



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MIREILLY CRISTIANY LUCENA MOURA HEMETÉRIO

OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE ACERCA DA COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS
ASSISTENCIAIS: O OLHAR SOB AS LENTES
GADAMERIANAS.

RECIFE

2017

MIREILLY CRISTIANY LUCENA MOURA HEMETÉRIO

**OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE ACERCA DA COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS
ASSISTENCIAIS: O OLHAR SOB AS LENTES
GADAMERIANAS.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Coorientadora: Prof.^a Ms Marina Ferreira de Medeiros Mendes

RECIFE

2017

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-001/2018
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

H488s Hemetério, Mireilly Cristiany Lucena Moura

Os sentidos atribuídos por profissionais de saúde acerca da coordenação entre níveis assistenciais: o olhar sob as lentes gadamerianas / Mireilly Cristiany Lucena Moura Hemetério. Orientadora: Lygia Carmen de Moraes Vanderlei; Coorientadora: Marina Ferreira de Medeiros Mendes. – Recife : Do Autor, 2017.

88 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2017.

1. Avaliação em saúde. 2. Níveis de atenção à saúde. 3. Assistência integral à saúde. I. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes, Orientadora. II. Mendes, Marina Ferreira de Medeiros, Coorientadora. III. Título

CDD 362.1072

MIREILLY CRISTIANY LUCENA MOURA HEMETÉRIO

**OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE ACERCA DA COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS
ASSISTENCIAIS: O OLHAR SOB AS LENTES
GADAMERIANAS.**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde

Aprovada em: ____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Nome e Instituição do participante externo

Nome e Instituição do participante interno

Nome e Instituição do orientador

DEDICATÓRIA

A Deus e a minha família (mãe, marido, filhos, irmãs e sobrinho) como representações de amor, cuidado, confiança e certeza da presença em toda e qualquer situação.

AGRADECIMENTO

O ato de agradecer, dizem os mais experientes, beneficia muito mais a quem o executa do que a quem é direcionado e nesta trajetória de experiência (só possível no mundo fático, como afirma Gadamer) como mestranda aí-no-mundo compreendi muito desses benefícios. Ao me lançar na minha lista de agradecimentos, tenho plena consciência de que não darei conta de fazê-la completamente, porém me apoiei no que disse Freud ao se referir que nós humanos “somos sujeitos da falta” e me dei licença a assumir tal condição.

Bem, começarei agradecendo aquele que reconheço como princípio, meio e fim, único soberano, de quem sou inteiramente dependente e por quem creio ser cuidada continuamente por cada segundo de minha vida: o meu Deus eterno.

Agradeço imensamente, ou melhor, de uma forma imensurável a minha família a quem nomearei alguns representantes que compartilharam comigo bem de perto esse caminhar e as constantes orações:

Minha mãe Rideilda que me inspira com sua garra, com quem aprendi conquistar sonhos transformando-os em realidade, expressão de resiliência, modelo que mãe que busco alcançar, de quem guardo registros tão profundos que mesmo não estando em todos os momentos e lugares fisicamente comigo recorro quando preciso de um farol que mostra a direção;

Meu marido George um companheiro presente, paciente, que sempre me lança um olhar de crédito, que suportou minhas ausências, sempre me ofereceu colo nos momentos que foi preciso demonstrando um amor maduro que traz tranquilidade;

Meus filhos Felipe e Tiago com quem aprendi o verdadeiro sentido de viver um amor incondicional de tamanha grandeza até então desconhecida por mim e que se configura da ordem do indizível, pessoas por quem busco forças para ser melhor a cada dia, que me inspiram pelo olhar, me fazem acreditar que o amanhã sempre pode ser maior do que o hoje e por quem amo ouvir ser chamada de “mãe ou mamãe”;

Minhas irmãs Rozário e Morgana, meu sobrinho Rafael (um filho em meu coração) que junto com as pessoas mencionadas anteriormente compõem meu porto seguro, o lugar para onde eu sei que sempre poderei voltar.

Meu pai João Hemetério (in memoriam) que de uma forma bem peculiar me ajudou a ser a pessoa que venho me construindo continuamente;

Minha avó Beatriz (in memoriam) de quem me lembro constantemente e com quem experimentei o lugar de neta querida, amada, cuidada e vivenciei momentos de muitas brincadeiras de criança que até hoje se encontram vivas dentro de mim me lembrando que há sempre um sorriso guardado que vai surgir após momentos difíceis;

Meus/minhas amigos/as aos/às quais decidi não nomear para evitar a injustiça de esquecer alguém por serem muitos que compartilharam comigo momentos de alegrias e angústias nesse caminho;

Minha orientadora Profa Dra Lygia Carmen M Vanderlei por tanto compromisso, cuidado e generosidade direcionada a mim em cada momento de partilha de conhecimento regado de uma expertise que me encantava a cada encontro;

Minha coorientadora Profa Ms Marina Mendes que com tanta energia e que mesmo em meio ao seus momentos finais de construção de sua tese sempre contribuiu com a construção desse trabalho;

Minha aluna, orientanda do PIC e monitora Flávia por suas valiosas contribuições e ao meu aluno Mauri que me apoiou como monitor no exercício da docência durante esse período;

Minha turma do mestrado e muito especialmente às mais próximas: Ana Carla, Natália, Julie, Luciana, Sandra, Gisele pelos momentos de construções teóricas e de descontração que renderam boas gargalhadas e relaxamento da tensão própria da empreitada que assumimos;

Meus/minhas alunos/as que me instigam a continuar querendo construir conhecimento e a não abandonar minha condição de eterna aprendiz;

Meus/minhas pacientes que me oportunizam viver o encanto e a delícia de ser psicóloga, uma paixão que se transformou em amor nessa práxis profissional e que me motiva a buscar ser-capaz-de-saber-fazer cada vez melhor e com mais responsabilidade;

Aos profissionais de saúde que me possibilitaram experimentar a tentativa de fundir horizontes com eles na busca da compreensão necessária para a realização desse trabalho.

EPÍGRAFE

*“Para tudo há uma ocasião, e um tempo para
cada propósito debaixo do céu:
tempo de nascer e tempo de morrer,
tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou
tempo de matar e tempo de curar,
tempo de derrubar e tempo de construir,
tempo de chorar e tempo de rir,
tempo de prantear e tempo de dançar,
tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las,
tempo de abraçar e tempo de se conter,
tempo de procurar e tempo de desistir,
tempo de guardar e tempo de lançarfora,
tempo de rasgar e tempo de costurar,
tempo de calar e tempo de falar,
tempo de amar e tempo de odiar,
tempo de lutar e tempo de viver em paz.”*

Eclesiastes 3:1-8

"Um dia você aprende...

*“Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil
diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma.
E você aprende que amar não significa apoiar-se. E que
companhia nem sempre significa segurança.
Começa a aprender que beijos não são contratos e que
presentes não são promessas. Começa a aceitar suas derrotas com a
cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza
de uma criança.
Aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é
incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão. (...)
Aprende que falar pode aliviar dores emocionais. Descobre que se leva anos para
construir confiança e apenas segundos para destruí-la
(...) E que você pode fazer coisas em um instante das quais se arrependerá pelo
resto da vida. Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas
distâncias. E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida.
E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher
(...) Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são
tomadas de você muito depressa... por isso sempre devemos deixar as pessoas que
amamos com palavras amorosas; pode ser a última vez que as vejamos(...).*

O Menestrel - William Shakespeare

RESUMO

Introdução - A coordenação entre níveis assistenciais é apontada pela Organização Mundial de Saúde desde 2007 como um dos caminhos para o enfrentamento à fragmentação das redes de serviços de saúde e a garantia do princípio da integralidade, diminuindo barreiras para o acesso do usuário ao sistema e aumentando a qualidade do cuidado. Todavia a literatura que trata da temática aponta inúmeros entraves para que a colaboração e responsabilidade compartilhada entre a atenção básica (AB) e a atenção especializada (AE) ocorram satisfatoriamente. **Objetivos** - Compreender os sentidos atribuídos por profissionais das redes de atenção à saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais de cuidado aos pacientes no município de Recife, sob a ótica da hermenêutica filosófica de Gadamer. **Método** – Pesquisa qualitativa que utilizou dados provenientes da Pesquisa Equity – LA II, estudo multicêntrico em desenvolvimento desde 2014 em seis países da América Latina, inclusive o Brasil, para avaliar o efeito de diversas estratégias para melhorar a coordenação e a qualidade da atenção entre níveis nas redes de saúde. Foram realizadas novas escutas e leitura das transcrições de onze entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos médicos e enfermeiras de dois níveis de atenção, possibilitando o surgimento de categorias emergentes para análise do conteúdo das entrevistas. Os referenciais teóricos da pesquisa mencionada foram articulados com a hermenêutica filosófica de Gadamer para interpretar que sentido os atores atribuíam à coordenação entre níveis assistenciais. **Resultados** - As narrativas dos profissionais de saúde apontaram que a maioria conhecia as atribuições da coordenação em saúde, porém não as identificava como sendo executada na rede. O médico da AB não foi reconhecido como responsável clínico pela maioria nos dois níveis e que não tinha conhecimento de seu papel na visão do médico da AE, por sua vez, o médico da AB tinha queixas a este respeito. Foram evidenciadas falhas no uso e preenchimento dos mecanismos de referência e contrarreferência e inexistência de outros, como reuniões clínicas. Emergiram diversos outros entraves relacionados às falhas organizacionais e do sistema de saúde. Sugestões de melhoria versaram sobre a elevação do número de equipamentos e profissionais, maior adequação do sistema de regulação, aumento na oferta de serviços (exames, consultas) aos usuários e maior comunicação entre níveis assistenciais. **Discussão** - A indisponibilidade para o “jogo da conversação” e a fusionalidade expressa pela linguagem de todos os profissionais evidenciaram ausência de reconhecimento pelo médico da AE da autoridade (em seu caráter autoritativo) do médico da AB, sentimento de menos valia por este último e predominância da postura tecnicista e da “especialização” na práxis dos profissionais que mostraram seu desejo de domínio da doença pela “arte de curar”(GADAMER, 2006). **Considerações Finais** – Ao término desse trabalho o horizonte da compreensão é o de que a coordenação entre níveis sob o olhar dos profissionais de saúde se encontra na condição do aí-a-ser-compreendido, fazendo-se imprescindível que esses atores se lancem a jogar o “jogo da compreensão” na afirmação gadamederiana, para que pelo diálogo se construam práticas em saúde que representem ou se configurem como “cuidado integral”. A pesquisa possibilitou “novos olhares” para instrumentalizar intervenções que oportunizem a coordenação entre níveis como via para a comunicação/articulação entre AB e AE.

Palavras - chave: Níveis de Atenção à Saúde, Gestão Clínica, Assistência Integral à Saúde, Hermenêutica, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Introduction - Coordination among health care levels has been identified by the World Health Organization since 2007 as one of the ways to tackle the fragmentation of health service networks and guarantee the principle of integrality, as well as to reduce barriers to access user to the system and raise the quality of care. However, the literature that deals with this subject points to many obstacles so that collaboration and shared responsibility between basic care (BC) and specialized care (SC) can occur satisfactorily. **Objectives** - To understand the meanings attributed by professionals of the Health Care Networks on the coordination between care levels to patients in the city of Recife, from the perspective of the philosophical hermeneutics of Gadamer. **Method** - Qualitative research using data from Equity Research - LA II, a multicenter study under development since 2004 in six Latin American countries, including Brazil, to evaluate the effect of various strategies to improve coordination and quality of care between levels in the networks of health. New eavesdropping and reading of the transcripts of eleven semi-structured interviews were applied to the physicians and nurses of two levels of health care, allowing the emergence of emerging categories to analyze the content of the interviews. The theoretical references of the mentioned research were articulated with the philosophical hermeneutics of Gadamer to interpret what sense the actors attributed to the coordination between levels of attention. **Results** - The narratives of the health professionals pointed out that the majority knew the attributions of health coordination, but did not identify them as being executed in the network. The BC physician was not recognized as a clinical manager by the majority on both levels and who was not aware of his role in the vision of the SC physician, in turn, the BC physician had complaints in this regard. Failures were observed in the use and fulfillment of referral and counter-referral mechanisms and lack of others, such as clinical meetings. Several other obstacles related to organizational and health system failures have emerged. Suggestions for improvement were about the increase in the number of equipment and professionals, greater adequacy of the regulation system, increase in the provision of services (exams, consultations) to users and greater communication between levels of care. **Discussion** - The unavailability for the "game of conversation" and the fusionality expressed by the language of all the professionals evidenced the lack of recognition by the SC doctor of the authority (in its authoritative character) of the BC doctor, a feeling of inferiority for the latter and a predominance of technicalist posture and "specialization" in the praxis of professionals who showed their desire to master disease by the "art of healing" (GADAMER, 2006). **Final Considerations** - At the end of this work, the horizon of understanding is that the coordination between levels under the eyes of health professionals is in the condition of being-understood, making it imperative that these actors start to play the "game of understanding" in the Gadamerian assertion so that through dialogue, health practices that represent or constitute "integral care" may be constructed. The research allowed "new looks" to instrumentalize interventions that improve coordination between levels as a way for communication / articulation between AB and AE.

Key words - Levels of Health Care, Clinical Management, Comprehensive Health Care, Hermeneutics, Qualitative Research.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
Sisreg	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção.	27
Tabela 2 – Características sociodemográfica e laboral dos profissionais de saúde entrevistados .	49
Tabela 3 - Aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde.	52
Tabela 4 – Aspectos relacionados aos profissionais: práxis na atenção básica e na especializada.	56
Tabela 5 - Aspectos relacionados aos profissionais: conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação.	59
Tabela 6 – Aspectos relacionados às necessidades do paciente na opinião dos profissionais.	60
Tabela 7 – Estratégias e propostas de melhoria da coordenação e uso dos mecanismos existentes.	64

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Quantitativo de entrevistas por categoria profissional	44
Quadro 2 – Categorias e subcategorias de análise	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Marco para a análise de Redes Integradas de Serviços de Saúde e seu impacto utilizado na Pesquisa Equity LA-II, 2015

32

SUMÁRIO

I.INTRODUÇÃO.	17
1.1 -O Sistema Único de Saúde (SUS) – Novos olhares em óculos velhos	17
1.2 – Atenção em redes – cores novas em lentes velhas	19
1.3 - Coordenação da atenção à saúde: cores e lentes novas em óculos a se fazer	24
1.4 - Hermenêutica Gadameriana - um olhar sob as lentes de nova coloração dos óculos que se refazem pela atribuição de sentidos	33
II.JUSTIFICATIVA	42
III. OBJETIVOS	43
3.1 Geral	43
3.2 Específicos	43
IV. MÉTODO	44
4.1. Desenho da Pesquisa	44
4.2. Fonte da Pesquisa	44
4.3. Período da Pesquisa	45
4.4. Análise do Material	45
4.5. Aspectos Éticos	47
V. RESULTADOS	49
VI. DISCUSSÃO	65
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
VIII. REFERÊNCIAS	75

Apêndice	85
pêndice 1 – Carta de Solicitação de Dispensa ao Comitê de Ética do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	85
Anexos	86
Anexo 1 - Guia para Entrevista Individual sobre a Coordenação da Atenção entre Níveis Assistenciais 86
Anexo 2–Certificado do Comitê Ético de Investigação Clínica – Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona (CEIC)	88
Anexo 3 - Certificado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)	89

I – INTRODUÇÃO

1.1 -O Sistema Único de Saúde (SUS) – Novos olhares em óculos velhos

A saúde enquanto política pública no Brasil, data da década de 1980 e representa o resultado de lutas, insatisfações e movimentos sociais mundiais que historicamente foram construídos com a participação da população resultando em uma concepção de saúde universalizada que originou o Sistema Único de Saúde – SUS.^{1,2,3}

O SUS tem como seu marco legal a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que trata da exposição do direito universal à saúde, disposto em seu Art. 196 como: “(...) um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”¹, tem como marcos regulatórios as Leis Orgânicas de Saúde (8.080/90 e 8.142/90) que caracterizam este sistema de saúde, posteriormente regulamentadas por diversos decretos e normas operacionais.^{4,5} Nesse modelo de saúde há entre seus princípios fundamentais a equidade, hierarquização dos serviços, descentralização e integralidade da assistência, além de uma organização em rede de serviços de atenção à saúde como forma de garantir a efetividade dessa assistência.⁶

Embora se tenha a plena certeza da legitimidade e importância de todos os princípios, neste trabalho cabe discorrer um pouco sobre o princípio doutrinário da *integralidade*, termo polissêmico, próprio do vocabulário da saúde coletiva e do qual se ocuparam vários teóricos do referido campo.^{7, 8, 9} A integralidade pode ser analisada tanto em seu sentido vertical quanto horizontal. No primeiro sentido mencionado, caracteriza-se pela necessidade do usuário que deve ser observada e considerada a partir de um olhar que se ocupe da completude e complexidade desta demanda assim como vise à captura holística dos benefícios possíveis para a saúde do indivíduo em todos os

pontos do sistema; no sentido horizontal, explicita respostas para que as necessidades do usuário de forma geral sejam atendidas em contatos sequenciais, por diversos serviços, unidades e não alcançados em um primeiro contato com o sistema de saúde.^{10, 11}

Para a análise desses dois sentidos da integralidade é imprescindível o monitoramento da trajetória percorrida pelo usuário entre os serviços e níveis de atenção à saúde perpassando por ações intersetoriais entre políticas públicas para além do sistema de saúde, por se entender que saúde é uma condição multideterminada e, conseqüentemente, as intervenções a ela destinadas exigem a interlocução com outros setores que estabeleçam relação com os determinantes do binômio saúde-doença.^{10, 11} A ação intersetorial convoca um novo olhar para este sistema que provoque também uma compreensão diferente.

O convite a um novo olhar pode ser justificado se antes pensarmos que o princípio da integralidade, embora legitimado por força da lei, é sustentado em sua práxis a partir de uma construção social expressa no momento em que o usuário busca os serviços de saúde por acreditar que nele encontrará alento, gerando o que se conhece como demanda espontânea.^{12, 13}

A lógica que direciona a demanda assistencial assume caráter individual, todavia existe outra face do cuidado ao usuário que é a preventiva, de caráter coletivo e gerada a partir de um saber profissional/técnico. Neste âmbito, a integralidade se revela na práxis da equipe de saúde ao responder a necessidade do usuário quando da demanda espontânea, articulando-a a ações preventivas por meio de dispositivos e processos coletivos de trabalho.¹⁴

Para Brito-Silva et al¹⁵, a integralidade envolve duas ações específicas: a apreensão ampliada da necessidade do sujeito, envolvendo ações assistenciais e preventivas em relação a sofrimentos futuros, a outra, diz respeito à capacidade de

ofertar ao usuário o que ele necessita de forma contextualizada, em momento oportuno, baseada em uma identificação adequada. Deixando claro que a integralidade deve ser incorporada às ações de saúde, não apenas como uma concepção teórica, mas, sobretudo, como postura profissional.

Adotar a integralidade como postura é ratificar que as práticas em saúde devem ser intersubjetivas, dialógicas, singulares mesmo que coletivas. Ou seja, mesmo quando seja necessário desenvolver ações de prevenção, que assumem caráter de coletivo, no momento em que o usuário busca o serviço, o olhar da equipe deve considerar as singularidades do sujeito.¹²

Pinheiro⁹ relaciona integralidade e cuidado em saúde como uma ação democrática desenvolvida entre os atores envolvidos neste cuidado, quer sejam profissionais ou usuários, destacando para esse princípio doutrinário o lugar de eixo prioritário para a política de saúde, que visa concretizar o atributo “saúde” como uma questão de cidadania.

1.2 – Atenção em redes – cores novas em lentes velhas

Na América Latina, muitos países vêm promovendo o desenvolvimento de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), como proposta de melhorar a integralidade e a eficiência dos cuidados.^{16, 17} A ideia de sistemas de saúde pautados em redes regionalizadas foi descrita pela primeira vez no Relatório de Dawson em 1920. Ainda hoje, a leitura deste relatório surpreende por sua abrangência e profundidade. Do ponto de vista da organização dos serviços, formulou conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁸

Um forte indutor para a criação de redes na América Latina foi a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ao fazer uma análise dos sistemas de saúde

elaborando um documento que aborda os diversos aspectos dos sistemas fragmentados e de suas causas; conceitua as RISS, os instrumentos de política pública e os mecanismos institucionais para conformá-las e propõe uma rota para a implantação.¹⁶ Em 2008, a OPAS realizou consultas públicas em esferas nacionais e regionais com intuito de validar sua proposta de organização dos serviços de saúde em redes.¹⁸

As RISS são definidas como o conjunto de organizações que oferecem uma atenção coordenada através de um contínuo de cuidados a uma população determinada, responsabilizando-se pelos custos e resultados na saúde da população.^{16, 17}

O SUS em sua perspectiva organizativa e estratégica da atenção buscou fortalecer a implantação de Redes de Atenção a Saúde (RAS), assim denominada no âmbito nacional, proposta que constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram discutidas as ideias de reforma para o sistema de saúde brasileiro, tomando como referência a experiência de outros países que construíram sistemas universais de saúde.⁶

Em sua concepção renovada nos anos 1990 a APS pode ser considerada como elemento que represente um “olhar com nova cor de lentes” através de óculos que há muito se usava para atribuir sentido ao fenômeno da saúde em suas dimensões coletiva, pública e integral.^{12, 19}

Definida como a rede em que se desenvolvem ações individuais e coletivas em um primeiro nível de atenção à saúde, a APS tem como missão primordial direcionar sua atuação aos âmbitos da “*promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação*”.^{2, 20}

Também conhecida como porta de entrada preferencial neste modelo de saúde, a APS deve se constituir como ponto de acesso prioritário para a população ao sistema de saúde, assumindo uma postura de proximidade com as famílias as quais deva prestar assistência. Tendo como incumbências ainda as funções de “ordenação, coordenação

e/ou gestão” dos cuidados à saúde, exatamente pelo *status* de centralidade que ocupa no modelo de organização do sistema, que defende a hierarquização de seus serviços e a organização destes em RAS. Tais responsabilidades surgem pela constatação das dificuldades existentes nos serviços do SUS relacionadas às evidências da fragmentação da atenção à saúde e da necessidade de garantir a continuidade dos cuidados.^{11, 13}

Como estratégia para a viabilização da APS foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, decorrente da dimensão de relevância que assume para o sucesso da política de saúde em implementação, trazendo em seu bojo, uma nova forma de relação entre profissionais de saúde e usuários, visando ao desvencilhamento da concepção da medicina curativa e o desenvolvimento de ações de integralidade da assistência à saúde.²⁰

Assim, nessa nova concepção, o cuidado deve se pautar na ideia de indivíduo como sujeito de dimensão global, inserido em um contexto sociocultural e econômico, bem como a saúde deve ser compreendida segundo seus múltiplos fatores e condições sociodeterminadas.^{6, 21, 22, 23, 24}

A proposta é de um olhar multiprofissional lançado também à família. O objetivo da ESF é o de desenvolver ações que promovam a “reorientação do modelo assistencial” a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, garantindo assim a impressão de uma novidade na dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, alavancando a perspectiva de compartilhamento de responsabilidades entre os serviços de saúde e a comunidade.^{2, 3, 6}

Na perspectiva de organização do modelo de atenção com ênfase na integralidade foram instituídas as RAS a partir do decreto nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.²⁵ As RAS podem ser definidas arranjos organizativos constituídos por serviços

e ações, com conformações tecnológicas e missões de assistências diversas, organizadas de forma complementar e com base territorial. Tendo como uma de suas configurações partir de eixos temáticos em saúde com o objetivo também de atender aos princípios do SUS e a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, tendo ainda a APS como ponto de desenvolvimento inicial das ações em saúde.²⁶

Em virtude do papel de ordenadora da RAS, as ações desenvolvidas na APS devem visar assistência à saúde do indivíduo também em caráter longitudinal, quando este necessitar de cuidados especializados prestados pela Rede de Atenção Especializada (AE). Tal AE é caracterizada pela prestação de serviços nos níveis de assistência à saúde de Média e Alta Complexidade. Em relação à Atenção de Média Complexidade, as ações e os serviços especializados ofertados utilizam recursos tecnológicos que objetivam apoio ao diagnóstico e tratamento. Quanto à Atenção de Alta Complexidade, compreende uma cesta de procedimentos de maior densidade tecnológica e alto custo, que tem como finalidade possibilitar o acesso da população aos serviços integrando-os ao nível de Atenção Básica.²⁵

Para que as RAS cumpram com os papéis a elas destinados é fundamental que o fluxo e/ou intercâmbio de informações, bem como a acessibilidade e o acesso do usuário entre as APS e a AE ocorram de forma satisfatória a fim de que se garanta a continuidade do cuidado à saúde.²⁷ Todavia, pesquisas desenvolvidas em diversos países demonstram que seus sistemas de atenção à saúde são fragmentados, direcionados às situações de adoecimentos agudos e às agudizações de condições crônicas.^{6, 11, 27}

A descontinuidade da assistência tem como uma de suas formas de expressão a percepção de pontos isolados de atenção à saúde e incomunicáveis uns dos outros, aspecto que dificulta a continuidade do cuidado e a acessibilidade do usuário ao serviço. Entretanto, essa dificuldade pode ser minimizada se houver uma coordenação de

cuidado que desenvolva ações concretas na busca de uma assistência mais competente através da ESF e da AE.²⁸

É de fundamental importância que exista entre os médicos generalistas e os especialistas um compartilhamento de responsabilidade quanto ao cuidado prestado ao paciente, não podendo se restringir ao uso de mecanismos mais comuns e conhecidos que são a referência e a contrarreferência. Sugere-se uma concepção de coordenação de cuidado que agregue, encontros periodicamente agendados entre os médicos de diferentes níveis e, quando necessário, uma ação de intermediação do gestor dos serviços.^{28, 29}

A urgência de tais mecanismos é corroborada ao se voltar o olhar para o contexto de saúde contemporâneo onde se encontra nos últimos tempos o aumento do número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que em razão da magnitude e custo social têm se constituído como objeto de preocupação global, ocupando lugar de destaque em diversos setores da sociedade e os convocando ao enfrentamento em caráter intersetorial.³⁰

A alta prevalência das DCNT acomete diferentes classes sociais em todos os países do mundo. A relevância para a saúde pública se justifica pela demanda aos serviços de atenção à saúde por ações específicas, em virtude do número cada vez maior de pessoas diagnosticadas com doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes, entre outras,^{31, 32} causando forte impacto aos serviços, visto que provocaram novas demandas, bem como a elevação de gastos econômicos que exigem inclusive a criação de mecanismos governamentais e sociais voltados ao enfrentamento da questão.³³

Por fim, se faz necessário definir o conceito de acessibilidade, termo aplicado com inúmeros sentidos e significados, sobre o qual não há consenso quanto à

terminologia.²³ Em uma de suas aplicabilidades é usado com o mesmo sentido que acesso, em outra deve ser entendido numa perspectiva ampliada, não restrita à utilização ou não dos serviços de saúde, mas incluindo adequação tanto dos profissionais como dos recursos tecnológicos dos quais se faça uso quando as necessidades de saúde dos pacientes assim demandarem.^{34, 35, 36}

Donabedian³⁵, por exemplo, opta por utilizar o substantivo acessibilidade ao coeficiente de ajuste entre as características da população e dos recursos de atenção à saúde, o considerando como determinante para a qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde. Corroborando com a capacidade para dificultar ou facilitar a atenção à saúde, este mesmo autor afirma que há inúmeros outros elementos interferem com a acessibilidade que dizem respeito às dimensões geográficas, financeiras, organizacionais e socioculturais e exclui as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e de tomada de decisão na procura de serviços.²³.

Segundo Aday e Andersen³⁶, acesso pode ser entendido como o componente dos serviços de saúde que se refere à organização do sistema, envolvendo além dos serviços disponíveis e os recursos empregados no sistema, assim como a satisfação das pessoas que deles necessitam.^{23, 36}

Starfield³⁷, se aproximando da definição de Aday e Andersen³⁶, aborda acessibilidade como um termo diferente de acesso, ao primeiro destina a definição de relacionada às características da oferta e a identifica como elemento estrutural que viabiliza o primeiro contato com os serviços, e ao segundo define como a forma como os usuários experimentam a acessibilidade, permitindo o uso oportuno dos serviços com os melhores resultados possíveis.²³

1.3 - Coordenação da atenção em saúde: cores e lentes novas em óculos a se fazer

Ao termo coordenação são destinados diversos sentidos ou conceitos, a OMS em 2007 define como o sistema que abarca os esforços e políticas específicas que assegurem às pessoas com DCNT receberem serviços que sejam adequados às suas necessidades e coerentes em todas as situações de cuidados e ao longo do tempo que seja preciso.³⁸

Starfield³⁷ denomina de coordenação à presença de um estado harmônico ao se desenvolver ação ou esforços comuns em saúde, caracterizada por estarem disponíveis as informações acerca de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento destas informações, na medida em que estejam relacionadas às necessidades para atendimento atual.

O presente trabalho utiliza a definição de Terraza-Nunes, Vargas e Vázquez³⁹ que atribui ao conceito de coordenação um acordo (conexão harmoniosa) entre os diferentes serviços e níveis de atenção necessários para que se realize o cuidado contínuo a um paciente de modo que se alcance um objetivo comum e não haja conflito de informações.²⁷

A coordenação entre os níveis de atenção pode ser considerada a partir das tipologias de coordenação de informação que engloba as dimensões de transferência e uso das informações clínicas entre os níveis de assistência das condições de saúde anterior do usuário correlacionada com a atual considerando aspectos biopsicossociais e substanciando a tomada de decisão dos profissionais.²⁷

Para que se realize a transferência entre os níveis da atenção tanto da informação clínica como da situação biopsicossocial do usuário são necessários mecanismos adequados, que podem ser formais e/ou canais de intercâmbio informais. Sendo exemplo dos primeiros formulários de referências, resumo de alta; e como exemplo dos informais entre outros estão a comunicação por telefone, e-mail, web.³⁹

A garantia de que a transferência de tais informações ocorra de forma ágil e oportuna se relaciona a disponibilidade de tais mecanismos, assim como de seu registro adequado, que por sua vez também oportunizam a utilização delas, conforme mencionado acima, nas decisões tomadas pelos profissionais de saúde que podem consultar as referidas informações compartilhadas e as incorporar na atenção ofertada ao paciente.^{40, 41}

A coordenação administrativa que diz respeito ao acompanhamento do circuito administrativo percorrido pelo usuário do sistema de saúde e a ordenação do acesso aos serviços de saúde. E a coordenação de gestão clínica que se define por três dimensões: acessibilidade entre os níveis, coerência da atenção e seguimento adequado do usuário.²⁷ Os tipos, atributos e dimensões da coordenação da atenção estão demonstrados na Tabela 1

Contudo, a literatura acerca da coordenação demonstra certa disparidade ou dificuldade em definir esse termo, que se confunde com continuidade, integralidade assistencial e até mesmo com estratégias de ação. Todos estes se reportando à mesma ação de conexão da atenção recebida pelo usuário das múltiplas fontes de cuidado.³⁹ Conceitualmente, a coordenação assistencial deve ser entendida como aquela que se destina à sincronização de todos os procedimentos de atenção à saúde destinados ao usuário, independente de onde ocorram no serviço de saúde, a fim de que se alcancem um objetivo comum sem conflitos e articulados. Quanto maior o sucesso desta ação, mais integrada é possível que à rede de saúde esteja.^{29, 42}

Para que a coordenação assistencial se desenvolva de forma satisfatória se faz necessário que alguns fatores ocorram adequadamente como, por exemplo, investimentos financeiros, condições de trabalho e quantitativo suficiente de profissionais, as relações estabelecidas entre eles e deles com os usuários, fluxo e

volume das informações compartilhadas entre estes subsidiados por sistemas de informações que operem a contento, natureza e especificidade das ações envolvidas em saúde resultantes também do conhecimento da rede de serviços, dentre outros aspectos.²⁹

Tabela 1. Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção.

Tipos	Dimensões	Atributos
Coordenação de informação	- Transferência da informação clínica e biopsicossocial	- Disponibilidade de mecanismos adequados para transferência de informação
		- Existência de mecanismos
		- acesso ágil e oportuno a informação
		- Conteúdos da informação adequados
		Registro adequado da informação pelos profissionais
	- Utilização da informação	Consulta da informação transferida
		Incorporação na prática clínica
Coordenação de gestão clínica	- Seguimento adequado do paciente	Existência de um responsável clínico do seguimento
		Evidência de comunicação oportuna com o responsável na transferência
		Consulta de seguimento oportuna depois da transferência
	- Acessibilidade entre níveis	Provisão da atenção sem interrupções
	-Coerência da atenção	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados
		Reconciliação de tratamentos
Adequação clínica da transferência do paciente		
		Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos
Coordenação administrativa	Circuitos administrativos estabelecidos	- Existência de mecanismos para a coordenação administrativa
		- Referência administrativa do paciente à unidade adequada
	Ordenação do acesso	- Programação prévia da consulta, exame, etc.

Fonte: Vázquez et al, 2015

Terraza-Núñez, Vargas e Vázquez³⁹ defendem que o sucesso da coordenação assistencial depende de dois processos: a programação e a retroalimentação das atividades interdependentes. Por meio do primeiro, associado a reuniões clínicas, se

padroniza e previamente se determina o trabalho, definindo-se antecipadamente as atividades, as responsabilidades e as habilidades necessárias para que o mesmo seja realizado, diminuindo assim as possibilidades de entraves e incertezas das informações que necessitem ser compartilhadas. Em situações em que essa padronização não seja possível, se deve lançar mão de outra forma de realizar a coordenação utilizando a retroalimentação, que se caracteriza pela troca de informações entre os serviços ou unidades, ou ainda, entre os profissionais implicados na atenção ao usuário.

É relevante mencionar que há fatores que interferem na coordenação entre níveis, tanto favorecendo quanto dificultando o desenvolvimento da mesma, embora não exista novamente consenso em relação a um marco teórico para esta análise assim como relacionada à aplicação limitada daqueles que existem. Sendo possível, no entanto o embasamento nos marcos existentes e em estudos empíricos para considerar três tipos de elementos determinantes da coordenação: os organizativos, os relacionados com os profissionais e os com as necessidades de saúde do paciente atendido.^{27, 29}

A estreita e inseparável relação entre coordenação assistencial e a integralidade expressa nas ações da RAS pode ser percebida pelo usuário como continuidade do cuidado e representa um atributo organizativo do sistema de saúde.⁴²

Os conceitos e evidências a respeito da fragmentação dos serviços e coordenação entre níveis assistenciais constituem os principais elementos de uma pesquisa multicêntrica denominada “*Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II)*”, cujo objetivo é avaliar a efetividade das diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas Redes de Serviços de Saúde da América Latina.²⁷

A pesquisa Equity LA II sob a coordenação geral do Consórcio de Saúde e Serviços Sociais da Catalunha-Espanha, conta com a participação de seis países – Brasil, Colômbia, Chile, México, Argentina e Uruguai, tendo como fonte de financiamento a Comissão Europeia, como Ação de Cooperação Internacional Específica (SICA). No Brasil, a coordenação do Projeto está sob a responsabilidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP.

A pesquisa Equity-LA II adota um desenho quasi-experimental (estudo de intervenção com um desenho antes e depois) com um enfoque de pesquisa-ação participativa e multidisciplinar. A análise está centrada na relação entre níveis assistenciais, no que se refere à coordenação e continuidade da assistência e o seu impacto na qualidade da atenção. Apresenta quatro fases: (I) estudo de linha de base, (II) desenho e implementação de intervenções para melhorar a coordenação e a qualidade da atenção, (III) avaliação das intervenções, (IV) análise comparativa transnacional. A pesquisa tem duração de 60 meses, sendo iniciada em 2013 com previsão de término para 2018.

Em cada um dos seis países participantes foram selecionadas duas redes de saúde comparáveis - uma Rede de Intervenção (RI) e uma Rede Controle (RC). A seleção das redes foi realizada a partir de alguns critérios, que são: apresentar continuidade da assistência aos pacientes com DCNT entre a Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE); prestação de serviços a uma população definida; provisão de serviços em áreas urbanas de baixa renda; disposição da gestão local em participar e implementar as intervenções desenhadas, liderança e competência para desenvolver as estratégias construídas.

No Brasil, a pesquisa está sendo desenvolvida em dois municípios do estado de Pernambuco: Caruaru (rede de intervenção) e Recife (rede controle). Para a cidade do

Recife, capital do estado de Pernambuco, o estudo selecionou dois distritos sanitários (DS), III e VII, formados por 16 e 13 bairros, respectivamente, compondo 32 unidades de AB, seis Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e 14 unidades de AE. A população dos dois distritos era de 312.981 habitantes no período. No município de Caruaru, situado na Mesorregião do Agreste Pernambucano, que tinha uma população estimada para o ano de 2013 de 337 416 habitantes ⁴³, foram selecionadas as unidades da AB e AE da rede de saúde.

A fase I da pesquisa, relativa ao estudo de linha de base, foi realizada de junho a novembro de 2014 e fevereiro de 2015, inicialmente utilizando uma abordagem qualitativa. Em ambos os municípios foram selecionados profissionais de saúde das Redes AB e AE.

A seleção dos participantes tanto em Recife como em Caruaru envolveu dois grupos de profissionais que ocupavam o cargo há pelo menos três meses na rede de atenção à saúde: a) profissionais de saúde: médicos e enfermeiros. No caso dos médicos da AE, se considerou especialidades relacionadas às doenças crônicas (diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC), traçadores para o estudo e; b) gerentes/dirigentes e pessoal administrativo. Os critérios de variedade máxima do discurso foram idade, tipo de contratação e tipo de especialidade.

As técnicas para a coleta de dados com os atores envolvidos foram a entrevista individual semiestruturada e grupos focais, para a análise de suas opiniões sobre a coordenação; os fatores que nela influem; o impacto destes fatores na coordenação e na qualidade da atenção; conhecimentos e os usos dos mecanismos de coordenação que existem; e sugestões para a melhoria da coordenação.

Foram realizadas em Recife um total de vinte e quatro entrevistas, que foram transcritas e organizadas em categorias mistas, derivadas do marco conceitual refletido

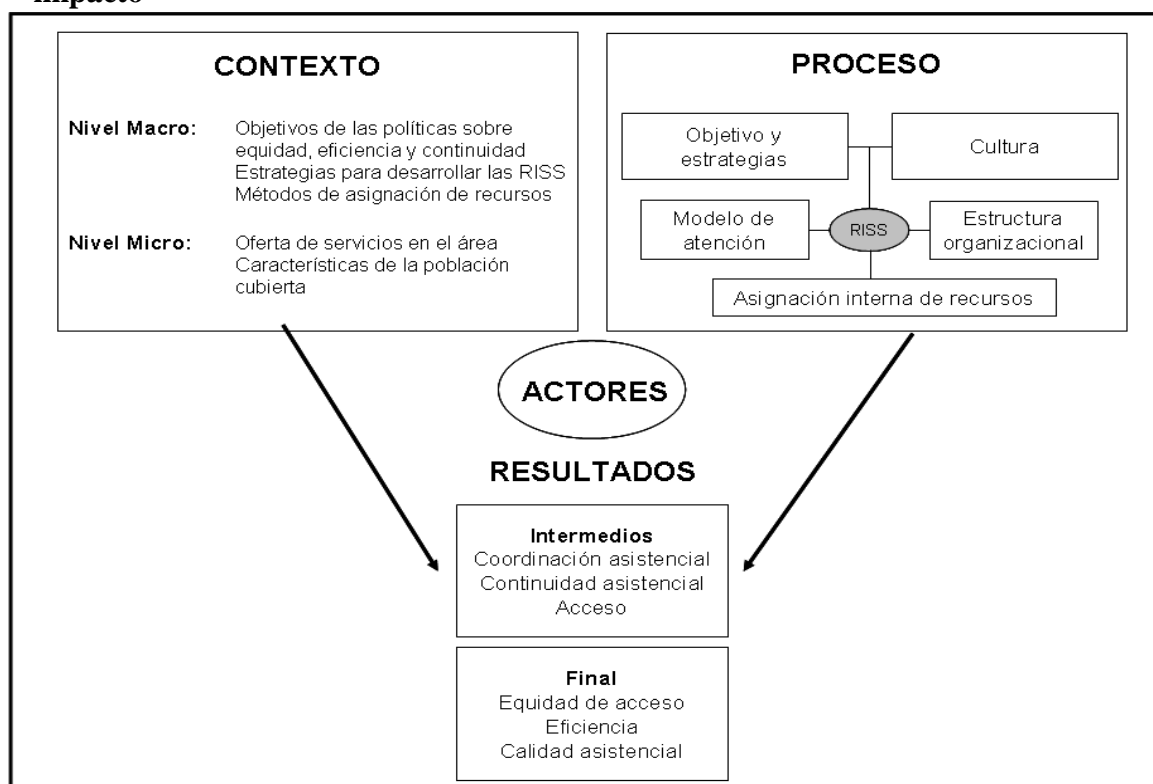
em roteiros temáticos e no plano de análise, assim como outras que emergiram destes dados, segmentados em rede, grupo de informante e tema. A verificação e triangulação da informação qualitativa permitiram assegurar a qualidade dos dados.

As categorias teóricas contidas no roteiro (Anexo 1) das entrevistas aplicadas foram: 1) Fatores relacionados com o âmbito interno da rede, classificados em fatores ligados aos profissionais e fatores organizativos; 2) Fatores relacionados as necessidades dos pacientes/usuários; 3) Fatores relacionados com os sistemas de saúde.

Em 2015, foi realizado o estudo quantitativo (inquérito amostral) através de questionários aplicados a profissionais médicos, com uma amostra de 174 em cada rede de saúde. Foram incluídos os médicos que trabalhassem a mais de três meses na AB e na AE, no atendimento direto aos pacientes com doenças crônicas. A amostra final de entrevistas aplicadas com usuários portadores de doenças crônicas foi de 402 usuários da rede intervenção e 399 da rede controle.

No marco teórico que fundamenta o Projeto Equity-LA II, consta que o desempenho das RAS deve ser analisado considerando seus objetivos finais, bem como os intermediários, que se referem à coordenação e à continuidade assistencial e ao acesso aos serviços de saúde. Esta análise avaliativa dos objetivos deve se pautar em três dimensões centrais: contexto, processo e perspectiva dos atores envolvidos, como mostra a Figura 1²⁷

Figura 1: Marco para a análise de redes integradas de serviços de saúde e seu impacto



Fonte: Vázquez et al, 2015

No projeto Equity-LA II, a centralidade da análise no tocante aos objetivos intermediários das RISS se relaciona à coordenação ente níveis assistenciais e ao seu impacto nos objetivos finais da rede, que são a qualidade e a coordenação da atenção, e o que pensa o usuário no que diz respeito à continuidade da atenção. O contexto de estudo se caracteriza pela identificação das redes como um caminho para a organização dos serviços de saúde para que seja prestada a atenção visando à garantia da continuidade a pacientes com doenças crônicas, sendo o foco da análise como ocorre o conhecimento e o compartilhamento de informações entre a AB e a AE.²⁷

1.4 – Hermenêutica Gadameriana - um olhar sob as lentes de nova coloração dos óculos que se refazem pela atribuição de sentidos

É chegado o momento de se debruçar e lançar o olhar através das lentes de nova coloração que compõem os óculos da Hermenêutica Filosófica de Gadamer (Hans-Georg Gadamer, filósofo do século XX), óculos enquanto dispositivo óptico que por meio da luz refazem imagens e permitem “o ver-o-mundo” ou “se-ver-o (no)-mundo. Os óculos que se fazem de novo pelos sentidos atribuídos pelo próprio homem lançado ao mundo a fim de se-existir enquanto projeto de “vir-a-ser” ao passo que “se-compreende-aí-no-mundo e compreende-o-mundo-aí-nele”.^{44, 45, 46, 47,48}

Hermenêutica esta que se configura pela interpretação do sentido atribuído pelo ser e pela compreensão da ciência como uma forma de discurso, que se caracteriza por uma busca de validação intersubjetiva embasada pelo compromisso com a verdade, que abarca incertezas e se produz na relação sujeito-objeto.^{47,48,49,50} Acreditando, desta feita, que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeitos em relação ao objeto enquanto vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a intersubjetividade, com o desvelamento do sentido social que os indivíduos constroem em suas interações cotidianas.⁵¹

É essa a intenção que se pretende usar como caminho a se fazer para a compreensão na presente pesquisa, cujo aporte teórico se pauta na hermenêutica filosófica de Gadamer, em razão da crença de que para que se compreendam os fenômenos se faz necessário o desvelamento dos sentidos atribuídos pelos atores que os compõem. A saber, nesta pesquisa o representado ou identificado pelos profissionais de saúde que constituem e são constituídos pelos serviços, procedimentos, processos e pelos outros com os quais se relacionam.^{47, 48, 49}

Para que se tenha êxito na tarefa de desvelamento de tais sentidos é imprescindível também a compreensão acerca da experiência que se relaciona ao conceito vivencial de saúde que é de caráter *contrafático*, ou seja condicionado a uma não existência de doença, a uma experiência de fato ou do fato. A saúde é (re)conhecida a cada vez, enquanto e porquanto se vive no estar-no-mundo pelo humano disposto aos seus empreendimentos sem quase sentir fadiga ou os esforços para tais.^{44, 50, 51, 52}.

Como afirma Gadamer,⁴⁴ a doença, ou melhor, o domínio desta é do que se ocupam os profissionais de saúde na busca de “devolver um equilíbrio”, executando desta forma ao que se chama a arte de curar, assim é plausível que se almeje compreender como esses profissionais percebem elementos que pudessem os ajudar em sua tarefa, como é o caso da coordenação entre os níveis assistenciais de saúde.^{44,50}

A “arte de curar” que visa restabelecer o algo natural (a saúde) por meio de algo artificial (a técnica) com o objetivo de dominar a doença por conhecê-la e poder guiar o seu curso aplicando intervenções mais adequadas pelo fato de possuir o “saber e o ser-capaz-de-fazer que sabe”, desta forma poder saber auxiliar o regresso da saúde a um determinado caso isolado (o paciente/usuário de saúde).⁴⁴

Assim, esse regresso, inclui contextos sóciohistóricos, temporalidade e espacialidade, indicando também o caráter interativo, crítico e reflexivo do agir profissional, que deve buscar ultrapassar em sua ação clínica uma conceituação que se reduza a padronização de protocolos, onde a “boa prática” não seja sinônimo de escolha e administração de tecnologias científicas adequadas ou ainda se feche no processo de burocratização da vida.^{44,52,54}

A “boa prática” deve representar, então, a característica do fundamento da teoria ao se manifestar vinculada às necessidades do homem tanto em sua dimensão individual como social, evidenciando em seu exercício o fato de que a ciência/teoria sozinha não

transforma o mundo; precisa sair de si mesma, ser assimilada por aqueles que hão de suscitar com seus atos reais essa transformação.⁵⁵

Tarefa nada fácil, uma vez que os profissionais de saúde estão imersos em um ambiente transformado pela cultura científica da era moderna onde a burocratização da vida se presente e resulte de inúmeras normas e regulamentos, cientificidade e objetividade os impulsionando a autocerteza e a autoconvicção metódica, jogando-os para “o labirinto da especialização” e os afastando do conceito contrário a este: o da totalidade em saúde representante de uma visão integral do saber sobre o humano e da “existencialidade” do ser.^{44,56}

A ação do cuidado ao outro até aqui tratada se revela em uma conformação da prática reflexiva e da boa prática em saúde, mas também do cuidado a si mesmo enquanto profissional, sendo este último quem conquista para essa ação os atributos do agir interativo, crítico e reflexivo. É esse ser-profissional-aí-no-mundo com quem por meio da linguagem as pesquisadoras entraram no jogo da compreensão, denominado por Gadamer como o movimento de se lançar à busca pela verdade da experiência. Essa, suprime a distância entre o que se quer compreender e quem compreende, e que não é da dimensão da racionalidade ou da aplicação de um método, para desvelar os sentidos por eles atribuídos à coordenação entre níveis assistenciais.^{50, 54, 57, 58}

Nesta mesma dimensão a assistência prestada em saúde se estabelece nos moldes de uma relação dialógica e intersubjetiva em que o técnico, que é o profissional, lança mão da ciência e das tecnologias como tradição da técnica e criticamente reage a essa tradição. Enquanto sujeito o profissional se modifica e conseqüentemente promove modificação em sua ação em razão do que recebe do outro com quem interage, a saber: o paciente/usuário e seus pares ou outros profissionais de saúde.^{54, 57, 58}

Cabe a esta altura que se discorra, mesmo que de forma breve, sobre o que até o momento se tem chamado de atribuição de sentido, o ponto de partida será a fenomenologia de Martin Heidegger, filósofo que inicialmente inspirou o interesse de Gadamer e de quem este foi aluno, podendo dizer até que por algum tempo de quem foi discípulo.^{48, 54}

Heidegger buscou saber como o homem compreende o mundo na relação que com ele estabelece a partir de sua singularidade e experiência única,⁴⁵ o que, para ele, ocasiona um processo dialético de construção do ser e do mundo, o *Daisen* (ser-aí), que é histórico e temporal por estar em um mundo em um certo tempo. O ser-aí é caracterizado pela condição do homem se ver inserido em um contexto histórico-linguístico, condição de possibilidade que molda e fornece um *horizonte de sentidos* (*visada histórica do mundo, cenário, panorama de compreensões, campo aberto e âmbito dinâmico*), que se caracteriza por diversas perspectivas e/ou visões de mundo e do ser-aí-no-mundo.^{45, 46, 47}

É possível afirmar que as concepções heideggerianas tratam de uma fenomenologia existencial em que a compreensão é igualmente existencial, isto é, a compreensão é a “concretização de uma possibilidade ontológica do ser-aí no projeto do seu existir”.⁴⁸

Essa condição do “ser” que intencionalmente atribui sentidos às coisas/fenômenos para compreender a si mesmo e ao mundo defendida por Heidegger influenciou Gadamer em seu conceito ampliado da hermenêutica, que por e com sua hermenêutica filosófica também se ocupou da natureza da compreensão humana. Utilizou-se da interpretação da linguagem e do processo que se dá a partir da aprendizagem intersubjetiva, para afirmar que a compreensão não perpassa uma ação controlada por regras e procedimentos, mas sim, se efetiva pela condição do ser humano

que por compreender é capaz de interpretar, sendo esta última ação constituída na tarefa contínua de tomar algo por algo.^{48, 59, 60}

Para Gadamer é exatamente a compreensão que abre as possibilidades dos comportamentos do ser-no-mundo com relação a tudo ao seu redor e a linguagem é entendida “como o terreno da experiência ontológica fundamental”. Constituindo-se a linguagem como experiência “linguística-viva” que lastreia a compreensão de si mesmo desse ser-no-mundo.^{44, 48, 59}

Ainda sobre a linguagem, Gadamer em sua concepção diz se tratar de mediação comunicativa que é solo comum onde a compreensão ocorre e repousa na disposição dos participantes para conversa em que se emprestam a si mesmos para que algo emergja, isto é, o “algo-a-ser-compreendido” surja na conversação (conversa-ação). É a palavra ou por meio dela que o ser e o ente se revelam.^{44, 48, 57, 61}

O compreender se faz em um círculo hermenêutico (previsão de sentidos atribuídos do conjunto para as partes e das partes para o conjunto), onde só se compreende o que já se conhece em relação ao que já lhe foi transmitido de geração em geração pela autoridade (aquele que tem conhecimento, um saber superior, o ser-capaz-de-fazer fundamentado no saber e no poder-saber) sobre a tradição. A tradição (“força viva” que adentra todo ato de compreender e condiciona o interpretar, influência inerente ao que o ser é e estar-no-mundo, história de um tempo, aquilo que está dado pelo passado, mas que é confrontado no/ou ao existir através do questionar e compreender a própria historicidade). Esta tradição é composta pelos preconceitos que significam os conhecimentos prévios (regras, normas, conceitos, tipos de prejulgamentos imprescindíveis para a abertura do caminho para o pensar o cotidiano), embora a condição de projeto-do-ser configura o caráter do “ser” que permanentemente continua a interpretar/investigar/interrogar o mundo e a sua tradição.^{44, 48, 50, 59}

Neste ponto da exposição se faz necessário deixar claro que ao se buscar compreender o sentido das práticas em saúde tem-se como objetivo fazê-lo em seu sentido formativo e não normativo. O que nos remete à filosofia Aristotélica denominada *phrónesis*, que diz respeito a uma racionalidade voltada à *práxis*. Uma sabedoria que entende os seres humanos como dotados de *prohairesis* (*escolha, volição, intenção*), lhe conferindo a capacidade de escolha, de antecipação prévia e negociação em dimensões ética e política. A procura por uma sabedoria prática recebeu de Aristóteles a denominação de filosofia prática.^{62, 63}

A forma aristotélica acerca da questão ética e o tipo de saber que lhe são peculiares, possibilitou a Gadamer um caminho de orientação para realizar a tarefa própria da hermenêutica que é a de elucidar e na qual há, é usado, o conceito da “aplicação”, no sentido referido por Aristóteles. Esta não consiste em operação subsidiária sobre a qual se acrescente depois à compreensão, uma vez que para compreender cabe ao intérprete aplicar sua tradição, seus preconceitos, seu horizonte ao que quer compreender.^{57, 64}

É possível dizer então que o objeto sobre o qual se destina a aplicação (realizar a tarefa de compreender a partir da tradição, prejudgamentos e horizonte) é determinante sempre e totalmente do conteúdo concreto e efetivo da compreensão hermenêutica. Tal compreensão ocorre no acontecer do encontro dialógico, sendo retirado da ação intencional de aplicar a condição de empregá-la em uma dada generalidade, mas, ao contrário, a conferindo o status inaugural que possibilitará a resolução/compreensão/interpretação de uma situação particular, continentalmente delimitada por esta relação que se dá pelo encontro dialógico.^{57, 59, 64}

Gadamer se pautando nas ideias que compõem a filosofia prática, a define como a ciência que trabalha com as questões da ação humana, um saber em geral sobre o agir

e o fazer humano que pode ser ensinado. Segundo ele, práxis não é oposição à teoria, mas sim a aplicação no social da teoria e da ciência. Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito na práxis, encontrada também na fenomenologia ao afirmar que existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a intersubjetividade, e com o desvelamento do sentido social que os indivíduos constroem em suas interações cotidianas.^{51, 65}

Na concepção gadameriana há o reconhecimento da importância do acesso aos recursos tecnológicos que oportunizem a ampliação do cuidado à saúde, contudo há também o questionamento do tecnicismo que obscurece o processo intersubjetivo de compreensão e crítica. O diálogo entre os saberes técnicos e o que as pessoas esperam e os seus pressupostos se torna essencial para a percepção de forma diversificada de suas necessidades a fim de que sejam feitas as escolhas mais adequadas para as inúmeras situações de saúde.⁴⁴

Existe deste modo, a evidência da atribuição de valor ao fato de uma práxis poder contribuir para o ser em sua reflexão quanto aos custos e benefícios entre o que pode fazer (a técnica) e o que lhe pode ser feito – *“uma prática assim entendida saberá dar à técnica o que é da técnica e à liberdade o que é da liberdade”* (Santos, 2000; p. 45).⁶⁶

Gadamer ao construir sua hermenêutica ratifica sua postura de contestação à hegemonia do racionalismo científico que ofusca e impede a descoberta de caminhos alternativos à verdade e ao entendimento. Uma vez que a verdade de que trata o positivismo, enquanto representante desta racionalidade moderna científica, é absoluta, não dando margens a inúmeras interpretações e dissociando o objeto do sujeito, pautando-se em um tecnicismo que dificulta a criticidade e desmerece o saber que não é

científico, desconsiderando o saber do senso-comum mesmo que este provenha da experiência vivenciada pelo sujeito.⁶⁷

A boa prática na perspectiva gadameriana não é decorrente somente do saber-fazer instrumental, mas tão importante quanto é a conversação, que possibilita que haja um aproximar-se da verdade prática em um dado encontro. A boa prática é alcançada quando dois entes dialogam e há um entendimento sobre algo, que não significa concordar com a visão um do outro, mas se colocar em contato com outro horizonte, assim fazendo com que a construção da verdade decorra de uma experiência aberta a ressignificação que requer a mediação entre o conhecimento técnico-científico e o saber ser sobre ele mesmo.^{44, 48}

A verdade de que se ocupa Gadamer é a das hermenêuticas filosóficas individuais, as quais se transformaram não apenas em uma maneira de leitura e entendimento de textos, mas em uma descrição da natureza do entendimento humano em si.^{51, 60, 67}

Na concepção da hermenêutica filosófica, a verdade é uma experiência hermenêutica e se relaciona à revelação, a aquilo que se mostra, se manifesta no encontro entre o familiar e o desconhecido. É o novo que se revela. Carregado de historicidade, pois entende que o ser é resultante de identidades construídas social e culturalmente (tradição, preconceitos, horizonte), sem, contudo que tal característica retire do humano sua condição de autonomia de confrontar preconceitos herdados, conferindo-lhe a condição de julgamento reflexivo das coisas, das ações, da linguagem. Mesmo que esse julgamento ocorra em um contexto da realidade histórica, a qual chama de tradição.^{59, 67}

A compreensão da verdade por parte de quem deseja interpretá-la, ocorre no âmbito da história dos efeitos, caracterizando uma posição que não é fixa, pelo

contrário, faz parte da tradição. A posição do intérprete não é neutra, já que o lugar da interpretação intrinsecamente carrega efeitos do passado sobre o presente, isto é, o horizonte de sentidos. E remete inexoravelmente a um encontro entre o que se interpreta (conteúdo), o interpretado e o intérprete. Logo, a ação é dialógica, pautada no diálogo que é “fusão de horizontes (compartilhamento, familiarização e apropriação mútua na ação dialógica do desconhecido no outro ou que supostamente se conhece) do interpretado e do intérprete”.^{52, 53, 59, 65, 67}

Vale ressaltar que há no presente estudo, a consideração de que os profissionais de saúde são autoridades conforme sentido discorrido pela hermenêutica filosófica. Significado este relacionado ao enfoque positivo do termo e ligado a palavra autoritativo em sua condição de adjudicada (aquele que tem posse, que tem por pertencimento, que tem por propriedade), conferida em razão de se ter, por reconhecimento da tradição e historicidade, a posse de um saber superior legitimado que garante um ser-capaz-de-fazer, se contrapondo ao sentido de autoritário, que requer ação de coerção.⁴⁴

Assim o convite feito por meio das entrevistas que foram realizadas foi o de no lugar de autoridade tais profissionais exercessem também sua liberdade crítica ou liberdade genuína, isto é a liberdade para a crítica, a autocrítica representada pela sua expressão mais imediata que é a de questionar a si mesmo e ao sistema de saúde do qual é integrante, integra e é integrado.^{44, 48}

O jogo da compreensão ao qual se foi lançado a jogar na dissertação em tela, se pautou na tarefa hermenêutica de preservar a legitimidade do ser-capaz-de-fazer. Trata-se do profissional de saúde enquanto autoridade, a legalidade do horizonte da tradição desse saber que engendrado de pressupostos e preconceitos caracterizam sua ação e os significados que atribuem à coordenação entre os níveis de atenção à saúde.^{44, 48, 58, 59}

II - JUSTIFICATIVA

Considerando os seguintes pressupostos

- ✓ Organização do SUS que preconiza um modelo de atenção à saúde em redes que devem prestar cuidado de forma contínua e com comunicação fluída, mas que apresentam problemas quanto à acessibilidade aos níveis assistenciais, evidenciando descontinuidade no cuidado e agravamento nas condições de saúde dos pacientes;
- ✓ Magnitude das doenças crônicas no cenário nacional e a repercussão na rede de atenção à saúde;
- ✓ Pouco conhecimento do fluxo dos serviços das redes de Atenção Básica e Atenção Especializada disponível e deficiência no compartilhamento de informações entre os profissionais;
- ✓ Incipiência de estudos sobre a temática da coordenação entre níveis assistenciais especialmente no que se refere à perspectiva intersubjetiva dos profissionais envolvidos.

Este estudo é relevante por colocar em destaque a compreensão dos profissionais de saúde envolvidos com os fenômenos que influenciam na coordenação entre níveis de atenção à saúde, como uma maneira de ampliar o olhar sobre estes aspectos e proporcionar novos caminhos na busca pela integralidade do direito à saúde integral aos pacientes com doenças crônicas.

Para tanto se buscará responder a seguinte pergunta de pesquisa:

Quais os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde dos Distritos Sanitários (DS) III e VII de Recife à coordenação entre níveis assistenciais de cuidado na atenção à saúde?

III – OBJETIVOS

3.1 - GERAL

Compreender os sentidos atribuídos por profissionais das Redes de Atenção à Saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais de cuidado aos pacientes no município de Recife, sob a ótica da hermenêutica filosófica de Gadamer.

3.2 - ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer a percepção dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde sobre os aspectos organizacionais, profissionais e das necessidades em saúde do paciente que influem na coordenação entre os níveis assistenciais de cuidado;
- ✓ Desvelar os sentidos da práxis profissional em relação à coordenação entre os níveis de atenção à saúde;
- ✓ Analisar as repercussões da práxis profissional sobre a coordenação entre os níveis assistenciais.

IV- MÉTODO

4.1 - DESENHO DA PESQUISA

Pesquisa de abordagem qualitativa, cujos referenciais teóricos acerca da coordenação entre níveis de atenção desenhados na Pesquisa Equity-LA II foram articulados com a perspectiva teórica da Hermenêutica Filosófica de Gadamer.

4.2 - FONTE DA PESQUISA

A investigação foi um recorte do estudo de linha de base do Projeto Equity_LA II²⁷, no que se refere aos aspectos na coordenação da atenção entre os níveis assistenciais, em sua vertente qualitativa. Neste estudo foram utilizadas como base para análise as entrevistas com informantes chaves na rede controle em Recife, no ano de 2014/2015. Fez-se a opção de realizar novas escutas em onze entrevistas semiestruturadas aplicadas aos participantes do grupo de profissionais de saúde (Quadro 1)

Quadro 1 – Quantitativo de entrevistas por categoria profissional. Recife, 2015

Categoria Profissional	Atenção Básica	Atenção Especializada
Médicos	3	5
Enfermeiras	2	1
Total	5	6

O trabalho de rescuta dos áudios, realizado pelas pesquisadoras oportunizou o direcionamento de um novo olhar sobre o objeto do estudo, com o surgimento de novas categorias emergentes para análise do conteúdo das entrevistas.

4.3- PERÍODO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no período de março de 2016 a novembro de 2017.

4.4 - ANÁLISE DO MATERIAL

O material de estudo foi analisado minuciosamente com o objetivo de se compreender os sentidos expressos no discurso dos participantes a partir de interpretação baseada na hermenêutica filosófica de Gadamer. Considerando a condição que ocupa o pesquisador na pesquisa qualitativa, que é a de sujeito implicado na análise e entendendo que esta ação é feita em um contínuo relacional que se processa na intersubjetividade dos atores que compõem a pesquisa. Parte-se do entendimento de que este é um processo, sistemático, compreensivo, interativo, cíclico e que buscou as “*tendências: tipologias, regularidades ou padrões*”, na tentativa de serem traduzidas as categorias para o estabelecimento de comparações, semelhanças e possíveis diferenças.^{68, 69, 70, 71}

Desta forma a análise de conteúdo consiste em uma técnica de ler e interpretar o conteúdo de qualquer documento, que no estudo em tela a leitura foi das transcrições das entrevistas acrescidas das novas transcrições decorrentes das rescutas dos áudios.^{70,}

71

A primeira fase da análise consistiu da pré-análise do material que se efetivou por meio de novas escutas dos áudios a fim de que se procedesse à análise do discurso, inclusive das características paralinguísticas, onde foram feitos os registros de silêncios,

risos e outros elementos que se constituíram de interesse para a referida análise. As gravações das entrevistas foram a fonte de dados primários, que permaneceram com registros da data, local e informante por meio de códigos que garantiram a confidencialidade e a procedência da informação, ficando guardadas até o final desta pesquisa.^{68, 69, 70}

A segunda fase foi a da leitura compreensiva das transcrições das entrevistas, que visou à aproximação do todo de cada relato com o intuito de se aproximar do seu conteúdo latente. O passo seguinte foi o de organização das transcrições para se identificar as informações e a separação de conjuntos dos discursos a partir de aspectos como: características dos participantes (idade, sexo, etc); unidades gramaticais (frases ou parágrafos); por evolução temporal da narração ou por combinação de vários destes aspectos.^{68, 69, 70}

A terceira fase foi a de criar categorias empíricas ou unidades de sentido,^{69, 72} que resultaram da identificação de padrões, dados que se relacionam entre si, isto é, que correspondam a um tema determinado. As categorias também foram criadas de maneira indutiva decorrente das informações dos textos transcritos, dos roteiros das entrevistas e/ou da combinação de ambos.^{69, 70}

A análise dos dados foi realizada da primeira a terceira etapas em cada uma das entrevistas e em seguida os dados foram analisados de forma comparativa entre os atores por níveis de atenção que representavam com o intuito de estabelecer os principais dissensos ou contradições e consensos emergentes, possibilitando assim com que o jogo da compreensão/interpretação ocorresse.^{44, 48, 59, 67}

Os critérios utilizados para a definição do tamanho da amostra foram relacionados à conveniência-pertinência que versa sobre a qualidade da informação e a

suficiência da amostra pelo fato do conjunto da informação possuir completude para o alcance dos objetivos da pesquisa, além de expressarem saturação ou redundância caracterizadas pela repetição, ausência de aspectos novos no discurso dos informantes-chaves denotando esgotamento da informação.^{70, 72, 73, 74, 75}

As etapas seguintes foram a descrição dos resultados (realizada a partir do estabelecimento de semelhanças e diferenças ou contradições nas informações que emergiram nas entrevistas) e a interpretação dos resultados (última fase do estudo e que consistiu em estabelecer relações e desenvolver explicações ou hipóteses constituintes das concepções Gadamerianas que permitiram a atribuição de sentido aos achados).^{68, 69, 70, 72, 73, 74}

A última etapa do estudo apresentou as possíveis compreensões acerca das categorias e subcategorias contidas no marco do Equity LA II e que emergiram na análise do material (Quadro2).

Quadro 2: Coordenação da atenção entre níveis: categorias e subcategorias de análise

Categorias de análise		Subcategorias de análise	
Aspectos relacionados ao sistema de saúde		Não emergiram subcategorias	4. 5
Aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde		- Responsável clínico; - Problemas na gestão clínica; - Problemas na gestão administrativa; - Problemas na coordenação de informação.	-
Aspectos relacionados aos profissionais:	Práxis na atenção básica e na especializada	-Atribuições teóricas e práticas da atenção básica e especializada; -Atitudes que influem na coordenação da atenção entre níveis.	ASP
	Mecanismos de coordenação	-Conhecimento; -Utilidade; -Utilização; -Mecanismos informais;	EC TOS
Aspectos relacionados às necessidades do paciente		-Oportunidade da atenção; -Adequação da atenção; -Resolução dos problemas; -Segurança do paciente.	ÉTI
Estratégias e propostas de melhoria da coordenação e uso dos mecanismos existentes		-Relacionadas com os serviços de saúde, profissionais e mecanismos..	CO

S

Os dados de interesse para pesquisa foram obtidos, retrospectivamente, do banco de dados proveniente da Pesquisa Equity– LA II, que foi aprovada pelo Comitê Ético de

Investigação Clínica – Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona (CEIC), protocolo 2013/5048 I (anexo 2) e pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP com o parecer N° 3967-14 (Anexo 3). Portanto, o projeto atual “Os sentidos atribuídos por profissionais de saúde acerca da coordenação entre níveis assistenciais: o olhar sob as lentes Gadamerianas”, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP para solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), com aprovação sob o nº 2.057.958 em 11/05/2017, CAAE 63439416.0.0000.5201.

V. RESULTADOS

Neste tópico, os produtos do estudo serão abordados de forma descritiva com o objetivo de apontar a visão dos profissionais de saúde do Recife (DS III e VII) sobre a coordenação entre os níveis assistenciais de saúde e sua aproximação com o marco teórico da pesquisa Equity LA-II. Posteriormente na seção de discussão se desvelará a percepção dos sentidos atribuídos pelos atores na ótica da Hermenêutica Filosófica Gadameriana.

A amostra foi composta por duas enfermeiras da AB e uma da AE, três médicas da AB e cinco da AE, com idade entre 45 e 68 anos; dez atores são do sexo feminino e um do masculino, com experiência no serviço entre um e 19 anos, dez desses profissionais com titulação em residência ou especialização (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográfica e laboral dos profissionais de saúde entrevistados. Recife, 2014/2015.

Código	Idade	Sexo	Tempo de atuação (anos)	Nível assistencial de atuação	Titulação/Especialização
E1	45	F	13	AB	Saúde da Família
E2	51	F	12	AB	Saúde da Família
E3	46	F	01	AE	Sem registro
M1	58	F	10	AB	Medicina da Família e Comunidade; Geriatria
M2	68	M	16	AB	Saúde da Família
M3	34	F	02	AB	Saúde da Família
M4	51	F	13	AE	Dermatologia
M5	45	F	16	AE	Cardiologia
M6	46	F	19	AE	Endocrinologia
M7	49	F	19	AE	Endocrinologia
M8	50	F	19	AE	Endocrinologia

A sequência da exposição seguirá a ordem que as categorias e subcategorias emergiram, acompanhada da análise comparativa entre os níveis assistenciais nos quais os entrevistados desenvolviam suas atividades laborais.

Aspectos organizacionais (Tabela 3)

Responsável clínico

Um pouco mais da metade dos profissionais (uma enfermeira e dois médicos de cada nível da atenção) apresentou desconhecimento dos termos responsável clínico, gestão clínica e administrativa e coordenação da informação, havendo falas que os confundiam com as atribuições da gestão enquanto governo nas diversas esferas de poder, estranheza frente ao termo e inadequações quanto às ações desempenhadas por eles.

Mesmo que o médico generalista tenha sido reconhecido como responsável clínico por cinco profissionais (dois médicos da AB e três da AE), só dois (um médico da AB e outro da AE) identificaram o médico da AB com essa função. Uma enfermeira da AB atribuiu à equipe da ESF esse papel e dois médicos da AE expressaram conhecer o termo, mas não identificaram a existência na prática do responsável como sendo o médico da AB.

Os dois informantes que conheciam o conceito de responsável clínico salientaram a importância da sua atuação como aspecto que contribuiria muito para que as ações de cuidado em saúde fossem desenvolvidas adequadamente, facilitando a comunicação entre níveis e elevando a qualidade da atenção prestada ao usuário, todavia estes atores mencionaram que não existe atualmente na rede de saúde esta função desenvolvida.

Gestão clínica

A existência de problemas na gestão clínica apareceu nos relatos de quatro médicos da AE ao evidenciarem falhas no cuidado devidas aos encaminhamentos inadequados do nível primário ao secundário contrariando a adequação clínica da

transferência do paciente, o que implicaria em deslocamentos inúteis dos usuários e ocupação desnecessária de vagas no atendimento especializado.

Gestão administrativa

Todos os profissionais de saúde apontaram aspectos organizacionais que dificultavam a coordenação da atenção entre níveis, dentre estes os que emergiram como comuns estavam relacionados às falhas no sistema de marcação de consultas, insuficiência na oferta de vagas e quanto ao número de equipamentos e de profissionais nos dois níveis de atenção. Na visão deles isso ocasionava entre outras consequências, a sobrecarga dos profissionais e o longo tempo de espera do usuário pela assistência, especialmente a especializada.

O Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) foi apontado recorrentemente como instrumento organizativo que dificultava a coordenação entre níveis em virtude de não estar sendo operacionalizado de forma adequada, havendo apenas um depoimento de uma enfermeira da AB que o percebia como sendo um instrumento de melhora no futuro.

A não proporcionalidade entre demanda da população e oferta dos serviços de saúde (consultas e exames) também emergiu como aspecto de uniformidade entre os entrevistados nos dois níveis assistenciais acarretando dificuldades para a atenção à saúde. Na visão dos profissionais da AE isso contribui, dentre outras coisas, para a rapidez no tempo destinado às consultas, comprometendo a qualidade da atenção e interferindo na disponibilidade do registro adequado e no encaminhamento das informações de contrarreferência por estes profissionais.

Coordenação da informação

Os problemas relacionados à coordenação da informação emergiram na fala de dois profissionais (um médico de cada nível de atenção). Respectivamente os problemas

foram abordados como se relacionando a não realização de ações de adequação de perfil do atendimento nas unidades de AE e à ausência de comunicação entre os níveis de atenção à saúde.

Nos relatos de quatro médicos da AE as referências equivocadas da AB para centros de especialidades ocorrem em virtude da ausência da informação correta sobre o perfil da unidade referenciada

Tabela 3 – Aspectos organizacionais da coordenação entre os níveis da atenção. Recife, 2014/2015.

Categories / subcategories	Citações
Responsável clínico	<p>“Veja a gente aqui (...), no PSF a gente sempre trabalha em equipe, a gente não tem isso de (...) Assim, o médico dá o diagnóstico, mas ele precisa do NASF, ele precisa da gente, das enfermeiras, dos técnicos, dos dentistas (...) Um atendimento, ele não é um paciente do medico, ele é um paciente de todos nós” (E2-AB).</p> <p>“Olhe (...) na maioria dos casos, ou seja, 85-90% deveria ser o médico da assistência básica, (...), o responsável por tudo isso” (M2-AB).</p> <p>“Eu acho que o responsável mesmo seria o da AB, porque ele vai ver o paciente como um todo. vai receber as informações das outras especialidades que forem necessárias” (M4-AE).</p>
Problemas gestão clínica	<p>“Sinceramente, eu não sei (...) porque (...), antigamente até que eu tinha mais acesso assim, depois (...) ficou mais difícil saber como é que é feito esse controle, a gente não tem ideia como é feito não (...). Um grande número de pacientes não traz exame nenhum. (...) eles dizem que não foi nem solicitado para eles. Outros, o médico(da AB) solicita para fazer o acompanhamento lá, e, quando, não sei quem consegue o encaixe para cá, o exame não foi nem feito, porque ele faz exame com a programação que ele seria visto pelo profissional de lá (AB) que já acompanha ele direitinho (...). Assim,(...) é completamente embaralhado, não tem como. Assim, tu pergunta como é a coordenação (risos) realmente (...) eu não faço a mínima ideia. Porque é tudo descoordenado (...) É tudo desarrumado mesmo, não tem” (M6-AE).</p> <p>“(…) eu noto que há coisas que tem que ter (...) uma harmonia muito completa entre (...) a medicina mais básica e a medicina mais específica (...) E teria que funcionar em vários pontos, não adianta um só funcionar e o outro não funcionar, ai gera uma dificuldade grande porque começa a descaracterizar o serviço. O serviço que funciona, ele passa a absorver tudo e começa a descaracterizar o papel que ele começou.” (M7-AE).</p>
Problemas gestão administrativa	<p>“Porque eles (pacientes) estão tendo muita dificuldade de marcação de exame, para realmente chegar a fazer esses exames, temos pacientes demorando meses para conseguir fazer” (E1-AB).</p> <p>“O problema é que o resultado (do exame) demora muito. Às vezes demora assim, às vezes um mês, tem paciente aqui que já veio buscar não sei quantas vezes e não conseguiu” (E3-AE).</p> <p>“(…) eles (os gestores municipais) teriam que enxugar o José Ermírio como pensaram (...) Vamos pegar esses pacientes e entregar na atenção primária! Eles não fazem isso, os pacientes hipertensos lá (AE) drogas que (...) o médico (AB) pode prescrever. (...) ele tem que pegar pacientes que realmente precisem de endócrino, pacientes com diabetes complicados (...)Porque eu acho que a gestão é para isso, a gestão tem que estar unindo secundária com primária, (...)a gestão também é culpada se não existe isso. Alguém tem que fazer e a gente não pode chegar e pedir ao colega o vamos marca reunião.” (M1-AB).</p> <p>“(…) acho que isso tudo foi feito antes. Certo, a gente viu a comunicação e suspenderam isso. Política da prefeitura, não foi a gente não.(...) Foram extintos os postos que eles (pacientes) podiam ser atendidos (PAUSA) eles agora não conseguem marcar então por isso essa grande demanda para cá para esse centro (cento de especialidades)” (M8-AE).</p> <p>“(…) Então assim, é uma sobrecarga muito grande, o sistema, as vagas que disponibiliza lá não da conta e uma única funcionaria para isso, (...) tem um monte de pastas e de pacientes de seis meses, sete meses para especialista (...). Existe uma clientela muito grande, então, que usa essa pequena cota de exames.” (E1-AB).</p> <p>“(…) a gente já vem com um número de pacientes fixo grande. E está aumentando e o número de médico não aumenta.(...) Nem de enfermagem para dar esse apoio a gente”. (M5-AE).</p>
Problemas na coordenação de informação	<p>“Não existe comunicação (...) Só quando a gente manda para um colega conhecido, (...)é meu amigo ai eu mandei ele me dar um retorno, mas quando a gente manda tudo no papelzinho bonitinho não” (M1-AB).</p> <p>“(…) eles encaminham às vezes com (...) o que tem de contato, (...) a historinha do paciente e a intercorrência que ela esta sentindo, “paciente ta precisando controlar melhor a pressão, está com os pés inchados”. Essas coisas ela (AB) dá, desse encaminhamento informando é o que tem. Basicamente isso” (M5-AE)</p>

Aspectos relacionados aos profissionais: práxis nos níveis da AB e AE

(Tabela 4)

Atribuições teóricas e práticas da atenção

A maioria dos profissionais (três da AB e quatro da AE) demonstrou conhecer o papel da AB como ordenadora das ações e prestação do cuidado, abordando a responsabilidade sanitária compartilhada no território (família, aspectos sociais e culturais), embora nem sempre as respostas fossem dadas com clareza e segurança. Muitas vezes os entrevistados demoravam um tempo maior para expressar a opinião, apontando inúmeras restrições ao desempenho deste papel e verbalizando queixas ligadas às relações interpessoais, administrativas e organizativas.

Dentre aqueles que não apresentaram esse conhecimento, as falas restringiram a função da AB ao controle da doença para evitar a piora, por intervenção médica, demonstrando visão parcial acerca do papel deste nível de atenção à saúde.

Houve um consenso entre os informantes quanto à AE iniciar sua atuação em um momento secundário do cuidado em saúde, devendo se apresentar como suporte e continuidade do cuidado para os casos em que, após o nível primário iniciar sua atuação, sejam necessários recursos de maior complexidade tecnológica.

Nenhuma das falas expressou a ação compartilhada entre os níveis, e à exceção de uma profissional da AB, que não conhecia o papel da AE, os demais entrevistados mostraram uma compreensão restrita, reduzindo a função ao diagnóstico, prescrição de exames e ao tratamento medicamentoso, não abordando a responsabilidade da AE com a orientação ao paciente e o repasse de informações à AB. Esse fato para os profissionais da AB foi unanimemente apontado como dificultador, visto que para eles em muitos casos há a necessidade do esclarecimento diagnóstico e da orientação sobre o tratamento dos usuários.

Todos os entrevistados informaram que na prática tanto a AB quanto a AE não cumpriam suas funções adequadamente, existindo uma concordância quanto ao quantitativo de usuários atendidos em cada serviço ser superior ao preconizado pelo SUS, acarretando sobrecarga e superlotação nos dois níveis, com a consequente referência inadequada e utilização de vagas desnecessárias.

Foi percebida pela totalidade dos informantes elevada insatisfação com o desempenho de ambas as redes, muitas vezes com conteúdos de acusações e críticas entre os níveis. As recriminações mútuas referiram-se à falta de compromisso dos profissionais e interferência negativa mútua em razão do pelo não cumprimento adequado dos papéis correspondentes, não reconhecimento de competência técnica da AB pela AE, falhas no acesso dos usuários aos especialistas decorrentes do sistema de regulação e relacionadas à procura pelos próprios pacientes de caminhos informais de acesso à respectiva rede.

Atitudes que dificultam à coordenação da atenção entre níveis

Emergiram insatisfações por alguns atores (três médicos da AB) relacionadas ao desrespeito dos colegas da AE aos seus encaminhamentos que não eram considerados ou sequer lidos e todos os médicos especialistas se queixaram de equívocos nos realizados pelos seus pares da AB tanto nas referências quanto nos procedimentos.

Outro aspecto apontado como dificuldade à coordenação entre níveis por outros atores da AB (três médicos e uma enfermeira) foi a indisponibilidade dos profissionais da AE para a orientação aos casos que necessitam da ação de cuidado conjunta entre os seguimentos. Para a totalidade dos profissionais da AE a dificuldade decorreu da ausência de disponibilidade do médico da AB em cumprir sua função adequadamente gerando repasse de casos sem a complexidade necessária para o nível secundário. Na opinião desses informantes isso seria uma alternativa para os médicos da AB lidarem

com a elevada demanda no serviço ou pelo fato destes não possuírem conhecimento técnico suficiente para a realização das tarefas que os competem.

Um médico da AB apontou ausência de preocupação dos colegas médicos do mesmo nível de atenção quanto ao compromisso e responsabilidade clínica na investigação e resolutividade das demandas dos pacientes, acarretando problemas à assistência ao usuário, manifestando desconforto, irritação e descontentamento.

Foram relatados também por todos os profissionais da AE falhas nas ações de promoção e prevenção, incluindo educação em saúde. A esse respeito, alguns profissionais da AB (três médicos, uma enfermeira) identificaram tais falhas estarem relacionadas à postura do paciente quanto à resistência às mudanças de estilo de vida e falta de identificação com o profissional deste nível.

Também foi mencionado no discurso de uma médica da AB inabilidade do profissional desse nível em se vincular adequadamente com o paciente ao não considerar aspectos biopsicossociais na prestação do cuidado, ocasionando a busca do usuário pela AE.

A crítica à pouca competência técnica do médico da AB na utilização do formulário da referência surgiu na fala dos especialistas. A maioria dos médicos da AE (cinco) e um médico da AB relataram esta falha de habilidade, esse último profissional também verbalizou a importância de encaminhamentos “bem feitos e com letra legível”.

As condições de trabalho, chamadas por um médico da AE de “estrutura”, surgiram em sua fala como entrave enfrentado pelas equipes da AB, as levando a realizarem encaminhamentos equivocados para a rede especializada.

Tabela 4 - Aspectos relacionados aos profissionais: conhecimento dos profissionais sobre suas atribuições na AB e AE. Recife, 2014 / 2015.

Categorias / Subcategorias	Citações
Atribuições teóricas e práticas da AB e da AE	<p>“(...) eu acho que a gente (AB) consegue um controle muito bom dos pacientes em mais de 90% deles, com orientações, higiênico-dietéticas, com orientações de mudança de estilo de vida, até de medicação mesmo, a gente consegue controlar bem, cerca de 90% deles” (M3-AB).</p> <p>“O papel da AB (...) inicio dar educação para todos, pacientes e familiares, já que você consegue abranger as pessoas, consegue chegar até ir na casa da pessoa para ver as condições que ela mora, as condições que teria de seguimento e fazendo uma fiscalização maior(...) atendimento médico (...) e um atendimento inicial (...) rastreamentos de complicações podia (...) ser todo feito na AB” (M6-AE).</p> <p>“(...) dar os primeiros cuidados para pacientes e, no momento que (...) passem a apresentar alguma complexidade maior e observe que não tem estrutura para fazer o acompanhamento deles naquele serviço eles (AB) encaminham para o serviço que tenha uma estrutura maior para poder absorvê-los.” (M7-AE)</p> <p>“(...) É necessário (AE) (...) Depois, quando a diabetes está muito avançada que deixa as sequelas, que o paciente não se cuidou” (E1-AB).</p> <p>“Atualmente, eu acho que a gente tem um grande problema (...) você tem pacientes às vezes que não teriam tanta necessidade de estarem sendo acompanhados por especialistas(...) estão ocupando digamos assim, a vaga de um paciente de difícil tratamento(...)” (M3-AB).</p> <p>“(...) grande maioria que vem para cá, que é encaminhado da rede, não teria indicação, (...) de estar aqui. “(...) ele (médico da AB) manda, a impressão que dá para gente, é que está superlotado lá, ele quer se livrar do máximo paciente possível, (...) É meio, passa adiante mesmo”. Porque ouve dizer que aqui é muito bom (o paciente), (...) e está tudo controladinho, tinha nem indicação, ai ele consegue não sei como o encaminhamento e vem bater aqui” (M6-AE).</p> <p>“... eu não vou devolver o doente, do ponto de vista do diabetes ele é meu agora... Ele fica com a gente. Num foi encaminhado? É como se, na minha opinião assim, lá não estavam conseguindo compensar o doente e mandou pra cá, então eu vou ficar acompanhando”(M8-AE).</p>
Atitudes que dificultam	<p>“(...) aquilo que eu costumo chamar e que algumas pessoas criticam que é o “médico ao ao”, aquele médico que atende e só faz encaminhar ao dermatologista, ao cardiologista, ao clínico, ao pediatra,(...), quando na realidade ele teria que resolver(...)” (M2-AB).</p> <p>“ (...)questão de preparo ou capacitação dos médicos para receberem os pacientes e realmente só encaminhar as dúvidas (...). Que muitas vezes desses pacientes novos (...), uns não tem nada a ver com hanseníase, passam longe (...depende muito da sua capacidade técnica e tal ” (M4-AE).</p> <p>“o paciente não gosta do médico (...) na AB, então por isso ele não vai no grupo de hipertenso e diabético, então ele não se trata aqui, então ele vai procurar em outro lugar, onde é que ele vai procurar? No especialista” (M3-AB).</p> <p>“(...) desde que, a gente tivesse o cuidado quando faz o encaminhamento, encaminhar com consciência (...) e uma coisa bem legível (...) e que o colega tivesse também a delicadeza de ler o encaminhamento,(...) e fazer sua referência da mesma maneira (...) que melhoraria muito” (M2-AB)</p> <p>“Às vezes o pessoal do PSF faz muito o geral, muito (...) superficial, ai quando encaminha para gente, a gente (...) acaba tendo necessidade de também fazer uma orientação (PAUSA) que poderia ter sido lá, pela enfermagem, pelo agente de saúde (...) Porque às vezes o paciente vem muito desorientado (...) A AB é que tem que ter essa integração de orientar melhor o paciente, e não o especialista (M5-AE).</p> <p>“(...) esse dois pacientes (diabético e com DPOC), eles têm que ter muita mudança de comportamento. Então a gente tem a dificuldade de fazer entender, de fazer aceitar, de criar essa modificação de comportamento” (E2-AB).</p>

Aspectos relacionados aos profissionais: mecanismos de coordenação entre níveis de atenção à saúde (Tabela 5)

Conhecimento dos mecanismos

Os formulários de referência e contrarreferência enquanto instrumento oficial preconizado pelo Ministério da Saúde foram os mecanismos que todos os entrevistados demonstraram conhecer. Apesar de ter sido considerado um valioso meio de comunicação entre níveis e de garantir a coerência na qualidade da atenção, seu preenchimento foi referido como não sendo realizado de forma completa e adequada.

Outros mecanismos existentes foram citados apenas por dois médicos da AB, a reunião clínica, a equipe matricial (Nasf), o resumo de alta hospitalar, o telefone institucional e o Sisreg. Mas estes informantes relataram que, excetuando-se este último e o Nasf, tais mecanismos têm sido pouco utilizados.

Utilidade dos mecanismos

O conhecimento sobre a utilidade dos mecanismos de coordenação incluiu para três profissionais da AB (uma enfermeira e dois médicos): uma maior fidedignidade às informações sobre as condições de saúde do paciente e possibilidade de construção de conhecimento (“reciclagem”). Enquanto que quatro médicos da AE reconheceram que os mecanismos facilitavam a comunicação entre os níveis.

Utilização dos mecanismos

Vários aspectos já descritos em outras categorias e subcategorias foram ratificados pela maioria dos atores enquanto pontos que dificultavam a utilização dos mecanismos de coordenação: o mau funcionamento do Sisreg, ocasionando demora na marcação de consultas na AE e conseqüentemente a transcrição de receita do paciente seguidas vezes, encaminhamentos da AB sem as informações clínicas e exames,

ausência de reuniões clínicas entre níveis e indisponibilidade da AE em realizar a contrarreferência dos pacientes.

Embora quase todos os profissionais de ambos os níveis conhecessem os mecanismos de referência e contrarreferência, estes afirmaram que não eram utilizados em nenhum dos níveis. Tais informações foram expressas por todos os médicos da AB ao narrarem que não recebiam contrarreferência e embora utilizassem o mecanismo de referência, acreditavam que estas não eram lidas, sendo verbalizado explicitamente por cinco médicos da AE que referiram não estabelecer esse tipo de comunicação com a AB, bem como os demais mecanismos que embora conhecidos, não são utilizados.

Mecanismos informais

Foram mencionados o telefone celular pessoal e a rede social de relacionamento WhatsApp por quatro profissionais (um médico e uma enfermeira da AB e dois médicos da AE), que os utilizaram por vínculos de amizade para dar seguimento à assistência ao paciente, esclarecer dúvidas, discutir casos e prestar orientações aos profissionais de outros níveis.

O bilhete (receituário médico) usado para o encaminhamento do paciente a outro nível foi referido por três médicos (dois da AB e um AE), os quais também afirmaram que solicitavam aos pacientes que mostrassem aos colegas destinatários esse instrumento denotando a transferência para o usuário da responsabilidade pela comunicação entre os profissionais. Um médico da AE afirmou que apenas orienta o paciente a mostrar a receita médica ao médico da AB quando há modificação no esquema ou na medicação prescrita.

Tabela 5 – Conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação utilizados na rede de saúde. Recife, 2014/2015

Categories / subcategories	Citações
Conhecimento	<p>“(…) para facilitar ... o distrito às vezes faz reunião para discutir (...) para onde são feitos os encaminhamentos, no sentido de tentar melhorar. (...) aqui na rede nós temos o matricial (apoio), mas aí vem funcionando mais assim para o lado da parte mental, (...) por conta da equipe do NASF” (M2-AB).</p> <p>“A não ser que tenha um internamento, uma coisa mais, aí às vezes a gente tem resumo de alta, mas não é sempre.” (E2-AB).</p> <p>“Eles (profissionais da AB) mandam, (...) no papel de encaminhamento, mas (...) às vezes não vem, quase nada, (...) na minha prática não encontro nenhuma, só o papel” (M7-AE).</p> <p>“Agora estão mandando um, um bilhete, só da regulação (formulário da regulação) (...) não tem mais (discussão de casos), entre os níveis não, pelo menos aqui”. (M8-AE).</p>
Utilidade	<p>“Se os médicos (da AE) lessem o encaminhamento, por exemplo, eles teriam ideia realmente do que aquele paciente tem, não teriam que ficar perguntando (...). Então (...) realmente ajudaria e evitaria perda de tempo deles (...) seria bom e eu acho que ajudaria o paciente também” (M3-AB).</p> <p>“o colega (da AE) que atende quando você fez o encaminhamento, ver o parecer do colega, e fizesse a referência (contrarreferência), que serviria até como uma reciclagem para gente.” (M2-AB).</p> <p>“(…) em minha opinião, o impresso facilita porque eu respondo. Então para quem recebe e também para alguns que mandam para mim, mandam detalhados, assim, os casos. Então eu acho que isso aí facilita e a comunicação por telefone.” (M4-AE).</p>
Utilização	<p>“Aí ele (paciente) me diz o que é que o cardiologista fez o que é que o endócrino fez, mas não porque o endócrino me deu uma contrarreferência. Então a gente nunca recebe, nunca, nunca, realmente.” (M3-AB)</p> <p>“(…) chamou (gestão) assim, no caso os médicos e os enfermeiros para levar casos para serem discutidos lá em uma reunião (equipe matricial) e essa reunião estava sendo mensal e foi muito bom porque assim, a gente levava casos complicados que a gente não conseguia dar uma demanda e na hora discutia-se e as coisas andavam um pouco, eles conseguiam até exames, marcação e alguns casos a gente conseguiu resolver.” (M1-AB).</p> <p>“(…) porque você chega tem um montão de paciente para você vê (...) não tem como você parar e conversar com não sei quem, mandar bilhete e não sei o que. Porque você não vai ter quando receber essa resposta de volta..” (M6-AE).</p> <p>“(…) a contrarreferência não existe. (...) só vem a receita que ele prescreve e tal, quando o paciente consegue ir.” (E1-AB)</p> <p>“Na realidade eu não tenho muito contato (com os profissionais da atenção básica), porque o volume de paciente aqui é grande e a gente vai fazendo a demanda. Esse feedback eu sinto que, que não existe.” (M7-AE).</p> <p>“Apoio matricial na rede eu acho que não existe, eles podem até dizer que existe (...). Eu nunca vi uma reunião” (M8-AE).</p>
Mecanismos informais	<p>“(…) quando há necessidade, eu utilizo exatamente a melhor referência e contrarreferência que é o celular, eu ligo diretamente para o colega (...) é que funciona muito melhor do que às vezes o papel, porque às vezes o papel o colega não lê, certo, e quando a gente liga e que se identifica, ele às vezes se lembra de quem é e a gente conversa sobre aquele paciente (...).” (M2-AB).</p> <p>“(…) o canal da atenção é o whatsapp, (...) enquanto não está sendo cobrado, é o meu método de me comunicar.” (E3-AE).</p> <p>“(…) tem o pessoal (médicos da AB) que pede para vir, eu acho que é uma forma mais informal, (...) aí eles vem, assim, dois, três ambulatorios ou mais. Aí a gente se conhece, também, e vai tirando algumas dúvidas” (M4-AE).</p> <p>“Eu consigo por amizade no Oswaldo Cruz (unidade de referência) com meus amigos cardiologistas aí eu consigo, mas pela rede é muito difícil.” (M8-AE).</p> <p>“Aí a gente sempre pede para que ele (paciente) mostre a receita para o outro médico (AB) (...) veja a mudança que o especialista fez. Que geralmente eles acatam porque geralmente é o especialista que está mandando.” (M5-AE).</p>

Aspectos relacionados às necessidades do paciente (Tabela 6)

Oportunidade da atenção

Os entraves à coordenação da atenção à saúde como influência desfavorável à prestação do cuidado aos pacientes foram abordados por mais da metade (uma enfermeira e três médicos da AB, dois médicos da AE) dos profissionais que especificaram as condições de acesso à AE e suas repercussões, acarretando consequências na oportunidade da atenção.

Adequação da atenção

Críticas sobre a gestão priorizar questões administrativas em detrimento à qualidade da atenção ou oferta de mecanismos mais efetivos, a ausência de profissional como responsável clínico no gerenciamento dos encaminhamentos da AB para a AE e a escassez de informações (referência e contrarreferência) entre os níveis foram referidas como ligadas às dificuldades na adequação dessa atenção.

Resolução dos problemas e segurança do paciente

Tanto obstáculos ao acesso e à acessibilidade, o desrespeito aos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e às diretrizes do SUS e mais uma vez, aspectos relacionados ao Sisreg, foram enunciados como entraves à resolução dos problemas dos pacientes por dois médicos (um da AB e um da AE) e como possíveis ameaças à segurança do paciente por duas médicas da AE.

Tabela 6 - Aspectos relacionados às necessidades do paciente na opinião dos profissionais. Recife, 2014/2015

Categories / subcategories	Quotes
Oportunidade da atenção	<p><i>"Porque ele (paciente) não tem acesso, diminui a chance de ser atendido, eu acho que isso, essas articulações elas tem que acontecer, porque a gente quer tratar na base (AB), mas a base não da conta de tudo quando a coisa se complica. (...) não sei como é os repasses financeiros, se isso está influenciando, porque para isso tem que existir repasse."</i> (E2-AB).</p> <p><i>"Isso (demora no atendimento da AE) já vai acarretar porque tudo é um atraso na vida dele (paciente), é um atraso para ele corrigir a dieta, é um atraso para ele poder tomar corretamente o remédio, então os atrasos levam que a doença crônica ela é progressiva, ela pode ser menos progressiva quando é bem tratada"</i> (M5-AE).</p>
Adequação da atenção	<p><i>"Se fosse informatizado (...) eles (gestores) pensam em realizar coisas como botar ponto eletrônico, essas besteiras assim, que realmente não vejo muita, diferença, no nível de ajuda para paciente"</i> (M3-AB).</p> <p><i>"se existisse um clínico para poder gerenciar esses encaminhamentos de especialidade acho que reduziria muito a quantidade de consultas desnecessárias. (...) evitaria que o especialista ficasse investigando uma coisa que já era para (...) aprofundar o tratamento dele (paciente)."</i> (M7-AE).</p>
Resolução do problema	<p><i>"Então assim, quando vai (paciente), os que vão! Os que não vão simplesmente às vezes renovam a medicação, quando não paga (consulta) em outro lugar."</i> (M3-AB).</p> <p><i>"Eu acho que acaba, às vezes, demorando. O paciente tendo que fazer mais de uma viagem, (...) às vezes o paciente chega aqui, a gente faz investigação e tudo e ele não informa que já fez esse tratamento e a gente vai atendendo e vai investigando (...) essas informações não chegam pra gente, (...) pra gente é um paciente novo eu acho importante tentar colocar todas as informações... quanto mais informações melhor."</i> (M4-AE).</p>
Segurança do paciente	<p><i>"Então a gente vê que, nem sempre, a informação do paciente é muito confiável, então se a gente tiver realmente por escrito, vai facilitar. Pode gerar realmente essa questão do tratamento em duplicidade."</i> (M4-AE).</p> <p><i>"Essa é a questão mais importante (...) porque você não trabalha aqui sozinho, não é uma ilha (...) E às vezes é urgente, é um dia dois você precisa, para não perder o pé (paciente diabético), (...) Essa, integração seria muito importante (...)"</i> (M8-AE).</p>

Estratégias e propostas de melhoria da coordenação e uso dos mecanismos existentes (Tabela 7)

Relacionadas à organização dos serviços de saúde

Foi mencionado por uma enfermeira e quatro médicos (dois de cada nível) que a informatização dos serviços e a criação de um prontuário eletrônico implicariam em uma mudança relacionada com a rede de saúde.

Atrelados ao processo de fortalecimento dos sistemas de informação em saúde emergiram nas falas de dois médicos da AE a sugestão de desburocratização de vias de comunicação, a exemplo de enxugamento de campos de preenchimento em protocolos oficiais, a disponibilidade e garantia de funcionamento de meios de comunicação (intranet, telefonia móvel) mais ágeis entre níveis.

A realização de reuniões sistemáticas entre os profissionais dos diferentes níveis, a ampliação do matriciamento e a promoção de capacitações para os profissionais da AB também foram propostas sugeridas por quatro entrevistados (uma enfermeira e dois médicos da AB, um médico da AE). Para eles isso elevaria a aptidão na realização de atividades voltadas à educação em saúde e a uma assistência de qualidade. Também foi sugerida uma comunicação mais expressiva com a área de epidemiologia e profissionais de outras categorias (assistente social, psicólogo, nutricionista), como forma de garantir a integralidade das ações, emergidas nas falas de dois médicos da AE.

Oportunizar espaços democráticos envolvendo usuários, profissionais e gestores para a organização dos processos administrativos, fluxograma da assistência, perfil epidemiológico e sociodemográfico da população a ser atendida foram indicados como táticas de promoção de melhorias por dois entrevistados (um médico de cada nível da atenção).

Emergiu no discurso de uma enfermeira da AE como um ponto de relevância a melhoria da remuneração dos servidores, identificada como insuficiente, ocasionando a necessidade de ter vários vínculos de trabalho, com implicações na realização adequada de seus atendimentos.

Relacionadas aos profissionais

Muitos informantes dos dois níveis de atenção (dois médicos da AB e quatro médicos da AE) propuseram que, durante o exercício das funções assistenciais ao paciente, o encaminhamento realizado pelo profissional contivesse as informações necessárias sobre o usuário e o compromisso de fazê-lo de maneira mais legível, assim como consideraram a necessidade de uma melhor avaliação dos pacientes referenciados, proporcionando uma melhoria do fluxo dos usuários na rede.

Também foi proposto por um médico da AE como importante, o fortalecimento da competência técnica apenas dos profissionais da AB.

Relacionadas aos mecanismos

Os aspectos que emergiram sobre as estratégias de divulgação dos mecanismos se restringiram a reuniões de território com intuito de comunicação sobre o sistema de regulação de consultas, sem abertura para debate e tomada de decisão compartilhada que pudessem ser pautadas na práxis dos profissionais.

A reunião clínica acrescida da presença de equipe de matriciamento também foi reportada por um profissional da AB como representando impacto positivo para que se alcançasse adequação e coerência da assistência ao paciente. Outras estratégias de melhoria foram citadas por seis (uma enfermeira e três médicos da AB, dois médicos da AE) informantes, dentre estas: mais posturas colaborativas interníveis dos profissionais, redesenho do sistema de regulação aliado ao acesso dos profissionais da AB ao sistema

e equipamentos de tecnologia da informação, maior disponibilidade de formas interativas e virtuais de formação continuada, como a telessaúde.

Tabela 7 - Estratégias e propostas de melhoria da coordenação e uso dos mecanismos existentes. Recife, 2014/2015.

Categorias / subcategorias	Citações
Estratégias relacionadas aos serviços de saúde	<p>“eu sugeri até à prefeitura, que no lugar de ter sido transformados tantos postos, (...) em PSF, (...) deviam ser como postos de apoio, aonde ali você teria, (...) psicólogo, nutricionista, assistente social, até o serviço odontológico, (...) teria ali um especialista, viria duas, três vezes, ou uma vez por semana, (...) naquele posto, no outro dia na semana ele ia para outro, e o profissional (AB) que tivesse com o paciente precisando, poderia até acompanhar (...), discutir os casos, então isso aí seria uma excelente reciclagem, um aprendizado muito bom para gente, então a referência seria dada até na hora mesmo, no tete a tete ” (M2-AB).</p> <p>“É como eu digo, a contrarreferência ela é muito importante, talvez um telessaúde para a gente botar ele para funcionar mesmo, acho que ajudaria muito.” (E2-AB).</p> <p>“(…) ele (paciente) não precisava vir também aqui pra pegar medicação, a unidade de saúde dele devia ter uma programação certo, para receber medicação lá.” (E2-AE).</p> <p>“(…) o ideal seria se a gente tivesse um sistema informatizado, se eu atendesse o paciente aqui (AB), na hora que eu fizesse a solicitação do encaminhamento, se ficasse registrado tudo que eu escrevi (...) os exames e tudo o que eu pedi, então quando esse paciente fosse se consultar com o médico lá (AE), o médico estaria vendo, a gente poderia ter acesso a ficha dele (médico da AE) e ele veria o que é que foi feito.” (M3-AB).</p> <p>Seria a facilidade de marcação, eu nem sei se disponibilizar mais vagas, aumentar a quantidade de pessoal que executa esse trabalho, mais computador, já que o sistema é informatizado, uma máquina só (...)” (E1-AB).</p> <p>“A gerência do José Ermírio (serviço de referência) tentar sentar com a equipe deles, vê onde é que está o problema e chamar o Distrito em uma reunião com as USF para eles se co-responsabilizar por esses pacientes que estão lá e não tem perfil para estar lá. (...) Pensar junto com a gente e se fosse o caso assim até marcar reuniões clínicas por categorias.” (M1-AB).</p> <p>“(…) acho que a coisa tem que começar muito de baixo, primeiro tem que começar ouvindo a população, ouvindo os representantes da população, passar pela AB, chegar a eles (AE), aí depois disso é que eles (gestão) então trariam as soluções dentro daquilo que houvesse de cada um, e não vir de cima pra baixo.” (M2-AB).</p> <p>“um salário melhor, para você não ter que ter vários empregos ao mesmo tempo, não ter que tá saindo, para poder você exigir que o médico desse as suas quatro horas aqui dentro, pudesse dar uma atenção adequada ao paciente, de fazer uma reunião realmente, e acompanhar realmente o paciente.” (E3-AE).</p> <p>“(…) tem que buscar um plano de ação com mais objetividade, sem muita burocracia (...) E, essa comunicação não ser difícil. Hoje com internet, com telefonia, (...), o ideal que tenha pessoas que fiquem nessa função (comunicação), (...) imagine eu tenho 12 pacientes para atender, aí tem um bocado de papel para eu preencher, para encaminhar (...) É difícil então (...) aquele protocolo tem uma função. Aquele papel não existe só por existir, porque é uma fonte de informação importante para o serviço” (M7-AE).</p>
Estratégias relacionadas aos profissionais	<p>“São grupos, seminários, como se faz com hipertensão. O doente crônico ter a orientação (...) nutricionista, psicóloga, é interligado. (...) Eu acho que tem que motivar o profissional (...)” (M8-AE).</p> <p>“(…) eu acho que melhoraria muito, desde que, a gente tivesse o cuidado quando faz o encaminhamento, (...) com consciência e uma coisa bem legível e que o colega tivesse também a delicadeza de ler o encaminhamento, (...) e fazer sua referência da mesma maneira (...) seria um benefício muito grande para paciente” (M2-AB).</p> <p>“(…) acho que se a pessoa (médico da AB) realmente, se detivesse em tentar investigar, aplicar o que, teoricamente, aprendeu nas capacitações ele já ia primeiro pegando a prática e ia aprendendo realmente.” (M4-AE).</p> <p>“(…) a gente conseguir resolver bem a AB, conseguir colocar bons médicos, bons profissionais na ponta assim realmente, a gente consegue resolver e melhorar bastante essa questão da integração entre a AB e AE.” (M3-AB).</p> <p>(...)preciso que também passe a ter um compromisso dos colegas que atendem, infelizmente não são todos que tem esse compromisso, porque se todos tivessem a coisa funcionava bem melhor ...” (M2-AB)</p> <p>“a capacitação deles (AB), fazer uma coisa continuada, (...) essa questão da epidemiologia, da assistente social, porque os pacientes tem muitas comorbidades (...)” (M4-AE).</p>
Estratégias relacionadas aos mecanismos	<p>“(…) o fluxo para a gente tomar conhecimento só nas reuniões de território que é ditada como é que vai e aonde vai encaminhar esse paciente, (...) Sisreg mudou aí vai à reunião de território e ele (diretor) passa, (...) a gente sabe como é que estão os encaminhamentos para os pacientes.” (E2-AB).</p> <p>“Não tem mais (encontros de profissionais de diferentes níveis) (...) Algum tempo atrás tinha. Tanto assim, vinham médicos de fora, do Ministério, para falar com a gente, com os médicos da referência e da AB também. Com aulas mesmo e tal, e também tinham momentos que a gente combinava de ir para as unidades, na verdade mais para atender em conjunto, tirar as dúvidas ali, até para conhecer o profissional.” (M4-AE).</p> <p>“Eu acho que através do encaminhamento, assim, que esse encaminhamento chegue, o profissional leia o encaminhamento e também mande a contrarreferência, (...)” (E1-AB).</p> <p>(…) acho que primeiro o colega (AE) poderia fazer uma contrarreferência e mandar para a gente por escrito (...) (MI-AB).</p>

VI. DISCUSSÃO

O início da trajetória de desvelamento ocorreu pelo exercício de ocupar o lugar de intérpretes hermenêuticos na intenção da fusão dos horizontes com os dos entrevistados para apreender por meio da experiência, a interpretação dos profissionais de saúde estudados sobre alguns aspectos da coordenação entre os níveis de atenção à saúde.

O lugar assumido possibilitou que a relação intersubjetiva e dialógica entre as pesquisadoras e o material a ser compreendido se aproximasse da verdade, só possível pelo encontro estabelecido no mundo fático das experiências vivenciadas por tais seres *aí-no-mundo*.^{48, 52, 53, 59, 65, 67, 76}

Assim, pelo caminho da hermenêutica filosófica, se iniciou o desvelar da percepção dos profissionais de saúde sobre o papel da AB, tendo surgido no discurso da maioria dos atores deste mesmo nível o reconhecimento da autoridade da atenção primária em sua dimensão autoritativa, como afirma Gadamer,⁴⁴ sobre o ser-capaz-de-saber-fazer, abarcando tanto o saber técnico e a práxis da prestação do cuidado em saúde.

Foi revelada por grande parte dos atores independente do nível assistencial, a postura de “domínio da doença” expressa mesmo quando da tentativa de estabelecer uma relação dialógica com o paciente. Houve o desnudamento da busca pela produção do cuidado como via para atingir a cura permeada pelo “modo médico” que se tornou hegemônico nas práticas de saúde, onde as “práticas técnicas cuidadoras” quanto mais especializadas mais legitimadas socialmente.^{56, 77,78} Os óculos assim se mostraram ainda estar com as lentes bastante embaçadas dificultando a fusão de horizontes para a relação entre esses seres.

Corroborando com o exposto, ocorreu o desvelar de uma visão parcial dos profissionais da AE do papel do nível primário, inclusive o restringindo apenas ao tratamento precoce ou ao trabalho do médico e limitando a ação quanto à possibilidade de resolutividade na/da atuação em equipe.

A ênfase nesse sentido atribuído foi a de questionamento e não reconhecimento da autoridade da AB, denotando, mais uma vez, uma visão de saúde e de cuidado tecnicista e restrita a ação em sua dimensão de especialização, separando a doença do ser em sua totalidade, onde o cuidado se presta com a noção de “caso - a parte que lhe cabe”.⁴⁴ Assim, a relação não se mostrou dialógica, mas recoberta pela autoconvicção metódica e o autoconceito, visto que se pautou em um saber superior (AE) em detrimento ao reconhecimento no outro (AB) da condição de também autoridade em saúde. Houve então a utilização pelos entrevistados de óculos com as lentes da “arte de curar” como denomina a concepção gadameriana.^{44, 48}

Tais posturas denotaram da mesma forma, malefícios ao alcance da integralidade tanto no sentido vertical como horizontal,^{79,80} por acarretarem prejuízos ao fluxo sequencial da prestação do cuidado entre AB e AE.

A indisponibilidade dos profissionais da AE para o “jogo da conversação”, tanto com os colegas da AB quanto com o usuário, foi descortinada em sua linguagem ao discorrerem sobre seu papel enquanto autoridade em saúde, postura compreendida ao se lançar o olhar para os pressupostos gadamerianos de tradição, preconceitos, postura autoritária, não reflexiva e sem a autocrítica genuína ou liberdade crítica.^{44, 58}

Evidenciaram-se novamente, e de forma recorrente, entraves para a fusionalidade que abrissem o caminho ao diálogo dos atores em seu projeto contínuo de vir-a-ser, por meio da antecipação do horizonte de sentidos que promove a compreensão do a-ser-compreendido,^{48,52} nesta pesquisa a coordenação entre níveis.

A “verdade”, desta feita, emergiu pelo saber técnico, pela tradição da técnica, apenas, assim os óculos então permaneceram velhos e as lentes com coloração acinzentadas, em virtude do círculo hermenêutico próprio e inerente para a reabertura de novos significados ter permanecido arraigado à consciência que não se renova pela dialogicidade.^{44,48}

Surgiram no horizonte em que se apresentaram os profissionais da AB o descortinar de um olhar para si e uma condição de ser-aí-no-mundo carregada de descontentamento ou de indignação pelo desrespeito à sua autoridade em saúde. A historicidade própria de sua condição de ser ontológico é violentada pela relação dinâmica com o mundo que se recobre do êxito técnico da AE e interroga seu sucesso prático.^{19,54,58, 76} Os médicos da AB relataram a não consideração às referências feitas por eles, que nem sequer eram lidas pelos da AE.

Entrelaçada ao exposto se mostrou a predominância na totalidade dos atores da AE da postura de não realizar a contrarreferência, muitas vezes justificada por superlotação do serviço e existência de instrumentos extensos, não objetivos ocasionando carência de tempo para o preenchimento, mesmo reconhecendo a importância do documento que, segundo eles, poderia ser preenchido pelas enfermeiras.^{80,81,82} Igualmente, os especialistas referiram a não utilização das referências feitas pela AB pelo fato do equívoco nos encaminhamentos. Expressões presentes em suas narrativas acerca da utilidade dos mecanismos que novamente manifestaram descrença e desânimo relacionado ao fluxo de comunicação estabelecido entre os níveis.⁸³

Os conteúdos das falas apontaram ainda que esses comportamentos expressaram repetidamente pontos de fragmentação da rede e consequências negativas para a integralidade da assistência em saúde, visto que utilizar informações contidas no

formulário de referência contribuiria para que fossem realizados diagnósticos com mais segurança, além de refletirem uma postura de respeito ao saber do médico da AB. Da mesma forma, realizar a contrarreferência ratificaria esse respeito e posicionamento sanitário de acordo com os protocolos em saúde vigentes.^{20,84}

Nesse caso, os discursos denunciaram prejuízos ao *continuum* do cuidado em saúde para os pacientes que de fato necessitavam e, concomitantemente, evidenciaram rupturas de ações de responsabilidade compartilhada entre os níveis de assistência que assumiam posturas horizontalizadas e fragmentadas em sua práxis assistencial.^{84, 85}

O predomínio da valorização de uma prática pautada em tecnologias duras ou leve-duras em detrimento às leves⁸⁶ denunciadas pelas respostas dos informantes especialmente da AE, permite a percepção de que não estivessem sendo desenvolvidas ações de “boa prática” em saúde,^{44,54,58, 76} bem como que a coordenação em saúde foi impactada em decorrência da “burocratização da vida” e pela retirada da potencialidade reflexiva e criativa das ações em saúde expostas por seus profissionais.^{44, 54}

Outras consequências que se constituíram como entraves à coordenação, em sua dimensão assistencial, também foram então enlaçadas com grande evidência à falta de reuniões para programação e retroalimentação de instrumentos de informação e comunicação, apontando problemas no tocante à coordenação da informação e a administrativa evidenciados em muitas subcategorias analisadas, inclusive com repercussões para o paciente quanto às possibilidades de acesso à saúde.³⁹ Essa falha culminou no ônus para a saúde do paciente ao não fazer uso da dimensão democrática do cuidado integral e por não englobar a apreensão das necessidades do paciente de maneira ampliada, que deveria estar engendrada na postura profissional dos atores entrevistados.^{9,15}

Mesmo quando convidados a realizar o exercício da liberdade crítica e da postura reflexiva para questionarem o círculo hermenêutico, entre todos os profissionais, predominaram a tradição e os preconceitos utilizados ao atribuírem sentidos à coordenação em saúde e aos aspectos facilitadores ou que dificultavam sua execução. As narrativas que emergiram em suas sugestões sobre estratégias de melhoria não contemplaram uma autocrítica, embora valiosas, que mais uma vez retrataram estar presas às suas pré-compreensões e não se revelaram abertas ao diálogo transformador.⁴⁸

57,62

Percebeu-se que todos os atores, mesmo elencando diversos aspectos a serem melhorados tanto em suas relações intersubjetivas como relacionados à gestão dos serviços de saúde, não propuseram caminhos a serem trilhados por si próprios na busca destas modificações, repetindo posicionamentos de descrédito e não realizando autocrítica enquanto partícipes do serviços de saúde ou quanto a seu lugar de ser-aí-no-mundo nos distintos níveis de atenção em saúde.^{50,54,80}

Os relatos revelados em todas as entrevistas analisadas foram permeados de tensão elevada, desmotivação e irritação (observadas pelo tom de voz e expressões paralinguísticas) e desconforto interpessoal interferindo negativamente na relação intersubjetiva dos profissionais de níveis diferentes, trazendo à tona a não existência do exercício da alteridade entre esses atores. Evocou-se como resultado de tal ausência a demonstração de que não há nessa relação a presença da negociação como postura para compreender a coordenação entre níveis.^{47,57,87}

Os óculos usados pelos atores para olhar o paciente também mostraram não estar com lentes da alteridade e que não facilitavam multicores, apenas permitiram o emergir de linguagens da maioria dos profissionais que culpabilizavam os usuários pela piora de suas condições de saúde. Aos pacientes também foi atribuído pela totalidade dos

profissionais o lugar de meros expectadores ou de entraves à realização da tarefa dos entrevistados de dominar a doença e, por conseguinte, o “doente”, o enfermo explicitando mais uma vez uma relação assimétrica ou não dialógica.^{12,43,71,87}

Assim, mesmo quando os atores manifestaram atribuições de sentidos para os determinantes sociais da saúde⁸⁸ atreladas ao estilo de vida dos usuários do sistema de saúde,⁸⁹ como aspectos ligados às necessidades do paciente, estes foram considerados como dificultadores às ações de saúde.⁸⁹ Da mesma maneira que o modelo de saúde (SUS)² foi mencionado como fator que dificultava a coordenação entre os níveis assistenciais, quando da afirmação que a conformação anterior facilitava a comunicação interníveis ao promover reuniões clínicas e permitir o contato direto dos profissionais quando da necessidade de referência.

Apesar dos conteúdos das falas dos profissionais terem sido apresentados carregados de expressões de descontentamento ou de indignação dirigida ao atual contexto político e governamental, não emergiram aspectos relacionados à coordenação da atenção entre níveis:

As estratégias propostas para a melhoria da coordenação da gestão clínica pelo acesso dos profissionais dos diversos níveis de atenção às informações de interesse clínico acerca dos pacientes foram relacionadas à implantação de sistemas de informação, racionalizados e eficazes. Ao contrário, a concepção gadameriana propõe que seria a abertura desses profissionais para o diálogo que produziria a experiência enquanto estrutura de inversão, vivência da negatividade do que se sabe ou se tem para buscar um ponto de encontro e se chegar a “mutualidade” da conversação genuína que promove transformação.^{90, 91}

O encontro transformador entre os profissionais poderia então propulsionar maior agilidade e aprimoramento da transferência da informação entre os níveis

assistenciais, possibilitando também o fortalecimento da coerência da atenção e o seguimento adequado.^{27, 79, 92}

A recorrência na linguagem dos profissionais de sentidos outorgados à coordenação carregada de apontamentos de dificuldades, embora houvesse a compreensão da importância de sua existência para a diminuição de processos fragmentados de prestação de cuidado, denotaram enfaticamente a urgência de estratégias governamentais em diversos âmbitos (organizativos, formação e capacitação profissional), para a efetivação desse instrumento de ligação entre os níveis da atenção.^{28,29, 39}

O aspecto das falhas organizacionais da rede foi vivenciado ao se buscar informação referente à titulação de uma enfermeira da AE, que não constava nos registros do material analisado, mesmo após retorno ao serviço e contatos com a gerência atual, não se obteve sucesso na localização dessa profissional no *continuum* assistencial.⁹²

Portanto a partir da postura dialógica com as entrevistas de onze informantes foi desvelado que embora os atores conheçam o papel da AB e da AE para muitos deles o mesmo não era cumprido ou se realizava parcialmente, predominantemente exercido em um modelo biomédico de saúde, imbricado à hegemonia médica.^{93,94, 95}

É importante mencionar o desafio desta pesquisa na reescuta de áudios que, apesar de terem sido realizados mediante o marco teórico do Equity-LA II, seu roteiro não contemplou os pressupostos da hermenêutica filosófica gadameriana. Entretanto, tal limitação foi um estímulo para que as pesquisadoras buscassem um olhar ainda mais atento para que as categorias do filósofo pudessem emergir. O rigor no tratamento destes dados com a triangulação de pesquisadoras procurou garantir a sua validade interna.^{69, 70, 71, 72}

A tarefa de se lançar na busca das compreensões dos aspectos expostos nesta seção de discussão não teve por pretensão desvelar os sentidos atribuídos de forma definitiva ou completa, visto que tal pretensão se apresentaria como contraditória à essência da hermenêutica filosófica. O horizonte que se utilizou para o círculo da compreensão é exatamente aberto a ressignificações possíveis por novas fusões de horizontes e novas aberturas de sentidos para verdade decorrente da práxis das pesquisadoras enquanto intérpretes.^{44, 48, 58}

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A postura de entrar no “jogo da conversação” com o “a ser compreendido” assumida pelas pesquisadoras ao se abrir à fusionalidade com os dados a ser interpretados não foi tarefa fácil, assim como não o é nenhum processo de dialogicidade a que se presta o ser-aí-no-mundo. Mas, ao mesmo tempo, foi um processo bastante enriquecedor aos poucos ir conhecendo os óculos e suas lentes de diversas cores usadas pelos profissionais de saúde ao atribuírem sentidos à coordenação entre os níveis assistenciais.

Nesta pesquisa se pretendeu compreender tais sentidos por meio dos referencias teóricos da pesquisa Equity LA e dos pressupostos da Hermenêutica Filosófica de Gadamer. Esses últimos como caminho pelo qual se lançou o olhar buscando pela experiência se aproximar da percepção dos atores estudados.

O conhecimento que se objetivou foi alcançado e se constituiu pelos vários aspectos revelados na fala dos profissionais ao relatarem suas percepções carregadas de fatores que dificultavam a coordenação entre níveis relacionados aos âmbitos organizativos, profissionais e às necessidades em saúde dos pacientes. Assim, houve uma quase inexistência de pontos facilitadores à ação dialógica entre os níveis assistências e um descortinar de falhas a serem corrigidas atribuídas tanto aos mecanismos que compõem à coordenação quanto à práxis profissional.

O misto de inadequações de ações gerenciais pertinentes aos recursos tecnológicos disponíveis nos serviços de saúde, tanto em suas dimensões quantitativas quanto qualitativas, e ao não investimento organizacional em espaços democráticos e de formação continuada para os profissionais evidenciaram o quanto é urgente repensar

como as políticas públicas necessitam ser mais bem implementadas a fim de que se tenha de fato respeito aos princípios do SUS e se garanta a integralidade das ações.

A sobreposição da tradição da técnica ao saber prático no exercício das funções dos profissionais de saúde da AB e da AE foi desvelada no decorrer desse estudo por posturas assimétricas entre generalistas e especialistas. Também demonstradas em falas arraigadas em preconceitos historicamente construídos tão comuns que parecem naturalizadas por aqueles que se colocam como superiores em seu saber e que, por conseguinte, não se prestam a estabelecer trocas de informações mesmo em benefício dos pacientes.

A coordenação entre níveis nesse contexto evidenciado pela práxis dos profissionais também encontra obstáculos técnicos e intersubjetivos que repercutem em equívocos na prestação do cuidado, no seguimento do tratamento e em vínculos fragilizados tanto entre os profissionais quanto com os pacientes.

Ao término desse trabalho o horizonte da compreensão é o de que a coordenação entre níveis sob o olhar dos profissionais de saúde se encontra na condição do aí-a-ser-compreendido, fazendo-se imprescindível que esses atores se lancem a jogar o “jogo da compreensão” na afirmação gadamederiana a fim de que pelo diálogo se construam práticas em saúde que representem ou se configurem como “cuidado integral”.

VII - REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (BR). Brasília; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
3. Cecílio, L et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios .RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde; 2007; v.1, p.200-207. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84> [Acesso em 02/10/2016]
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Scatena, JHG; Tanaka, OY. Os instrumentos normatizadores no processo de descentralização da saúde. Revista Saúde e Sociedade; 2001; 10 (2):47 – 74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf> [Acesso em 23/04/16]
6. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva; 2010; 15 (5):2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf> [Acesso em 23/04/16]
7. Veras, RP et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. Rev Saúde Pública 2014; v. 48(2):357-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102014000200357&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 25/04/16]
8. Campos, CEA. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciências e Saúde Coletiva; 2004; v. 8(2):569-584. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em: 25/04/16]
9. Pinheiro, R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Physis vol.12 no.1 Rio de Janeiro Jan./June 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100014 [Acesso em 25/04/16]
10. Silva, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva; 2011; 16(6):2753-2762. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600014&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 25/04/16]

11. Cecílio LCO et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*; 2012; 17(11):2893-2902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf> [Acesso em 24/10/16]
12. Mattos, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004 Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf> [Acesso em 20/12/16]
13. Pinheiro, R. Integralidade em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro – RJ, 2009 Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html> [Acesso 05/02/17]
14. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 2016; 32(8):e00183415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf> [Acesso em 19/11/17]
15. Brito-Silva, K; Bezerra, AFB, Tanaka, OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface Comunicação Saúde Educação*; 2012 v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812> [Acesso em 19/10/17]
16. Herrera Vázquez MM, Rodríguez AN, Nebot AC. A network to promote health systems based on primary health care in the Region of the Americas. *Rev Panam Salud Publica*; 2007; 21:261–73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697479> [Acesso em 26/07/17]
17. (PAHO) - Pan American Health Organization. *Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington DC: Paho; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf [Acesso em 26/07/16]
18. Kuschinir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2307-2316, 2010 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf> [Acesso em 19/02/17].
19. Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2001; v. 6(1):63-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000100005&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 27/06/16]
20. Brasil. 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,

2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> [Acesso em: 11/11/17].
21. Rosa,W, Labate RC.Programa Saúde da Família: A Construção de um novo modelo de assistência. .Rev Latino-americana Enfermagem, 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> [Acesso em 21/07/16]
22. Oliveira EM; Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública; 2006;40(4):727-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025 [Acesso em: 21/07/16]
23. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. Rev Saude Publica 2013; 47(2):379–89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000200379&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 23/08/16]
24. Almeida et al. Fortalecimento da atenção primária à saúde. Rev Panam Salud Publica; 2011; 29(2). Disponível: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003 [Acesso em 25/08/17]
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS; 2011.
27. Vázquez et al. Valuatingthe effectiveness sofcare integration strategies in diferente healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental studyprotocol.. BMJO pen 2015; 5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037 Disponível em <http://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007037.full.pdf+html> [Acesso em 13/11/16].
28. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf [Acesso em 24/08/16]
29. Martínez DH, Vázquez Navarrete ML, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. GacSanit., 2009; 23(4):280–286. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3026487> [Acesso em: 24/08/16]

30. Malta D C et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*; Brasília; 2013; jan-mar 2013; v.22(1):171-178. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100018 [Acesso em: 24/08/16]
31. WHO - World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genebra: World Health Organization, 2014. Disponível em : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> [Acesso em 28/08/16]
32. Ducan BB et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*; 2012;46(Supl):126-34. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017 [Acesso em 27/07/17]
33. Malta et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília; 2016; 25(2):373-390, abr-jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf> [Acesso em 19/02/17].
34. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 2004; 20 Sup. 2:S190-S198. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014 [Acesso em: 18/09/16]
35. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Specify in requirements for healthcare. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973
36. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *HSR*. 1974; 9(2):202-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/> [Acesso em 25/07/16]
37. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002 Disponível em http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/5_ATENCAO_PRIMARIA_S_TARFIELD.pdf [Acesso em 01/03/2017].
38. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. *Oecd Health Working Paper N° 30*. França, 2007 Disponível em http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/246446201766.pdf?expires=1488388971&id=id&accn_ame=guest&checksum=1525C4F6DCA43988985538582C4856B2 [Acesso em 01/03/2017].
39. Terraza-Núñez R, Lorenzo IV, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *GacSanit*. 2006.

Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012 [Acesso em 25/07/16]

40. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf [Acesso em 25/07/16]

41. Beltrán, P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; Gac Sanit; 2006; vol.20 no.6. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012 [Acesso em 25/07/16]

42. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2010; 26(2):286-298. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008 [Acesso em 28/08/16]

43. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=261160> [Acesso em 02/06/16].

44. Gadamer, HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

45. Oliveira J, Lopes RLM, Diniz, NMF. Fenomenologia. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília; 2008 mar-abr; 61(2): 254-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200018 [Acesso em 23/07/16]

46. Gomes, WB; Castro, TG. Clínica Fenomenológica: Do Método de Pesquisa para a Prática Psicoterapêutica. Psicologia Teoria. e Pesquisa., Brasília; 2010, Vol. 26 n. especial, pp. 81-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a07v26ns.pdf> [Acesso em 20/09/16]

47. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. Revista Esc Enfermagem, USP; 2012; 46(1):200-7. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reusp/> [Acesso em 12/11/2016]

48. Kahlmeyer-Mertens, RS. 10 Lições sobre Gadamer. Petrópolis, RJ : Vozes, 2017.

49. Missaggia, J. A hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências. Griot – Revista de Filosofia, Amargosa, Bahia – Brasil, v.6, n.2, dezembro/2012 Disponível em <http://www2.ufrb.edu.br/griot/> Acesso em [03/10/2017]

50. Ayres, J R C M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires,

4(2):159-172, Mayo - Agosto, 2008 Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n2/v4n2a07.pdf> [Acesso em 14/02/2017].

51. Caregato RCA; Martini RMF; Lautert L. Gadamer: fundamentando uma proposta para o estudo do estresse no Bloco Cirúrgico. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 ago;26(2):161-7. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4549/2480> [Acesso em 25/09/16]

52. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva; 2005; 10(3): 549-560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300013&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 24/09/16]

53. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2007; 17(1):43-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312007000100004&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 18/10/16]

54. Schraiber, L B. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. Ciênc. saúde coletiva; 2011 vol.16 no.7 Rio de Janeiro-July. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800003 [Acesso em 20/04/2017].

55. Vázquez AS. Filosofia da práxis. São Paulo: CLACSO, 2007.

56. Mendonça, A L O. O cuidado com a saúde na era da ciência e da técnica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.783-788 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n2/0104-5970-hcsm-21-2-0783.pdf> [Acesso em 02/11/17].

57. . Gadamer, HG. Verdade e Método. Petrópolis. RJ : Vozes, 2008.

58. Caprara, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2003; 19(4):923-931, jul-ago. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf> [Acesso em 20/04/2017].

59. Schwandt, TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa in O Planejamento da Pesquisa Qualitativa, Norman K Denzin, 2ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2006.

60. Bonfim VS. Gadamer e a experiência hermenêutica. Revista CEJ, Brasília; 2010; Ano XIV, n. 49, p. 76-82, abr./jun. Disponível em: <http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/1152/1341> [Acesso em 24/09/16]

61. Gadamer, HG. O problema da consciência histórica. 3ª ed. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2009.
62. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2004; 9(3):583-592. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300011 [Acesso em 24/09/16]
63. Kraut, R et al. A Ética A Nicomâco. Porto Alegre: Artmed, 2009.
64. Reis, RR dos. Natureza Humana., São Paulo , v. 1, n. 2, p. 433-437, dez. 1999 . Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php> [Acesso em 03/09/17].
65. Sobrinho, LLP. Aportes hermenêuticos gadamerianos sobre: o mistério do direito à saúde. *Novos Estudos Jurídicos - ISSN Eletrônico 2175-0491*, 2010. Disponível em <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2764/0> [Acesso em 18/10/16].
66. Santos BS. Ciência e senso comum. In Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 31-45.
67. Lawn C. *Compreender Gadamer*. Petrópolis, RJ: Vozes. 2007.
68. Minayo MCS et al. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagens de Programas Sociais*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro – RJ, 2006.
69. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª Ed. São Paulo: Hucietec, 2010
70. Vázquez ML et al. *Introdução as técnicas qualitativas de pesquisa aplicada em saúde*. Recife: IMIP, 2009
71. Feliciano KVO. *Abordagem Qualitativa na Avaliação em Saúde* in SAMICO, I et al. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010
72. Souza ASR et al. *Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Manual do Pesquisador 2013*. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Pós-graduação stricto sensu do IMIP. 3ª Ed. Recife: IMIP, 2013.
73. Minayo MCS (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
74. Samico, I et al. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
75. Souza, CM. O Fenômeno do Mundo No Pensamento de Martin Heidegger. “Existência e Arte” - *Revista Eletrônica do Grupo PET - Ciências Humanas, Estética e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei - Ano II - Número II – janeiro a dezembro de 2006* Disponível em: https://ufsj.edu.br/portalexpositorio/File/existenciaearte/Edicoes/2_Edicao/O%20FENO

[MENO%20DO%20MUNDO%20NO%20PENSAMENTO%20DE%20MARTIN%20HEIDEGGER%20%20Caroline%20Martins%20de%20Sousa.pdf](#) [Acesso em 11/10/17].

76. Ayres, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2001; 6(1):63-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&lng=pt [Acesso em 20/10/17]

77. Merhy, E E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf> [Acesso em 16/11/17].

78. Melo, MB, Brant, LC. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. *Psicologia: ciência e profissão Brasília*, v. 25, n. 1, p. 14-29, 2005 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932005000100003 [Acesso em 19/11/17].

79. Silva, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf> [Acesso em 19/12/16].

80. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2011; 15: 589-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf> [Acesso em 24/11/17].

81. Arantes, LJ, Shimizu, HE, Merchán-Hamann, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1499-1509. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf> [Acesso em 26/11/17].

82. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*;2013 27(78), 7-26. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002> [Acesso em 19/11/17].

83. Almeida, PF.; Gêrvas, J.; Freire, J.; Giovanella, L. • Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul/set 2013 Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2014/02/Brasil-coordinaci%C3%B3n-especializada-2013-Patty.pdf> [Acesso em 26/11/17].

84. Pitta, AM.R.; Rivera, FJU. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*; 2006; v. 10, n. 20, p. 395-410, jul./dez. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/489> [Acesso em 19/11/17]

85. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface Comunicação Saúde Educação. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf> : [Acesso em 19/11/17].
86. Merhy, EE. Por que gerenciar o cuidado em saúde? Tese de livre docência Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Unicamp. Campinas. 2000 Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-28.pdf> [Acesso em 15/11/17]
87. SADALA, MLA. A alteridade: o outro como critério. Rev. Esc. Enf. USP; 1999; v. 33, n. 4, p. 355-7, dez. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/469.pdf> [Acesso em 26/11/17]
88. Buss, PM; Pellegrini Filho, AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Physis [online]. Rio de Janeiro; 2007; 17(1):77-93, 2007 ISSN 1809-4481. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> [Acesso em 12/11/17].
89. Pôrto EF, Kümpel C, Castro AAM, Oliveira IM, Alfieri FM. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. Acta Fisiatr.; 2016; 2015;22(4):199-205 Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/download/122509/119103> [Acesso em 12/11/17)
90. Medina, J. Linguagem conceito chave em filosofia. Artmed, Porto Alegre: RS, 2007.
91. Batista, M. Hermenêutica filosófica e o debate Gadamer-Habermas. Crítica e Sociedade: revista de cultura política. v.2, n.1 jan./jun. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258028596_Hermeneutica_filosofica_e_o_debate_Gadamer-Habermas [Acesso em 29/11/17]
92. Scholze AS.; Duarte Junior CF.; Flores e Silva, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface - Comunicação Saúde Educação, 2009; v.13, n.31, p.303-14, out./dez. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1801/180115444006/> [Acesso em 26/11/17]
93. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface Comun Saúde Educ. 2009; 13(Suppl1): 545-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007 [Acesso em 26/11/17]
94. Merhy, EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface - Comunic,

Saúde, Educ 6, 2000, p. 109 - 116 Disponível em :
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009
[Acesso em 19/11/17].

95. Ceccim, RB. e Capozzolo, AA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. Educação médica em transformação. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000158&pid=S0104-1290201200050000200013&lng=pt [Acesso em 19/11/17]

VIII - APÊNDICE

APÊNDICE 1 – Carta de Solicitação de Dispensa

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Assunto: Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE)

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “**Fatores que influem na coordenação entre os níveis assistenciais aos pacientes com doenças crônicas: um olhar dos profissionais de saúde**”, considerando que o referido estudo utilizará dados secundários, sendo um recorte do banco de dados (primeira etapa) do estudo linha de base da Pesquisa Equity LA II.

A Pesquisa Equity LA II está sendo desenvolvida conforme a legislação atual da EU (Carta de Direitos Fundamentais da UE, Diretivas 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de Outubro de 1995 e a Diretiva Europeia de Ensaio Clínicos 2001/20/EC) e a legislação atual, códigos profissionais e de proteção de dados de cada país envolvidos . No Brasil, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife – PE (Anexo 1). A autora do presente projeto de dissertação faz parte da equipe da Pesquisa Equity.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções 466 de 2012, e suas complementares no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Recife, 02 de Dezembro de 2016.

MIREILLY CRISTIANY LUCENA MOURA HEMETÉRIO

IX - ANEXOS

Anexo 1 - Guia Grupo Focal/ Entrevista Individual sobre a Coordenação da Atenção entre Níveis Assistenciais



GUIA GRUPO FOCAL/ ENTREVISTA INDIVIDUAL SOBRE A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E GESTORES

Data e local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistador:

Coletar para cada participante : nome, idade , sexo ,titulação, cargo , instituição, rede e tempo no cargo. *Os temas serão abordados em relação à assistência ao paciente com patologia crônica, em geral, e as patologia traçadoras (diabetes , DPOC ...), e no que se refere aos cuidados entre os diferentes níveis de atenção*

. 1. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NIVEIS NA REDE

a) Qual é o papel/funções da atenção básica na atenção de um paciente com doença crônica, com DPOC e Diabestes?

E da atenção especializada?

O que você acha da forma como os níveis de atenção estão exercendo esse papel ?

O que poderia melhorar ?

b) O que você acha da coordenação (articulação) da atenção ao paciente entre a atenção básica e a atenção especializada na rede? Por quê?

c) Que elementos estão facilitando a coordenação entre níveis de atenção na rede? Como? Por quê? E quais estão dificultando? Como? Por quê?

d) Como você acha que a coordenação da atenção(ou falta dela) influencia na qualidade da atenção prestada ao paciente ?

e) Quem é o responsável clínico pela coordenação da atenção ao paciente entre os diferentes níveis de atenção? O que você acha ? Como se dá o seguimento

(acompanhamento) do paciente atendido em mais de um nível de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

f) O que você acha da coerência entre os tratamentos que são prescritos ao paciente nos diferentes níveis de atenção? Há duplicação, contradição ou contra-indicação entre os tratamentos ? Por quê? O que poderia melhorar ?

g) O que você acha da coordenação (articulação) entre os exames diagnósticos (clínicos, laboratoriais ou radiológicos) que são realizadas nos pacientes nos diferentes níveis de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

h) Como você acha que está o acesso do usuário entre os níveis de atenção? Por quê? O que poderia melhorar ?

i) Como é a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de atenção? O que você acha? Por quê? O que poderia melhorar ? Ajuda a resolver dúvidas entre os profissionais? Por quê?

2.MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO NA REDE

j) Que mecanismos são utilizados para coordenar a atenção ao paciente entre níveis de atenção? O que você acha ? Como você acha que esses mecanismos contribuem para a coordenação entre os níveis de atenção ? E na qualidade do atendimento ? E na formação dos profissionais? (*Se não for mencionado , perguntar especificamente pelos mecanismos que foram identificados na caracterização das redes*) .

k) Como você acha que os profissionais utilizam esses mecanismos? O que facilita seu uso? O que o dificulta? Por quê? O que poderia melhorar ?

l) Como foram planejados esses mecanismos (quem participou, como?) E como foram divulgados para os profissionais? E avaliado? O que você acha ? O que poderia melhorar ?

m) Quais as estratégias que você sugere para melhorar a coordenação da atenção entre os níveis de saúde na rede?

Anexo 2 - Comitê Ético de Investigação Clínica – Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona (CEIC)



Informe del Comitê Ético de Investigación Clínica

Do a M  Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comitê Ético de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que  ste Comitê ha evaluado el proyecto de investigación clínica n  2013/5048/I titulado *"The impact of alternative care integration strategies on health care networks' performance in different Latin American health systems"* propuesto por la Dra. M  Luisa Vázquez Navarrete del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y est n justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones econ micas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comit  acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya por la Dra. M  Luisa Vázquez Navarrete, como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 12 de Marzo de 2013.

Lo que firmo en Barcelona, a 13 de Marzo de 2013

COMIT   TIC D'INVESTIGACIÓN CLÍNICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado:
Doña M  Teresa Navarra Alcrudo

CEIC – Parc de Salut MAR
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Tel fon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcde Salutmar.cat

Anexo 3 - Certificado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3967 - 14 intitulado “O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de atenção à saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina.” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Isabella Samico** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 22 de janeiro de 2014

Recife, 23 de janeiro de 2014


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/03/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br