

Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos?

Coordination in Primary Care and integration in the Health Care Network: How far have we progressed?

Allan Nuno Alves de Sousa¹, Helena Eri Shimizu²

DOI: 10.1590/2358-28982024E28784P

RESUMO Objetivou-se analisar a capacidade de coordenação do cuidado na Atenção Básica no Brasil (2012 e 2018) e a integração com os demais níveis de atenção. Estudo descritivo transversal e longitudinal, utilizando-se dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Selecionaram-se 15.378 equipes do 1º e do 3º ciclos do PMAQ-AB, e 59.354 usuários do 1º ciclo e 56.369 usuários do 3º ciclo. Constataram-se melhorias na prevalência de equipes que contam com apoio de outros profissionais da rede, e a maior parte delas dispõem de centrais de regulação; houve crescimento no percentual de equipes que garantem aos usuários agendamento com especialistas; a maior parte dos serviços asseguram exames para grupos populacionais prioritários; além de aumento de equipes que possuem referências e fluxos definidos para o atendimento na rede, incremento no número de equipes que programam consultas e exames e organizam os encaminhamentos a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, e ampliação na prevalência de equipes que utilizam prontuário eletrônico. Percebeu-se melhoria na capacidade de exercer a função coordenadora nas redes de atenção à saúde, particularmente no que tange à melhoria no ordenamento de fluxos assistenciais, propiciando melhor gestão do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Sistema de saúde. Avaliação em saúde. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the capacity for coordination in Primary Care in Brazil (2012 and 2018) and the integration with other levels of care. Cross-sectional and longitudinal descriptive study, using data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). 15,378 teams from the 1st and 3rd PMAQ-AB cycles were selected, 59,354 users from the 1st cycle and 56,369 users from the 3rd cycle. Improvements were found in the prevalence of teams that have the support of other professionals in the network, and most of them have regulation centers; in the percentage of teams that ensure that users are scheduled with specialists; and most services provide scheduling for priority population groups; there was an increase of teams that have defined references and direction for the service in the network; increase in the number of teams that schedule appointments and tests and organize referrals based on risk and vulnerability assessment; and increase in the prevalence of teams that use electronic medical records. There was an improvement in the ability to exercise the coordinating role in health care networks, particularly in improving the ordering of care flows, and providing better care management.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Continuity of patient care. Health systems. Health evaluation. Quality of health care.*

¹Ministério da Saúde (MS)
- Brasília (DF), Brasil.

²Universidade de Brasília
(UnB) - Brasília (DF),
Brasil.
shimizu@unb.br



Introdução

A superação da fragmentação dos sistemas de saúde requer um processo de reforma que posicione a Atenção Básica (AB) no centro coordenador de articulação e comunicação das redes assistenciais¹⁻⁵. Ao exercer função coordenadora do cuidado no sistema, a AB é capaz de promover maior coerência e eficiência na utilização dos recursos de saúde disponíveis, produzir significativas melhorias na sua qualidade, reduzir obstáculos para o acesso nos variados níveis de atenção e potencializar a capacidade do sistema em ofertar cuidados integrais, sobretudo para usuários que demandam atenção constante^{4,5}.

Muito embora diferentes definições sobre o que se entende por coordenação do cuidado estejam disponíveis na literatura, há um conjunto de elementos que delimitam aspectos que podem ser considerados comuns entre os variados conceitos abordados, tais como a integração vertical e horizontal entre ações e serviços, que favoreçam o alinhamento, a conexão e a cooperação entre organizações e atores. Para tanto, é relevante o emprego de dispositivos e instrumentos que deem suporte ao planejamento da gestão e à atuação de trabalhadores, que auxiliem na definição dos fluxos do caminhar dos usuários na rede de saúde e que permitam a troca e a continuidade informacional entre os variados pontos de atenção, além disso, que apoiem o acompanhamento dos planos terapêuticos por parte dos profissionais de saúde⁶⁻⁹.

No Brasil, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e 2017 passaram atribuir maior relevância da AB na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que gerou um rápido processo de ampliação do acesso à população. O aumento do número de equipes de Saúde da Família (eSF) resultou em salto na cobertura populacional de 6,5% em 1998 para 64,2% em 2018¹⁰. Durante esse espaço de tempo, a AB não só ganhou volume como

também acumulou em qualidade em várias de suas dimensões/atributos. Uma quantidade expressiva de estudos passou a evidenciar a potência e os bons resultados produzidos pela ESF, demonstrando a sua capacidade de impactar nas condições de saúde da população. Observou-se melhoria do acesso e da utilização de serviços, sobretudo das populações com menor renda, que impactou nas reduções de mortalidade infantil e adulta¹¹⁻¹⁶. As internações por condições sensíveis à AB foram reduzidas devido à expansão do acesso a cuidados e tratamentos, melhorando a equidade e a eficiência do SUS¹¹⁻¹⁶.

No entanto, estudos também demonstram que importantes obstáculos seguem constringendo a efetivação da AB como coordenadora do cuidado nas RAS na medida em que eSF permanecem encontrando dificuldades para receber apoio e articular ações com especialistas de outros pontos de atenção¹⁷⁻¹⁹. Igualmente problemático é o acesso a consultas com profissionais especialistas e a exames para o apoio diagnóstico, bem como ao acompanhamento no cuidado continuado²⁰⁻²². As redes de serviços locais ainda não dispõem de referências e fluxos definidos para orientar e estruturar a atuação das equipes no seu relacionamento com a rede, assim como de itinerário dos usuários que precisam de encaminhamento^{18,21,23}. Ademais, a organização do processo de trabalho não favorece a programação das ações em função de elementos da gestão do cuidado²⁰; e os serviços ainda carecem de dispositivos que facilitem a troca qualificada de informações entre os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e entre a AB e outros pontos de atenção^{8,23,24}.

Dessa forma, o objetivo do estudo é analisar elementos relacionados com a capacidade de coordenação do cuidado da AB no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando aspectos de integração vertical e horizontal entre a AB e os demais níveis de atenção, apontando seus principais avanços.

Material e métodos

Estudo descritivo transversal e longitudinal, que utilizou base de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos. A coleta de dados do 1º ciclo do PMAQ-AB ocorreu entre maio e dezembro de 2012 e atingiu 17.482 equipes, correspondendo a cerca de 52% das equipes existentes no período da coleta. Foram entrevistados 65.391 usuários (média de 3,7/equipe) que aguardavam atendimento na UBS no momento da coleta, selecionados ao acaso. A coleta do 3º ciclo ocorreu entre julho de 2017 e agosto de 2018, atingindo 38.865 equipes, o que corresponde a aproximadamente 94% das equipes que existiam no período da coleta de dados – para esse ciclo, foram entrevistados 140.444 usuários (média de 3,6/equipe). A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa. O Ciclo I foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) (por meio de ofício nº 38/2012, em 10 de maio de 2012); Ciclo II teve parecer emitido pelo CEP da Universidade Federal de Goiás CAAE: 80341517.8.1001.5317 (nº 487.055, em 12 de fevereiro de 2013); e Ciclo III foi aprovado pelo CEP da UFPeL (parecer nº 2.453.320, em dezembro de 2017). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se estudo longitudinal, a partir da seleção de uma amostra que compreende o subconjunto de equipes que participaram tanto do 1º quanto do 3º ciclo do programa, de modo a permitir análise que detecte mudanças no comportamento de variáveis relacionadas com a coordenação do cuidado na AB para os mesmos casos com o passar do tempo, ou seja, buscou-se analisar se para cada variável selecionada constataram-se melhora, piora ou manutenção do cenário observado para

as equipes participantes dos dois processos avaliativos.

Foram selecionadas 15.378 equipes que participaram do 1º e do 3º ciclos do PMAQ-AB, de modo a permitir análise longitudinal dos mesmos casos, e foram selecionados 59.354 usuários que responderam aos instrumentos referindo-se às equipes selecionadas no 1º ciclo, e 56.369 usuários no 3º ciclo.

Para testar a possível existência de viés na distribuição das equipes que compõem a amostra, foi realizado teste de correlação entre a distribuição, por Unidade da Federação, de equipes selecionadas e o total de equipes avaliadas. O coeficiente *r* de Pearson encontrado foi igual a 0,999 para o 1º ciclo e igual a 0,960 para o 3º ciclo, demonstrando aleatoriedade na composição da amostra em relação à totalidade de equipes participantes do PMAQ-AB.

Foram eleitas variáveis que pudessem informar sobre a capacidade coordenadora da AB nas RAS conforme três dimensões: a) apoio e acesso a serviços especializados; b) ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico; e c) continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede.

Para cada dimensão analisada, foram selecionadas variáveis que guardassem correspondência e compatibilidade de conteúdo, dado que os instrumentos de coleta de dados utilizados nos dois ciclos estudados não eram exatamente idênticos. Parte das questões se manteve inalterada, parte passou por ajustes no enunciado das questões ou nas alternativas disponíveis; novas questões foram inseridas e outras foram suprimidas dos instrumentos. Desse modo, para garantir a comparabilidade das variáveis entre os dois períodos estudados, somente foram mobilizadas questões que mantiveram a congruência em seu objeto e sentido. Ao todo, foram escolhidas 14 variáveis que se referem a dados de organização das equipes e sua integração com a RAS, e 3 variáveis que se referem a informações dos usuários, conforme mostra o *quadro 1*.

Quadro 1. Variáveis selecionadas, por dimensão e subdimensão

Coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS	Regulação, acesso a serviços especializados e de apoio diagnóstico; e apoio multiprofissional	<p>Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos</p> <p>Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção</p> <p>Centrais de marcação disponíveis</p> <p>Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada</p> <p>Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus</p> <p>Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal</p> <p>Quando há necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, sai da unidade com a consulta agendada</p>
	Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado	<p>Quando necessitou, conseguiu fazer exame de mamografia</p> <p>Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde</p> <p>Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade</p> <p>Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado</p> <p>Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas</p> <p>Após o nascimento da criança, a equipe fez consulta de puericultura até os 7 dias de vida</p>
	Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede	<p>Utiliza prontuário eletrônico</p> <p>Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado</p> <p>Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados</p> <p>Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados</p>

Fonte: elaboração própria.

Para todas as variáveis eleitas, além da comparação dos seus resultados entre 2012 e 2018, os dados foram estratificados por região e porte populacional dos municípios nos quais atuavam as equipes e viviam os usuários que acessavam os serviços. Para o porte populacional, os municípios foram categorizados segundo a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2012 (até 10.000 habitantes, de 10.001 a

20.000, 20.001 a 50.000, 50.001 a 100.000 e acima de 100.000 habitantes).

Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel Professional Plus 2013[®]. Para a análise dos dados referentes à coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS, em cruzamento com a região e o porte populacional, aplicou-se o teste de qui-quadrado para proporções esperadas iguais em amostras

de variáveis nominais, e todos os valores de p-valor abaixo de 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Para a dimensão ‘apoio e acesso a serviços especializados’, a proporção de equipes que afirmou receber apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos aumentou de 88,8% para 95,7%, com maior destaque para a região Norte, que apresentou elevação superior a 20 pontos percentuais (pp), e para municípios com até 10 mil habitantes, com elevação acima de 15 pp (*tabela 1*). Quanto à disponibilidade de central de regulação para encaminhamentos para outros pontos de atenção, os dados revelam que houve um pequeno aumento (*tabela 1*). Entretanto, quando se observa a disponibilidade de centrais de marcação para consultas especializadas, exames e leitos, o

aumento foi de 13,8 pp, com avanços mais acentuados nas regiões Nordeste (20,8 pp) e Centro-Oeste (18,9 pp), e nos municípios com até 50 mil habitantes (*tabela 1*). Em relação à consulta especializada, aumentou para 43,8%, com elevações mais expressivas nas regiões Sul (22,4 pp) e Sudeste (19,4 pp), e nos municípios acima de 100 mil habitantes (20,6 pp) (*tabela 1*).

Quando se refere ao acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, constatou-se um importante aumento, com elevação superior a 10 pp nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e de quase 15 pp nos municípios com até 20 mil habitantes (*tabela 1*). Em relação aos exames para gestantes, o cenário nacional se manteve estável, com prevalência de equipes que informaram acessar todos os exames recomendados para o acompanhamento do pré-natal superior a 94%, oscilando negativamente na região Sudeste e nas maiores municipalidades (*tabela 1*).

Tabela 1. Apoio e acesso a serviços especializados na Rede de Atenção à Saúde, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos*		Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção*		Centrais de marcação disponíveis* ^(f)	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
Região						
Norte ^(a)	68,4 (65,4 - 71,4)	91,1 (89,2 - 93,0)	82,7 (80,2 - 85,2)	86,2 (84,0 - 88,4)	24,4 (21,6 - 27,2)	34,4 (31,3 - 37,5)
Nordeste ^(b)	89,4 (88,6 - 90,2)	96,0 (95,5 - 96,5)	89,6 (88,8 - 90,4)	93,5 (92,8 - 94,2)	21,0 (19,9 - 22,1)	41,8 (40,4 - 43,2)
Sudeste ^(c)	92,7 (92,0 - 93,4)	95,6 (95,1 - 96,1)	93,2 (92,5 - 93,9)	94,4 (93,8 - 95,0)	23,4 (22,3 - 24,5)	31,7 (30,5 - 32,9)
Sul ^(d)	88,3 (87,1 - 89,5)	96,8 (96,1 - 97,5)	90,9 (89,8 - 92,0)	93,2 (92,2 - 94,2)	37,6 (35,7 - 39,5)	49,2 (47,3 - 51,1)
Centro-Oeste ^(e)	83,8 (81,6 - 86,0)	96,9 (95,9 - 97,9)	88,3 (86,4 - 90,2)	96,9 (95,9 - 97,9)	31,2 (28,4 - 34,0)	50,1 (47,1 - 53,1)
Porte Populacional						
Até 10.000 ^(f)	82,2 (80,6 - 83,8)	97,9 (97,3 - 98,5)	86,6 (85,2 - 88,0)	94,8 (93,9 - 95,7)	29,8 (27,9 - 31,7)	47,1 (45,0 - 49,2)
10.001 a 20.000 ^(g)	84,9 (83,5 - 86,3)	98,2 (97,7 - 98,7)	89,0 (87,8 - 90,2)	94,4 (93,5 - 95,3)	26,4 (24,7 - 28,1)	46,2 (44,2 - 48,2)
20.001 a 50.000 ^(h)	91,7 (90,8 - 92,6)	98,8 (98,4 - 99,2)	89,4 (88,4 - 90,4)	95,4 (94,7 - 96,1)	24,9 (23,4 - 26,4)	43,4 (41,7 - 45,1)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	91,0 (89,6 - 92,4)	98,0 (97,3 - 98,7)	88,1 (86,5 - 89,7)	95,6 (94,6 - 96,6)	25,7 (23,6 - 27,8)	36,9 (34,6 - 39,2)
Mais de 100.000 ^(j)	91,0 (90,2 - 91,8)	91,7 (91,0 - 92,4)	94,7 (94,1 - 95,3)	91,4 (90,7 - 92,1)	23,9 (22,8 - 25,0)	31,9 (30,7 - 33,1)
Brasil^(k)	88,8 (88,3 - 89,3)	95,7 (95,4 - 96,0)	90,7 (90,2 - 91,2)	93,6 (93,2 - 94,0)	25,6 (24,9 - 26,3)	39,4 (38,6 - 40,2)

Tabela 1. Apoio e acesso a serviços especializados na Rede de Atenção à Saúde, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada*		Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus*(m)		Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal*(n)	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
Região						
Norte ^(a)	16,4 (14,0 - 18,8)	24,9 (22,1 - 27,7)	66,1 (63,0 - 69,2)	79,0 (76,4 - 81,6)	85,2 (82,9 - 87,5)	91,4 (89,6 - 93,2)
Nordeste ^(b)	17,6 (16,6 - 18,6)	33,7 (32,4 - 35,0)	75,6 (74,4 - 76,8)	90,6 (89,8 - 91,4)	93,6 (92,9 - 94,3)	95,5 (94,9 - 96,1)
Sudeste ^(c)	30,9 (29,7 - 32,1)	50,3 (49,0 - 51,6)	90,2 (89,4 - 91,0)	91,9 (91,2 - 92,6)	95,1 (94,5 - 95,7)	93,0 (92,3 - 93,7)
Sul ^(d)	37,7 (35,8 - 39,6)	60,1 (58,2 - 62,0)	86,8 (85,5 - 88,1)	96,5 (95,8 - 97,2)	95,8 (95,0 - 96,6)	96,8 (96,1 - 97,5)
Centro-Oeste ^(e)	17,1 (14,8 - 19,4)	32,8 (30,0 - 35,6)	79,5 (77,1 - 81,9)	91,1 (89,4 - 92,8)	94,4 (93,0 - 95,8)	97,4 (96,4 - 98,4)
Porte Populacional						
Até 10.000 ^(f)	24,3 (22,5 - 26,1)	39,6 (37,6 - 41,6)	78,8 (77,1 - 80,5)	93,2 (92,2 - 94,2)	94,5 (93,6 - 95,4)	97,4 (96,7 - 98,1)
10.001 a 20.000 ^(g)	17,5 (16,0 - 19,0)	32,6 (30,7 - 34,5)	77,1 (75,4 - 78,8)	92,0 (90,9 - 93,1)	91,8 (90,7 - 92,9)	96,4 (95,7 - 97,1)
20.001 a 50.000 ^(h)	23,1 (21,7 - 24,5)	39,6 (37,9 - 41,3)	78,9 (77,5 - 80,3)	92,8 (91,9 - 93,7)	90,7 (89,7 - 91,7)	96,9 (96,3 - 97,5)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	26,4 (24,3 - 28,5)	44,9 (42,5 - 47,3)	82,8 (81,0 - 84,6)	93,1 (91,9 - 94,3)	93,3 (92,1 - 94,5)	97,3 (96,5 - 98,1)
Mais de 100.000 ^(j)	32,2 (31,0 - 33,4)	52,8 (51,5 - 54,1)	89,3 (88,5 - 90,1)	89,6 (88,8 - 90,4)	97,4 (97,0 - 97,8)	91,1 (90,3 - 91,9)
Brasil(k)	26,0 (25,3 - 26,7)	43,8 (43,0 - 44,6)	82,7 (82,1 - 83,3)	91,4 (91,0 - 91,8)	94,1 (93,7 - 94,5)	94,7 (94,3 - 95,1)

Fonte: elaboração própria.

* valor de p < 0,001 (razão de verossimilhança).

(a) n = 908; (b) n = 5.096; (c) n = 5.723; (d) n = 2.600; (e) n = 1.051; (f) n = 2.237; (g) n = 2.466; (h) n = 3.363; (i) n = 1.670; (j) n = 5.516; (k) n = 15.378; (l) marcação de consultas especializadas, exames e leitos; (m) creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada; (n) glicemia de jejum, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para HIV, sorologia para hepatite B, urocultura ou sumário de urina (tipo 1).

Para a dimensão ‘ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico’, a proporção de equipe que contava com referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na RAS, para um conjunto prioritário de situações de saúde, aumentou de 38,6% para 83,4%, com incremento em torno de 50 pp nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e nos municípios abaixo de 100 mil habitantes (tabela 2). Ao mesmo tempo, ocorreu expressivo aumento na prevalência de equipes que organizam os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (67,6% – 94,4%), mais uma vez com maior destaque para as regiões Nordeste (64,7% – 96,2%) e Centro-Oeste (62,8% – 96,6%) e para os municípios que possuem menos de 100 mil

habitantes; e na prevalência de equipes que programam consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado, que aumentou de 72,9% para 89,3%, com expansão superior a 20 pp nas regiões Sul, Centro-Oeste e nos municípios com até 50 mil habitantes (tabela 2). Quando questionadas sobre se coordenam e acompanham a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas para outros pontos de atenção na rede, 78,4% das equipes responderam afirmativamente, com incrementos mais acentuados na região Nordeste (38,1 pp) e nos municípios entre 10 e 20 mil habitantes (37,4 pp) (tabela 2).

Tabela 2. Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde ^(d)		Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade*	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
Região				
Norte ^(a)	28,4 (25,5 - 31,3)	66,7 (63,6 - 69,8)	65,9 (62,8 - 69,0)	92,8 (91,1 - 94,5)
Nordeste ^(b)	30,4 (29,1 - 31,7)	82,1 (81,0 - 83,2)	64,7 (63,4 - 66,0)	96,2 (95,7 - 96,7)
Sudeste ^(c)	47,1 (45,8 - 48,4)	86,8 (85,9 - 87,7)	72,0 (70,8 - 73,2)	92,2 (91,5 - 92,9)
Sul ^(d)	42,6 (40,7 - 44,5)	86,1 (84,8 - 87,4)	66,1 (64,3 - 67,9)	95,5 (94,7 - 96,3)
Centro-Oeste ^(e)	28,6 (25,9 - 31,3)	78,5 (76,0 - 81,0)	62,8 (59,9 - 65,7)	96,6 (95,5 - 97,7)
Porte Populacional				
Até 10.000 ^(f)	35,2 (33,2 - 37,2)	83,6 (82,1 - 85,1)	57,1 (55,0 - 59,2)	94,9 (94,0 - 95,8)
10.001 a 20.000 ^(g)	24,7 (23,0 - 26,4)	81,8 (80,3 - 83,3)	56,4 (54,4 - 58,4)	95,1 (94,2 - 96,0)
20.001 a 50.000 ^(h)	31,3 (29,7 - 32,9)	86,1 (84,9 - 87,3)	64,3 (62,7 - 65,9)	96,9 (96,3 - 97,5)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	32,9 (30,6 - 35,2)	85,1 (83,4 - 86,8)	66,4 (64,1 - 68,7)	97,4 (96,6 - 98,2)
Mais de 100.000 ^(j)	52,7 (51,4 - 54,0)	82,2 (81,2 - 83,2)	79,6 (78,5 - 80,7)	92,0 (91,3 - 92,7)
Brasil^(k)	38,6 (37,8 - 39,4)	83,4 (82,8 - 84,0)	67,6 (66,9 - 68,3)	94,4 (94,0 - 94,8)
Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado*				
Variáveis			Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas*	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012** % (IC 95%)	2018* % (IC 95%)
Região				
Norte ^(a)	69,7 (66,7 - 72,7)	86,1 (83,8 - 88,4)	41,1 (37,9 - 44,3)	70,6 (67,6 - 73,6)
Nordeste ^(b)	77,7 (76,6 - 78,8)	93,1 (92,4 - 93,8)	45,4 (44,0 - 46,8)	83,5 (82,5 - 84,5)
Sudeste ^(c)	75,7 (74,6 - 76,8)	87,3 (86,4 - 88,2)	47,3 (46,0 - 48,6)	80,1 (79,1 - 81,1)
Sul ^(d)	62,4 (60,5 - 64,3)	87,5 (86,2 - 88,8)	44,4 (42,5 - 46,3)	71,8 (70,1 - 73,5)
Centro-Oeste ^(e)	63,6 (60,7 - 66,5)	88,9 (87,0 - 90,8)	49,1 (46,1 - 52,1)	67,6 (64,8 - 70,4)
Porte Populacional				
Até 10.000 ^(f)	63,9 (61,9 - 65,9)	88,9 (87,6 - 90,2)	44,9 (42,8 - 47,0)	80,1 (78,4 - 81,8)
10.001 a 20.000 ^(g)	66,3 (64,4 - 68,2)	89,6 (88,4 - 90,8)	41,6 (39,7 - 43,5)	79,0 (77,4 - 80,6)
20.001 a 50.000 ^(h)	71,5 (70,0 - 73,0)	92,9 (92,0 - 93,8)	44,9 (43,2 - 46,6)	81,2 (79,9 - 82,5)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	71,7 (69,5 - 73,9)	91,0 (89,6 - 92,4)	47,0 (44,6 - 49,4)	80,0 (78,1 - 81,9)
Mais de 100.000 ^(j)	80,9 (79,9 - 81,9)	87,0 (86,1 - 87,9)	48,7 (47,4 - 50,0)	75,8 (74,7 - 76,9)
Brasil^(k)	72,9 (72,2 - 73,6)	89,3 (88,8 - 89,8)	45,9 (45,1 - 46,7)	78,4 (77,7 - 79,1)

Fonte: elaboração própria.

* valor de $p < 0,001$ (razão de verossimilhança); ** valor de $p > 0,05$ para região e valor de $p < 0,001$ para porte populacional (razão de verossimilhança).(a) $n = 908$; (b) $n = 5.096$; (c) $n = 5.723$; (d) $n = 2.600$; (e) $n = 1.051$; (f) $n = 2.237$; (g) $n = 2.466$; (h) $n = 3.363$; (i) $n = 1.670$; (j) $n = 5.516$; (k) $n = 15.378$; (l) Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama, agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero, parto (maternidade), urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma).

Para a dimensão ‘continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede’, houve expressiva elevação na prevalência de equipes que utilizam Prontuário Eletrônico (PE), com aumento muito destacado nas regiões Sul (54,3 pp) e Centro-Oeste (43,1 pp), e nos municípios com até 10 mil habitantes (43,8 pp) (tabela 3). De acordo com os respondentes, o percentual de equipes que possuem fluxo de comunicação institucionalizado entre a AB e outros pontos da rede cresceu de 49,5% para 89,1%, com elevação de quase 50 pp nas regiões Centro-Oeste, Norte e nos municípios entre 10 e 50 mil habitantes (tabela 3). Muito

embora tenha se constatado crescimento no percentual de equipes em que os profissionais da AB costumam sempre entrar em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados, ele ainda é muito baixo (34,7%), e no sentido inverso, ou seja, equipes nas quais especialistas sempre entram em contato com os profissionais da AB que encaminharam usuários, o percentual é ainda mais reduzido (18,2%). Para ambas as situações, foi na região Nordeste e nos municípios de médio porte que o cenário melhorou (tabela 3).

Tabela 3. Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede			
	Utiliza prontuário eletrônico*		institucionalizado*	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
Região				
Norte ^(a)	3,3 (2,1 - 4,5)	30,0 (27,0 - 33,0)	30,0 (27,0 - 33,0)	79,3 (76,7 - 81,9)
Nordeste ^(b)	1,0 (0,7 - 1,3)	20,4 (19,3 - 21,5)	40,6 (39,3 - 41,9)	88,2 (87,3 - 89,1)
Sudeste ^(c)	18,8 (17,8 - 19,8)	42,4 (41,1 - 43,7)	59,7 (58,4 - 61,0)	90,9 (90,2 - 91,6)
Sul ^(d)	30,9 (29,1 - 32,7)	85,2 (83,8 - 86,6)	54,7 (52,8 - 56,6)	90,9 (89,8 - 92,0)
Centro-Oeste ^(e)	20,0 (17,6 - 22,4)	63,1 (60,2 - 66,0)	37,9 (35,0 - 40,8)	87,8 (85,8 - 89,8)
Porte Populacional				
Até 10.000 ^(f)	11,9 (10,6 - 13,2)	55,7 (53,6 - 57,8)	43,9 (41,8 - 46,0)	88,8 (87,5 - 90,1)
10.001 a 20.000 ^(g)	6,9 (5,9 - 7,9)	37,8 (35,9 - 39,7)	39,1 (37,2 - 41,0)	87,9 (86,6 - 89,2)
20.001 a 50.000 ^(h)	6,4 (5,6 - 7,2)	39,1 (37,5 - 40,7)	44,8 (43,1 - 46,5)	92,4 (91,5 - 93,3)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	5,6 (4,5 - 6,7)	40,7 (38,3 - 43,1)	48,8 (46,4 - 51,2)	92,2 (90,9 - 93,5)
Mais de 100.000 ^(j)	26,1 (24,9 - 27,3)	43,7 (42,4 - 45,0)	59,7 (58,4 - 61,0)	87,4 (86,5 - 88,3)
Brasil^(k)	14,3 (13,7 - 14,9)	43,0 (42,2 - 43,8)	49,5 (48,7 - 50,3)	89,1 (88,6 - 89,6)
	Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados*(l)		Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados*(l)	
	2012	2018	2012	2018
Variáveis	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Região				
Norte ^(a)	13,3 (11,1 - 15,5)	30,1 (27,1 - 33,1)	6,3 (4,7 - 7,9)	15,6 (13,2 - 18,0)
Nordeste ^(b)	17,3 (16,3 - 18,3)	38,7 (37,4 - 40,0)	7,3 (6,6 - 8,0)	21,4 (20,3 - 22,5)
Sudeste ^(c)	14,3 (13,4 - 15,2)	33,9 (32,7 - 35,1)	7,0 (6,3 - 7,7)	17,8 (16,8 - 18,8)

Tabela 3. Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Sul ^(d)	11,8 (10,6 - 13,0)	30,0 (28,2 - 31,8)	4,3 (3,5 - 5,1)	13,3 (12,0 - 14,6)
Centro-Oeste ^(e)	12,1 (10,1 - 14,1)	35,1 (32,2 - 38,0)	7,5 (5,9 - 9,1)	19,7 (17,3 - 22,1)
Porte Populacional				
Até 10.000 ^(f)	17,4 (15,8 - 19,0)	36,7 (34,7 - 38,7)	7,4 (6,3 - 8,5)	17,3 (15,7 - 18,9)
10.001 a 20.000 ^(g)	15,1 (13,7 - 16,5)	36,2 (34,3 - 38,1)	7,0 (6,0 - 8,0)	19,7 (18,1 - 21,3)
20.001 a 50.000 ^(h)	17,6 (16,3 - 18,9)	41,7 (40,0 - 43,4)	8,5 (7,6 - 9,4)	22,2 (20,8 - 23,6)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	14,6 (12,9 - 16,3)	39,9 (37,6 - 42,2)	7,0 (5,8 - 8,2)	20,7 (18,8 - 22,6)
Mais de 100.000 ^(j)	11,5 (10,7 - 12,3)	27,6 (26,4 - 28,8)	4,8 (4,2 - 5,4)	14,8 (13,9 - 15,7)
Brasil^(k)	14,6 (14,0 - 15,2)	34,7 (33,9 - 35,5)	6,6 (6,2 - 7,0)	18,2 (17,6 - 18,8)

Fonte: elaboração própria.

* valor de $p < 0,001$ (razão de verossimilhança).

(a) n = 908; (b) n = 5.096; (c) n = 5.723; (d) n = 2.600; (e) n = 1.051; (f) n = 2.237; (g) n = 2.466; (h) n = 3.363; (i) n = 1.670; (j) n = 5.516; (k) n = 15.378; (l) Foram consideradas as respostas 'sempre'.

De acordo com os usuários entrevistados, houve pequena melhora no número daqueles que, quando houve a necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, conseguiram sair da UBS já com o encaminhamento agendado. Contudo, independentemente do contexto analisado, a proporção manteve-se ainda muito baixa (19,9%) (tabela 4). Para avaliar o acesso a exames para apoio diagnóstico entre as mulheres que necessitaram fazer exame de mamografia, a maior parte afirmou que conseguiu realizar o exame em ambos os momentos avaliados. Em 2018, foram 91%, representando aumento

de 8,1 pp em relação a 2012, sendo que foi nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e nos municípios entre 20 e 50 habitantes que ocorreram elevações superiores a 10 pp (tabela 4). Por fim, quando questionados sobre se a equipe realizou a primeira consulta de puericultura na primeira semana de vida dos recém-nascidos, os dados nacionais se mantiveram estáveis, com importante aumento apenas na região Centro-Oeste (9,6 pp), e não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quando se considera o porte populacional dos municípios (tabela 4).

Tabela 4. Acesso a exames e consultas especializadas, e consulta de puericultura na atenção básica em tempo oportuno, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Quando há necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, sai da unidade com a consulta agendada* ^(l)		Quando necessitou, conseguiu fazer exame de mamografia ^(m)		Após o nascimento da criança, a equipe fez consulta de puericultura até os sete dias de vida** ⁽ⁿ⁾	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012** % (IC 95%)	2018* % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
Região						
Norte ^(a)	10,1 (8,8 - 11,4)	20,9 (18,9 - 22,9)	73,7 (70,0 - 77,4)	82,3 (79,4 - 85,2)	47,0 (42,2 - 51,8)	50,2 (45,6 - 54,8)
Nordeste ^(b)	9,8 (9,3 - 10,3)	19,2 (18,4 - 20,0)	80,1 (79,0 - 81,2)	90,5 (89,7 - 91,3)	59,3 (57,3 - 61,3)	63,6 (61,5 - 65,7)
Sudeste ^(c)	11,9 (11,4 - 12,4)	15,8 (15,2 - 16,4)	84,4 (83,6 - 85,2)	91,2 (90,6 - 91,8)	70,1 (68,6 - 71,6)	65,9 (64,0 - 67,8)

Tabela 4. Acesso a exames e consultas especializadas, e consulta de puericultura na atenção básica em tempo oportuno, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Sul ^(d)	21,2 (20,3 - 22,1)	28,3 (27,2 - 29,4)	88,2 (87,1 - 89,3)	94,7 (94,0 - 95,4)	70,5 (67,3 - 73,7)	74,0 (71,0 - 77,0)
Centro-Oeste ^(e)	14,2 (12,9 - 15,5)	24,2 (22,4 - 26,0)	74,0 (71,3 - 76,7)	85,7 (83,8 - 87,6)	53,0 (49,5 - 56,5)	62,6 (58,1 - 67,1)
Porte Populacional						
Até 10.000 ^(f)	19,1 (18,2 - 20,0)	25,5 (24,3 - 26,7)	85,4 (84,0 - 86,8)	92,8 (91,9 - 93,7)	64,0 (61,2 - 66,8)	67,6 (64,5 - 70,7)
10.001 a 20.000 ^(g)	10,8 (10,1 - 11,5)	17,5 (16,5 - 18,5)	82,8 (81,4 - 84,2)	91,0 (90,0 - 92,0)	63,3 (60,8 - 65,8)	66,8 (63,8 - 69,8)
20.001 a 50.000 ^(h)	11,2 (10,5 - 11,9)	17,2 (16,3 - 18,1)	80,4 (79,1 - 81,7)	91,0 (90,1 - 91,9)	62,7 (60,5 - 64,9)	65,0 (62,5 - 67,5)
50.001 a 100.000 ⁽ⁱ⁾	11,0 (10,1 - 11,9)	18,9 (17,6 - 20,2)	83,0 (81,3 - 84,7)	89,1 (87,8 - 90,4)	66,0 (62,9 - 69,1)	64,9 (61,4 - 68,4)
Mais de 100.000 ^(j)	12,8 (12,3 - 13,3)	20,3 (19,6 - 21,0)	83,3 (82,4 - 84,2)	91,0 (90,4 - 91,6)	65,1 (63,3 - 66,9)	63,0 (61,0 - 65,0)
Brasil^(k)	12,9 (12,6 - 13,2)	19,9 (19,5 - 20,3)	82,9 (82,3 - 83,5)	91,0 (90,6 - 91,4)	64,2 (63,1 - 65,3)	64,9 (63,7 - 66,1)

Fonte: elaboração própria.

* valor de $p < 0,001$ (razão de verossimilhança); ** valor de $p < 0,001$ para região e valor de $p < 0,01$ para porte populacional (razão de verossimilhança); *** valor de $p < 0,001$ para região e valor de $p > 0,05$ para porte populacional (razão de verossimilhança).

(a) 2012 = 3.231 / 2018 = 3.049; (b) 2012 = 19.653 / 2018 = 18.427; (c) 2012 = 22.870 / 2018 = 21.193; (d) 2012 = 9.560 / 2018 = 9.689; (e) 2012 = 4.040 / 2018 = 4.011; (f) 2012 = 8.813 / 2018 = 8.650; (g) 2012 = 9.834 / 2018 = 9.282; (h) 2012 = 13.055 / 2018 = 12.558; (i) 2012 = 6.580 / 2018 = 6.311; (j) 2012 = 21.072 / 2018 = 19.568; (k) 2012 = 59.354 / 2018 = 56.369; (l) Foram considerados apenas usuários que necessitaram de encaminhamento ($n = 43.082$ (2012) e $n = 34.612$ (2018)); (m) Foram consideradas apenas usuárias que informaram ter necessitado fazer exame de mamografia ($n = 17.658$ (2012) e $n = 20.291$ (2018)); (n) Foram consideradas apenas usuárias com crianças até 2 anos ($n = 7.964$ (2012) e $n = 6.183$ (2018)).

Discussão

No que diz respeito à dimensão ‘apoio e acesso a serviços especializados’, observou-se ter ocorrido aumento na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio de outros profissionais da rede, como os de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os centros de especialidades; e, principalmente, dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), sobretudo, na região Norte e em menores municípios, provavelmente em função da mudança na política de financiamento do Ministério da Saúde (MS) que, desde o final de 2012, passou a financiar Nasf-AB em municípios onde havia apenas uma ou duas eSF. Contudo, muitos desafios ainda se apresentam para a qualificação das ações de apoio na rede, na perspectiva do aperfeiçoamento do vínculo e corresponsabilização entre trabalhadores, assim como da melhoria dos dispositivos que propiciem uma conexão mais fluida e permanente entre eles^{19,25,26}.

Por sua vez, observou-se que a existência de centrais de marcação, por meio de sistema de regulação, tende a facilitar o acesso a consultas e a

exames especializados, dado que elas contribuem para a operacionalização de mecanismos normatizadores de acesso aos serviços presentes na rede e colaboram para uma orientação mais equitativa de preenchimento de vagas disponíveis, com o gerenciamento do processo de priorização do acesso, a partir da identificação de necessidades informadas pela AB^{18,21,27}.

Os dados demonstraram que a maior parte das equipes dispõe de centrais de regulação, porém as alternativas de tipo de marcação ainda são restritas, pois apenas algumas delas conseguem assegurar agendamento para consultas, exames e leitos, com maiores entraves para a marcação em leitos hospitalares. Os resultados reforçam o que foi encontrado em estudo realizado em região de saúde da Bahia que constatou a presença de central de regulação para marcação de consultas e exames, e maiores dificuldades para o acesso a leitos²⁰. Apesar da existência do aparato regulatório, os mecanismos de regulação existentes limitam a capacidade de coordenação da AB ao impor constrangimentos que desconsideram elementos da gestão do cuidado, como critérios de priorização clínica, dirigidos pelas equipes.

O mesmo estudo realizado na Bahia revela os obstáculos que as equipes seguem encontrando para acessar os serviços regulados, com restrição de acesso a tetos pré-acordados que consideram apenas a capacidade de financiamento dos municípios demandantes, independentemente do perfil epidemiológico e das necessidades concretas apontadas pelas equipes²⁰.

De todo modo, a existência de centrais de marcação de consultas e exames especializadas está associada a uma maior facilidade de acesso aos serviços da rede, a menores tempos de espera, principalmente de casos mais urgentes, e a maior chance na utilização eficiente dos recursos disponíveis^{8,21,23}. Um importante indicador capaz de revelar o grau de conformidade dos mecanismos de regulação existentes é se os usuários da AB conseguem sair da UBS com a consulta no especialista agendada nos casos em que há necessidade de encaminhamento. Quanto a esse quesito, os dados mostraram importante evolução para o período estudado, sobretudo nos grandes centros urbanos e nas regiões mais desenvolvidas do País, apesar de os usuários terem apresentado cenário bem menos positivo em função de suas experiências negativas. Permanecem formas de agendamento que contribuem para a conservação de obstáculos altamente indesejáveis, como a necessidade de a marcação ser feita pelo próprio usuário com fichas de encaminhamento, muitas vezes sem nenhuma indicação de serviço de referência, ficando a encargo do próprio usuário ‘escolher’ a unidade de saúde que buscará na tentativa de conseguir atendimento.

No que concerne ao acesso a exames para grupos populacionais prioritários, os resultados demonstraram que a grande maioria das equipes, exceto aquelas situadas na região Norte, afirmou garantir exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e, seja qual for o contexto observado, para todos os exames indicados para o acompanhamento do pré-natal, tais como glicemia de jejum, sorologia para sífilis e para HIV. Ao mesmo tempo, ao selecionarmos uma variável

marcadora da qualidade do acesso a exames de apoio diagnóstico, a maior parte das usuárias que tiveram indicação para realização de mamografia afirmou que conseguiram realizar o exame. Esses resultados contrastam com achados de outros estudos que descrevem um cenário não tão positivo¹⁷. Estudo realizado em uma região desenvolvida do estado de São Paulo mostra insuficiência na oferta de exames essenciais, induzindo usuários, em muitas situações, a procurarem serviços privados¹⁷. Outro estudo realizado em três municípios com mais de 100 mil habitantes no estado da Bahia detectou que algo em torno de 40% das usuárias tiveram que recorrer a serviços privados para a realização de exames de análises clínicas⁸.

A existência de referências, fluxos e processos organizativos da RAS, estabelecendo responsabilidades de cada ator, protocolos clínicos que qualifiquem a gestão do cuidado e encaminhamentos entre os pontos de atenção, bem como diretrizes que favoreçam uma navegação mais fluída dos usuários na rede, pode ser extremamente importante para a ampliação da capacidade de a AB exercer a coordenação do cuidado^{17,18} – e em situações nas quais a definição desses fluxos passa por processos de discussão e pactuação entre os atores envolvidos, o engajamento e a efetivação do que é pactuado ganha maior chance de se materializar. A necessidade do estabelecimento desses fluxos se torna ainda mais premente quando se trata da gestão do cuidado de pessoas em condições crônicas, que demandam múltiplos serviços e intervenções^{21,28}. Principalmente para esses casos, um sistema de saúde fragmentado submete usuários a descuido, sofrimento e complicações que podem comprometer gravemente sua situação de saúde.

Como pudemos observar a partir dos dados apresentados, houve um significativo aumento na prevalência de equipes que informaram haver referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede, para uma seleção de situações de saúde, demonstrando

o esforço de gestores e trabalhadores para conformar suas estruturas de gestão e gestão do cuidado em direção a uma maior capacidade coordenadora da AB. A melhoria foi ainda mais expressiva naqueles contextos em que a situação verificada em 2012 era pior, como nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e em menores localidades que dependem de uma capacidade de articulação ainda mais complexa, dado que exige processos decisórios que extrapolam as fronteiras dos municípios^{8,29}. Contudo, é necessário que investigações avaliem mais profundamente a qualidade do funcionamento desses fluxos, pois, como indicam alguns estudos, embora haja fluxos assistenciais estabelecidos, em algumas realidades, os meios de integração são restritos a mecanismos convencionais de referência e contrarreferência, tratados de maneira burocrática e sem posicionar a AB como ponto de coordenação¹⁷.

Ao analisarmos aspectos relacionados com a coordenação clínica do cuidado, houve elevação na proporção de equipes que programam consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e organizam os encaminhamentos das gestantes a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, principalmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, e em médios e pequenos municípios. A utilização de instrumentos de planejamento e protocolos, incluindo os de encaminhamento, que considerem critérios de risco e vulnerabilidade e que não sejam enrijecedores das práticas dos profissionais de saúde pode contribuir para a qualificação do cuidado ofertado aos usuários; e, se associados a dispositivos de integração da rede, tais instrumentos podem aumentar a resolutividade da AB e qualificar os encaminhamentos, evitando referenciamentos desnecessários.

Por fim, os resultados relacionados com a 'continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede' apontam, de maneira geral, para uma melhora nos mecanismos de troca de informação entre os profissionais. A proporção de equipes que utilizam PE apresentou um forte salto. É consenso na literatura

a importância de implementar mecanismos informatizados de registro, utilização e recuperação dos dados nos estabelecimentos de saúde, na perspectiva de otimizar e qualificar as ofertas de saúde, assim como a segurança nas práticas clínicas. A ampliação do acesso a informações clínicas mais relevantes, no que diz respeito às condições de saúde e da evolução de uma determinada situação de um usuário, aumenta a possibilidade de os profissionais de saúde tomarem melhores decisões na gestão do cuidado³⁰⁻³².

O uso de PE na AB potencializa, sobretudo, a coordenação do cuidado, uma vez que permite aos profissionais acessarem informações mais detalhadas, e em tempo oportuno, de ações e intervenções em saúde realizadas nos próprios serviços de AB, bem como em outros níveis de atenção, de maneira a efetivar a concepção de que a AB deve operar como centro de comunicação da rede assistencial^{20,24,23}. O forte avanço no número de equipes utilizando PE, com grande destaque para os menores municípios e para as regiões Sul e Centro-Oeste, está associado à disponibilização de ferramenta por parte do MS que, desde 2013, passou a fornecer um PE (e-SUS AB) de maneira gratuita, associada a estratégias de apoio à sua utilização^{33,34}. Os dados do PMAQ-AB convergem para os registros administrativos do MS que, em 2018, apresentava um resultado no qual 49% das UBS utilizavam alguma ferramenta informatizada para o registro de suas ações³³. No entanto, um desafio ainda mais complexo para garantir a troca de informações entre a AB e outros níveis de atenção é a integração entre os diferentes sistemas utilizados nos pontos de cuidado, que ainda se encontram em um estágio muito incipiente no País³⁵.

Na mesma dimensão, a existência de fluxos regulares de comunicação entre a AB e a atenção especializada é indicada pela literatura como elemento essencial para a coordenação assistencial^{8,9,23}. Contudo, neste estudo, verificou-se que, apesar do conhecimento de sua importância, o fluxo de comunicação

mais recorrente ainda segue sendo as fichas de referência e contrarreferência. Outrossim, a dinâmica de interação entre os profissionais permanece muito restrita, expondo que, apesar da melhora observada, persiste um quadro no qual o contato constante entre os trabalhadores dos diferentes pontos da rede se configura mais como exceção do que como regra. Além disso, são notáveis a rotatividade de colaboradores nos serviços especializados e a falta de compreensão sobre o funcionamento da rede de atenção, especialmente por parte desses profissionais.

Faz-se necessário reconhecer que o PMAQ-AB era uma política que previa incentivo financeiro às equipes, que estimulava o fortalecimento do interesse em conhecer melhor o funcionamento do sistema único de saúde, das redes de atenção, o que contribuiu para a melhoria da capacidade de coordenação da AB. Todavia, continua havendo muitas dificuldades para acessar os demais níveis de atenção, sobretudo os serviços hospitalares em diversas regiões do País.

Das limitações do estudo, apesar de a maior parte das eSF existentes no Brasil ter participado do PMAQ-AB, a amostra das equipes utilizada no estudo não é completamente aleatória. Do mesmo modo, como ocorreram mudanças nos instrumentos entre os ciclos avaliados, importantes questões relacionadas com a coordenação do cuidado, que poderiam permitir um maior aprofundamento das análises realizadas, não puderam ser mobilizadas, tais como questões associadas a tempo de espera entre o encaminhamento e o acesso a serviços em outros pontos de atenção e o funcionamento dos fluxos para o atendimento de usuários na RAS.

É importante destacar que a substituição, em 2019, do PMAQ-AB pelo Previn Brasil tem trazido diversos prejuízos à qualidade da AB, particularmente pelo processo de desfinanciamento causado pelo novo modelo de alocação^{36,37}. Além disso, registram-se as perdas em relação às avaliações de processo proporcionadas pelo PMAQ-AB, que, apesar

de todas as dificuldades na sua implementação, proporcionaram melhoria na qualidade, no acesso e na equidade³⁷. Particularmente, o PMAQ-AB, por meio da avaliação externa e da autoavaliação, produziu melhorias nos processos de trabalho – resultando na ampliação do acesso³⁷, mediante o acolhimento, e da qualidade do cuidado – que possibilitaram avanços na coordenação do cuidado e melhoria na integração nas RAS.

Resta lembrar, também, que, com a interrupção do financiamento das equipes Nasf-AB no governo passado, o componente multiprofissional foi enfraquecido, sobretudo as atividades de matriciamento, planejamento conjunto e responsabilidades compartilhadas para maior resolutividade do cuidado³⁸, que são fundamentais para garantir a coordenação do cuidado e integração nas RAS.

Conclusões

Verificou-se que o PMAQ-AB proporcionou, no período de 2012 e 2018, avanços importantes na capacidade de a AB exercer a função coordenadora nas RAS, particularmente no que tange à melhoria no ordenamento de fluxos assistenciais, propiciando melhor gestão do cuidado, alguns avanços na continuidade informacional e nos fluxos de comunicação com a rede, e no acesso aos serviços especializados, desenvolvidos por meio de estabelecimento de relações entre os diversos participantes da RAS. Ainda assim, a AB precisa ser aperfeiçoada, particularmente com os demais níveis de atenção.

Colaboradores

Sousa ANA (0000-0002-8698-1347)* contribuiu para organização dos dados, redação da versão preliminar do artigo, revisão e aprovação do artigo. Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)* contribuiu para concepção, análise e revisão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 89-120
2. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004;20(supl2):S331-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>
3. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(6):2753-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
6. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;13(esp):6-15. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
7. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(65):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
8. Almeida PF, Santos AM. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saúde Pública*. 2016;50(80):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>
9. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018;42(esp1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
10. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica - Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2024 maio 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
11. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2007.127480>
12. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impacto f primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349(g4014):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>
13. Ceccon RF, Meneghell SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):968-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>
14. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140>
15. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the family health strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health*. 2016;15:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12939-016-0440-7>
16. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>

17. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1141-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
18. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>
19. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(12):4643-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
20. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>
21. Aleluia ITS, Medina MG, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1845-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
22. Cruz MJB, Santos AF, Araújo LHL, et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004019>
23. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014;38(esp):13-33. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
24. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):373-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol000064>
25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
26. Araújo Neto JD, Albuquerque IMN, Lira GV, et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis*. 2018;28(4):1-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>
27. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis*. 2012;21(1):119-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>
28. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg saúde debate*. 2014;51:14-29.
29. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc*. 2016;25(2):320-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>
30. Ireson CL, Slavova S, Steltenkamp CL, et al. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(163):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-163>
31. Marín HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J Health Inform [Internet]*. 2010 [acesso em 2024 maio 15];2(1):20-24. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>
32. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, et al. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. *Saúde debate [Internet]*. 2013 [acesso em 2024 maio 15];37(96):43-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xLMq3HyhgqNwhX6y3jppNff/?format=pdf&lang=pt>

33. Sousa AN, Cielo AC, Gomes IC, et al. Estratégia E-SUS AB: transformação digital na atenção básica no Brasil. In: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2018 [Internet]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2019 [acesso em 2024 maio 15]. p. 29-36. Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/15303120191017-tic_saude_2018_livro_eletronico.pdf
34. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):289-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>
35. Leão BF. O desafio brasileiro para o uso de padrões em informática em saúde. *J health inform* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 maio 15];(9)2:I-II. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/577/311>
36. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00164621. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
37. Dantas Gurgel G Junior, Kristensen SR, et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: a comparison with england's quality outcomes framework and lessons for the future. *Health Policy*. 2023;128:62-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.004>
38. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*. 2023;47(137):13-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>

Recebido em 03/07/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Luciana Sepúlveda Köptcke