (Gerente, Recife)</p> <p>“Se ele não me retorna nada, aí eu não vou saber se ele investigou, porque o paciente, ele não sabe dizer se o doutor investigou, se o doutor não investigou [...]. E aí eu fico sem saber. E agora, né? Voltei pra estaca zero. Então, isso dificulta e atrapalha dessa maneira, porque aí eu não sei mais o que vou fazer, né? Eu não sei o que foi feito e o que é que eu tenho que fazer agora.” (Profissional de saúde primeiro nível, Caruaru)</p>
Formulário de referência e contrarreferência	<p>“Atrasa o andamento, a gente vira uma assistência básica, que deveria chegar aqui com um histórico médico dizendo que é que ele tinha, para você seguir a partir daquele momento. Não. Quando chega aqui, ele chega aqui do zero de novo. Você tem que começar como se tivesse assistência básica [...]. Então, o maior prejudicado nessa história toda é o doente, porque ele vai perder o tempo dele todinho de novo tentando fazer aqueles exames, que deveriam ter vindo com ele, ele não vem.” (Profissional de saúde da atenção especializada, Caruaru)</p>
Resumo de alta	<p>“É um documento importante, aqui a gente utiliza o resumo de alta. O usuário hoje já pede o próprio resumo de alta, acho que é um documento que pedem para ele apresentar até no trabalho para justificar as faltas. E tem as informações necessárias pra quando ele volta. Para atenção básica. A gente aqui utiliza também esse resumo de alta.” (Profissional de saúde da atenção especializada, Recife)</p> <p>“O relatório de alta sempre aparece quando é residente, quando tem hospital residente, porque se não tiver... que é o “escraviário”, que já foi residente, então... oh.” (Profissional de saúde primeiro nível, Recife)</p>
Mecanismos de coordenação administrativa	
Centrais de regulação	<p>“O sistema da regulação estava parado, tem uma fila virtual. Acabou-se com a fila real: pessoas em fila indiana esperando na porta da unidade, para virar um monte de papel na mesa da médica reguladora. E ninguém sabe para onde mandar os pacientes.” (Gerente, Recife)</p>

Continua

“A nossa regulação é fantasiosa. A gente diz que regula, mas não regula e a gente diz que está em caminho, que ela está funcionando, mas ela não está. Porque a gente ainda não tem uma rede estruturada. A gente sabe que demanda a gente tem, para que rede a gente vai montar. A gente não sabe qual é a nossa demanda real, nem a nossa demanda real, nem a demanda que tem aí reprimida. Aí, a gente faz uma regulação porque você marca o paciente, mas a gente não tem a contra, a proposta de volta. Você marca dez pacientes daqui para trinta dias e não tem como você. Nove, oito vão, sete vão, e o resto sobra, porque não dá para você fazer a regulação que deveria ser feita. Então, aí, é muito precário.” (Gerente, Caruaru)

---

Comunicação informal

“Tem sempre a questão da informalidade, do conhecimento que facilita. Então, você tem um paciente que precisa de um especialista, e você conhece um profissional que é da atenção especializada. Você liga para ele e tenta facilitar o fluxo do paciente da básica para média, e muitas vezes, conseguem. É assim que os profissionais têm feito.” (Profissional administrativo, Recife)

“E desde quando o município disponibiliza aparelho de telefone pra gente? Ligo para meus colegas de trabalho do meu telefone particular. Praticamente faço isso todos os dias. Às vezes fico envergonhado, porque você pedir uma vez ou outra, tudo bem! Mas os pedidos de favores são frequentes! É assim que a gente vai seguindo.” (Profissional de saúde da atenção especializada Caruaru)

“Eu sei que essa estratégia de evitar as filas de esperas ocorre, porque eu vejo nos outros serviços, e é assim mesmo. Mas se a gente for analisar essa prática bem direitinho, a gente vai ver que ela é injusta, porque se eu não tiver um conhecido que possa me ajudar e estar vendo meu paciente, ele vai ter que esperar na fila. E aí? Ele não vai ter outra saída, e eu também vou ficar lá com meu paciente esperando por uma vaga, ou que apareça alguém que tenha um conhecimento.” (Profissional de saúde primeiro nível, Paulista)

---