



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Izabela Matos Ribeiro

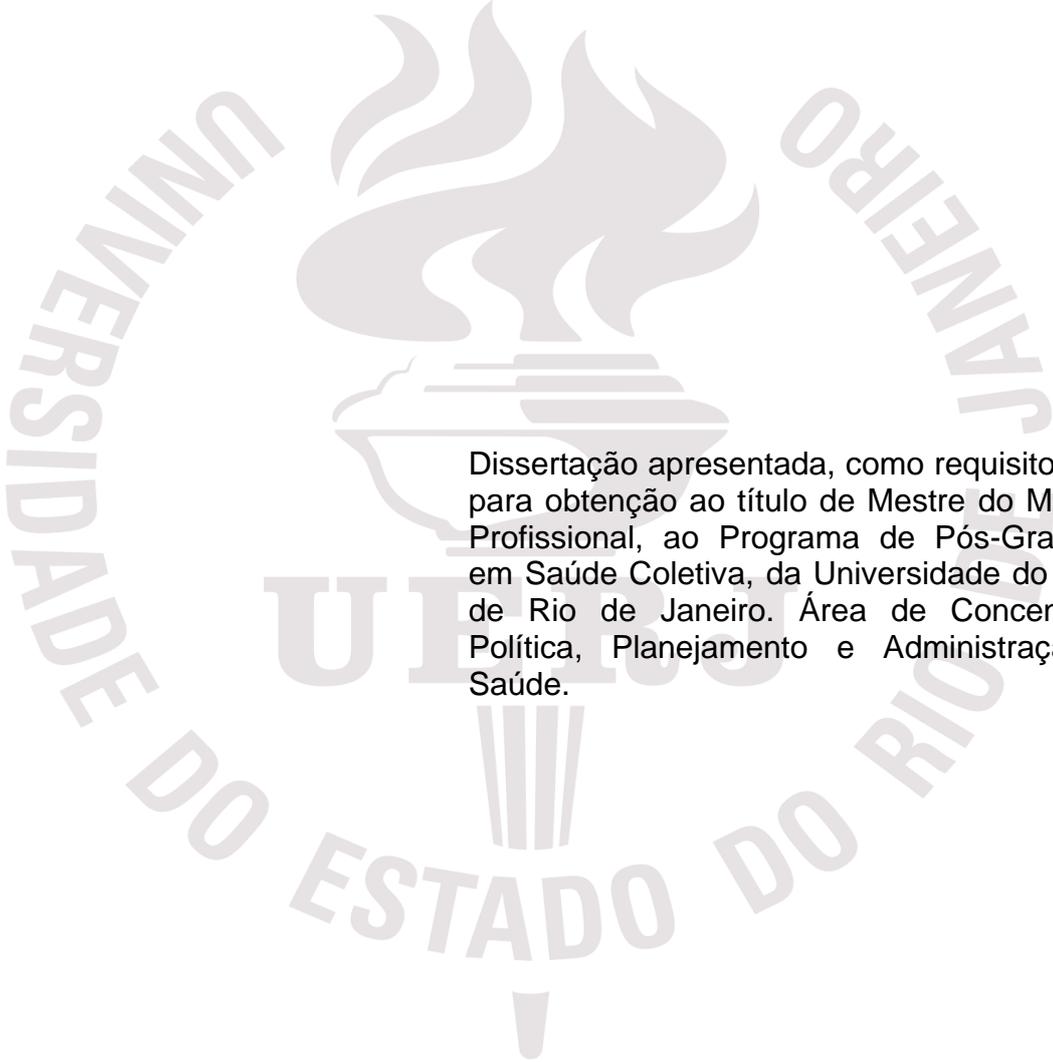
**Avaliação das Redes de Atenção à Saúde:  
um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial**

Rio de Janeiro

2022

Izabela Matos Ribeiro

**Avaliação das Redes de Atenção à Saúde:  
um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção ao título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Chigres Kuschnir

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R484	Ribeiro, Izabela Matos
	Avaliação das Redes de Atenção à Saúde: um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial / Izabela Matos Ribeiro – 2022. 100 f.
	Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Rosana Chigres Kuschnir Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
	Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
	1. Atenção à saúde – Teses. 2. Avaliação em saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde – Teses. 4. Gestão em saúde – Teses. 5. Níveis de Atenção à Saúde – Teses. I. Kuschnir, Rosana Chigres. II. Levcovitz, Eduardo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.
	CDU 614.2

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Izabela Matos Ribeiro

**Avaliação das Redes de Atenção à Saúde:  
um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 04 de agosto de 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rosana Chigres Kuschnir  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Dayse Santos de Aguiar  
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Ao meu filho e aos meus pais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, guia da minha espiritualidade.

Ao meu filho Hugo, meu pequeno e grande menino, meu companheiro, por toda paciência, cuidado e compreensão pelos momentos de ausência.

Aos meus pais, Graça e Roberto, por todo apoio e dedicação. Sem vocês nada seria possível.

Aos amigos, seria impossível nominar cada um, por torcerem por essa conquista.

À instituição SES/RJ, por oportunizar a qualificação do quadro de funcionários da SES em parceria com o IMSHC/UERJ, em prol de um SUS melhor para a população.

A minhas assessoras-chefes, pelo incentivo desde a inscrição na seleção do mestrado, pela torcida e incentivo a continuar firme nos estudos.

Aos colegas do nível central da Assessoria de Regionalização - Renan, Elisabet e Karen -, pela ajuda nas tarefas e por segurarem as pontas.

À querida Dayse, um grande exemplo profissional, que sempre me acolheu e me ensinou com muito carinho, como uma bela professora, desde a minha passagem como residente. Pelos conselhos, pelo incentivo e por me mostrar que sou capaz.

À Dr<sup>a</sup> Monique, por todas as oportunidades, que foram muitas e fundamentais para o meu crescimento profissional, e pela paciência e compreensão nos momentos de falhas.

Ao IMSHC/UERJ, por acolher a primeira turma do Mestrado Profissional da SES/RJ. Em especial Dadá, Amanda e Thaís, como representantes de todos os professores e técnicos que deram o suporte ao longo do curso nas atividades da turma.

À querida orientadora, Rosana, pelas aulas brilhantes, por me escutar, ouvir e ler as minhas besteiras, e me resgatar da selva, me ensinar e me fazer crescer.

Para que serve a utopia?  
A utopia está lá no horizonte.  
Eu sei muito bem que nunca a  
alcançarei. Se caminho dez passos,  
ela se afasta dez passos. Quanto  
mais eu buscá-la, menos eu a  
encontrarei porque ela vai se  
afastando à medida que eu me  
aproximo. A utopia serve para isso,  
para caminhar.

*Fernando Birri*

## RESUMO

RIBEIRO, Izabela Matos. **Avaliação das Redes de Atenção à Saúde**: um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O Relatório Dawson, publicado em 1920, pode ser considerado uma das bases do modelo proposto pelos sistemas nacionais de saúde, pois apresentou a organização dos serviços de saúde de forma regionalizada, a partir da necessidade de saúde da população, sob comando único de uma autoridade sanitária local. Essa ideia embasou a construção do conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Em 2008, a OPAS teceu recomendações para os sistemas de saúde na América Latina, para organização de RAS como caminho para superar a fragmentação. Foram apresentados os 13 atributos essenciais da RAS, dentre os quais se destaca a existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do *continuum* de serviços de saúde. O presente trabalho tem por objetivo explorar abordagens e instrumentos para avaliação da coordenação assistencial em sistemas nacionais. Foi realizado um estudo de caráter exploratório, que inclui pesquisa de literatura e documental, desenvolvendo um percurso conceitual acerca dos temas redes de atenção à saúde e coordenação assistencial. Sendo a coordenação assistencial um conceito polissêmico, utilizaram-se neste trabalho as definições dadas por Terraza Núñez (2004) e Vargas (2015), que propõem a distinção de três componentes da coordenação assistencial: Coordenação Administrativa; a Gestão Clínica; e a Coordenação da Informação. Na revisão realizada, ficou evidenciado que há diferentes instrumentos com objetivos de avaliar aspectos distintos da coordenação, bem como diferentes perspectivas a serem consideradas, dependendo do nível de gestão que se considera. No processo avaliativo, a diferenciação dos componentes da coordenação é fundamental não apenas para compreender os processos estudados, como para elaborar estratégias de intervenção e identificar as diferentes responsabilidades de gestão.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Coordenação assistencial. Integração entre níveis de atenção.

## ABSTRACT

RIBEIRO, Izabela Matos. Evaluation of Health Care Networks: a study on the attribute of care coordination. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The Dawson Report, published in 1920, can be considered one of the bases of the model proposed by the national health systems, as it presented the organization of health services in a regionalized way, based on the health needs of the population, under a single command of an authority. local sanitary. This idea was the basis for the construction of the concept of Health Care Networks (RAS). In 2008, PAHO made recommendations for health systems in Latin America to organize RAS as a way to overcome fragmentation. The 13 essential attributes of RAS were presented, among which the existence of assistance coordination mechanisms along the continuum of health services stands out. The present work aims to explore approaches and instruments for evaluating care coordination in chosen national systems. An exploratory study was carried out, which includes literature and document research, a conceptual course on the themes of health care networks and care coordination. As care coordination is a polysemic concept, the definitions presented by Terraza Núñez (2004) and Vargas (2015) were used in this work, which propose the distinction of three components of care coordination: Administrative Coordination; Clinical Management; and Information Coordination. In the review carried out, it became evident that there are different instruments with the objective of evaluating different aspects of coordination, as well as different perspectives to be considered in the evaluation, depending on the management level considered. In the evaluation process, the differentiation of the coordination components is fundamental not only to understand the studied processes, but also to make up intervention strategies and identify the different management responsibilities.

Keywords: Health Care Networks. Care coordination. Integration between levels of attention.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Avaliação dos atributos conforme sistema de saúde .....	37
Quadro 2 -	Conceitos de coordenação assistencial nos estudos do Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC).....	39
Quadro 3 -	Tipos de coordenação assistencial, dimensões e atributos..	41
Quadro 4 -	Modelos e instrumentos de coordenação assistencial.....	42
Quadro 5 -	Mecanismos de coordenação assistencial .....	45
Quadro 6 -	Principais causas e consequências da ausência da coordenação .....	47
Quadro 7 -	Medidas de coordenação assistencial .....	56
Quadro 8 -	Medidas de continuidade segundo classificação de Reid <i>et al.</i> .....	57
Quadro 9 -	Características desejáveis dos indicadores .....	58
Quadro 10 -	Avaliação dos resultados de desempenho de redes.....	63
Quadro 11 -	Análise dos indicadores por componente da coordenação assistencial.....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Levantamento bibliográfico do referencial teórico .....	23
Tabela 2 -	Levantamento bibliográfico sobre avaliação da coordenação assistencial .....	24
Tabela 3 -	Sistematização dos instrumentos de coordenação assistencial .....	43
Tabela 4 -	Condições integradoras para coordenação e suas relações com os mecanismos de coordenação .....	45

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de área de Dawson.....	27
Figura 2 - Rainbow Model of Integrated Care (RMIC).....	31
Figura 3 - Representação dos atributos da RAS.....	35
Figura 4 - Definição operativa da coordenação entre níveis assistenciais.....	42
Figura 5 - Diagrama do cenário de medição da coordenação assistencial..	61
Figura 6 - Marco para análise de Redes Integradas de Serviços de Saúde e seu impacto .....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CSSC	Consortici de Salut i Social de Catalunya
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NHS	National Health Service
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	20
3	<b>MÉTODO</b> .....	22
4	<b>REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	27
4.1	<b>Localizando a definição de Redes de Atenção à Saúde</b> .....	27
4.2	<b>Atributos das Redes de Atenção à Saúde</b> .....	34
5	<b>COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	37
5.1	<b>A coordenação assistencial que queremos: definições</b> .....	37
5.2	<b>A coordenação assistencial pela Atenção Primária à Saúde</b> .....	50
6	<b>ENTENDENDO A COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS COMO COMPONENTE DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL</b> .....	53
7	<b>A AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL</b> .....	56
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
	<b>ANEXO – Carta de anuência da pesquisa</b> .....	84
	<b>APÊNDICE A – Indicadores utilizados nos estudos levantados</b> .....	85
	<b>APÊNDICE B – Indicadores utilizados nos estudos do CSSC</b> .....	93
	<b>APÊNDICE C – Indicadores apresentados no seminário internacional</b> .....	96
	<b>APÊNDICE D – levantamento de mecanismos/indicadores de avaliação relacionados à coordenação assistencial</b> .....	97

## INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais, com uma organização federativa composta por três entes. Um ente nacional, a União, e dois entes subnacionais, os 26 estados e 5.570 municípios e, ainda, o Distrito Federal. Há autonomia entre os entes, sendo todos responsáveis por um rol de ações para atingir suas competências que estão definidas, ainda que de forma geral, na legislação. Sendo assim, há uma descentralização político-administrativa para estados e municípios.

Temos no país um Estado Democrático Social de Direito, garantido pela Constituição Federal de 1988. No que diz respeito ao direito à saúde, a denominada Reforma Sanitária envolveu atores da academia, profissionais de saúde e a sociedade civil, em torno do ideário que constitui a base do sistema público de saúde.

Para alcançar a proposta ambiciosa de um sistema de saúde universal, a luta do Movimento pela Reforma Sanitária, em busca de garantia de políticas amplas de proteção social, um sistema que desenvolve ações públicas que protejam a sociedade dos efeitos da doença, da velhice, da invalidez, do desemprego e da exclusão, representou um marco na trajetória da política de saúde brasileira, tal como descrito por Viana e Levcovitz (2005)

Nesse contexto, se desenha o sistema de saúde brasileiro, incorporado na Constituição Federal de 1988, no capítulo da Seguridade Social, e intitulado Sistema Único de Saúde, o SUS. O desenho organizativo do SUS se dá por diretrizes e princípios, que Mattos (2009) descreve como sendo as linhas mestras forjadas no processo de luta e reforma sanitária, sendo elas a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação popular e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado, tal como inscritas na CF. A instituição do SUS representou um grande avanço em termos de direitos de cidadania.

O SUS passa a existir exigindo que os entes da federação trabalhem de forma conjunta e em sintonia para a organização dos serviços de saúde, sendo incorporados os serviços e estruturas de saúde já existentes, provenientes de um “modelo” no qual o acesso à saúde não era universal. Não haveria mais –

teoricamente – barreiras de acesso aos dispositivos que constituem o sistema público.

Entretanto, o período de transição para o SUS e as mudanças decorrentes das diretrizes para organização da atenção à saúde enfrentaram inúmeras dificuldades ao longo dos anos seguintes, de diferentes magnitudes e em diferentes esferas, sobretudo tendo em vista o grau de descentralização para os municípios em contexto de grande heterogeneidade.

Dentre as mudanças de caráter organizativo e estruturante *vis-à-vis* a municipalização, destaca-se a regionalização, que, em linhas gerais, é a diretriz e também a ferramenta, no contexto do arranjo federativo, para entrelaçar os serviços na conformação de redes de atenção à saúde, à luz de atributos bem definidos. Tem como base a definição de território, das necessidades de saúde da população, escala e escopo das atividades, bem como de definições, bem delimitadas, do papel de cada serviço no sistema de saúde. Neste caso, a concertação entre os diversos atores envolvidos torna-se ainda mais desafiadora, especialmente face à definição de comando único.

A definição de comando único é apresentada por Dawson (OPAS, 1964) como aquela que é exercida pela autoridade sanitária única para cada área, com responsabilidade financeira e administrativa, na qual unificaria o controle e exerceria a coordenação de todos os serviços do território sob sua responsabilidade.

Tomando a regionalização de serviços de saúde em primeiro plano, o conceito de regionalização, na qual os pensadores da reforma sanitária teriam se inspirado, segundo Mello, Demarzo e Viana (2019, p. 1.140), remete à primeira metade do século XX, com estreita ligação ao ensino médico. Segundo Kuschnir e Chorny (2010, p. 2.308-2.309), a proposta de regionalização de serviços de saúde advém dos anos 1920, com Dawson, servindo como base para um sistema de saúde universal e equitativo, e, anos depois, para a formulação do Sistema Nacional inglês (National Health Service – NHS), sendo este uma inspiração tanto para o SUS como para os países que formataram seus sistemas universais de saúde.

O Relatório Dawson, publicado em 1920, pode ser considerado uma das bases do modelo proposto pelos sistemas nacionais de saúde. Referiu-se tanto às questões relativas à regionalização dos serviços de saúde como à figura da

autoridade sanitária, responsável por supervisionar a administração local de todos os serviços de saúde.

Da mesma forma, a Declaração de Alma Ata, de 1978, pode ser considerada a base para a proposta de estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS). Ambos são importantes referências para a concepção de redes regionalizadas de saúde.

No final dos anos 2000, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) publicou o documento intitulado “*Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas, 2008*”. Este apresenta marcos teóricos e operativos a serem seguidos por seus países signatários, como o Brasil. A Portaria MS/GM 4.279/2010 expressa, no âmbito do SUS, as diretrizes presentes nesse documento.

Essa publicação da OPAS, por seu papel na formulação e difusão de políticas e recomendações para os sistemas de saúde na América Latina, será a principal referência a ser utilizada na dissertação, como base teórica e definidora dos conceitos de Rede de Atenção à Saúde (RAS). No documento são definidos os 13 atributos essenciais da RAS, dentre os quais se destaca a existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do *continuum* de serviços de saúde.

Esse documento foi um estudo que englobou os países da América Latina, onde há sistemas de saúde em diferentes estágios de integração: desde o totalmente fragmentado (Paraguai), o parcialmente integrado e o totalmente integrado (Cuba). Desse documento foram tecidas as orientações para renovação da APS, possibilitando que os sistemas de saúde pudessem adotar práticas que levassem à integração da atenção à saúde.

O atributo de coordenação assistencial será objeto de análise na dissertação, por ser central para ordenar a articulação e a integração entre os níveis de atenção no sistema de saúde e garantir a integralidade e continuidade da atenção.

O particular interesse por este atributo se deve à observação dos desafios para conformação da denominada Rede de Atenção à Saúde, para adequação entre oferta e prestação de serviços para uma população determinada, segundo suas necessidades. Considera-se que esse atributo não foi incorporado, de fato,

nas iniciativas de regionalização, bem como nos mecanismos e ferramentas efetivas que pudessem superar a histórica fragmentação que permeia o processo de implementação do SUS.

Sendo assim, pode-se afirmar, como alguns autores apontam (CAMPOS, 2007; PAIM, 2018) que a implantação do SUS – e da regionalização por meio das RAS – se deu de forma incompleta e desigual nos estados brasileiros, e de forma ainda bastante incipiente. Verifica-se a permanência de barreiras de acesso que não se coadunam com um sistema universal e com garantia de integralidade do cuidado, pressupostos na organização das RAS.

Mesmo no tocante à organização de um primeiro nível de atenção, que passou a ser realçada nos anos 1990, não se verifica uma trajetória consistente de seu financiamento (tripartite) e estruturação (municipal) para desempenhar seu papel como parte essencial do sistema de saúde, apesar da grande visibilidade e ampla difusão, naquele momento, de experiências locais exitosas, valorizando a APS, quer sob a denominação de atenção básica ou daquelas que foram precursoras do que conhecemos hoje como Estratégia de Saúde da Família.

Não menos desafiante é a provisão de serviços especializados, de diferentes complexidades, em sua expressiva maioria privados, com ou sem fins lucrativos.

Mesmo após 30 anos de criação do SUS, podemos dizer que ele ainda enfrenta dificuldades e percalços na sua completa implantação. E bem como reflete Campos (2007), enfrenta discussões sobre sua sustentabilidade e sobre o caminho para sua efetiva consolidação, os quais perpassam os entraves relativos às questões do financiamento do sistema, da resolutividade da APS, da regionalização e integração incipiente entre municípios e entre os serviços, além de baixa eficácia e eficiência de hospitais e de serviços da atenção especializada.

Na relação entre a gestão pública municipal e o setor privado, Rodrigues (2014) sinaliza que essa relação esbarra em uma competição desigual dos municípios com os serviços privados, que, junto à fragmentação política, onde muitos desses municípios não possuem capacidade ou interesse para organizar RAS condizentes com as diretrizes e princípios do SUS, levam à fragmentação do sistema de saúde. Coexistem municípios de diferentes portes e capacidades,

seja na oferta de serviços, seja na competência técnico-institucional e política para a gestão pública.

No entanto, as dificuldades não se restringem aos municípios, nem às relações público-privado. A título de exemplo, podemos citar o caso do estado do Rio de Janeiro, que por ter resultado da fusão de dois estados – o do Rio de Janeiro e o da Guanabara – e de ter sido a capital do país, dispõe em seu território de uma gama de serviços de saúde federais cujos mecanismos de acesso e integração são objeto de históricas tentativas de pactuações malsucedidas.

Portanto, as relações público-público também não são desprovidas de conflitos e interesses distintos e, desse modo, tampouco convergem necessariamente para a conformação de rede. Por outro lado, a discussão do federalismo brasileiro é outro caminho para a discussão da RAS, pois na história do SUS encontram-se esforços de descentralização que se alternam com momentos de crise da descentralização, como pontuam Ribeiro *et al.* (2018).

Nesse sentido, outra frente de discussão do federalismo é marcada por Machado e Palotti (2015), na qual concluem que o Brasil se enquadra ora no federalismo cooperativo, ora no federalismo centralizado, pois há certo grau de compartilhamento de competências, mesmo que não tão claras, com presença de cooperação intergovernamental. Há ainda, no entanto, centralidade com o poder de indução da União para com os governos subnacionais, de modo que se comportam próximos a agentes administrativos.

Estas ponderações sobre organização de redes remetem à coordenação assistencial como um atributo essencial que caracteriza sistemas de saúde nos quais existem RAS. Seria esse o caso do Brasil? E no estado do Rio de Janeiro, é possível identificar RAS? Em caso afirmativo, não deveriam estar mais organizadas as competências de cada serviço e de cada nível de atenção? Como podemos avaliar as RAS? Quais indicadores seriam apropriados?

Essas indagações decorrem de minha atuação profissional no SUS, onde pude acumular experiência em todos os níveis de atenção. No âmbito da gestão em saúde, mais especificamente na área de regionalização, incluindo os colegiados de gestão bipartite – Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) –, pude refletir sobre questões acerca

da fragmentação do sistema de saúde e das dificuldades em organizar os serviços em Redes de Atenção à Saúde.

Nesta perspectiva, não se dissocia a discussão de RAS da discussão sobre regionalização, pois RAS pressupõem definição de território. Voltando à experiência no Rio de Janeiro, o fato de haver definição de regiões de saúde não significa que traduzam a conformação de redes. É, portanto, relevante discutir e avaliar, dentre os diversos atributos das RAS, a coordenação assistencial, pois lançará luz nas dificuldades de articulação entre os serviços e os níveis de atenção à saúde.

Há uma diversidade de definições e conceitos sobre a coordenação assistencial, o que é pontuado por Armitage, Suter, Oelke e Adair (2009), que encontraram 175 definições diferentes para o termo. Também há pouca produção na literatura brasileira sobre esse atributo, na qual merecem destaque os trabalhos conduzidos por Giovanella e Almeida, com as discussões sobre a APS e sua relação com o nível secundário da atenção. Com isso, um olhar sobre os atributos das RAS, em especial o de coordenação assistencial, se propõe a identificar possíveis lacunas a serem enfrentadas.

Esta dissertação tem como tema central a Avaliação das Redes de Atenção à Saúde, a partir do atributo da coordenação assistencial, tendo como questão norteadora: como avaliar e monitorar a coordenação assistencial das Redes de Atenção à Saúde?

Para sua elaboração, foi desenvolvido um percurso conceitual acerca dos temas redes de atenção à saúde e coordenação assistencial, apresentados nos capítulos 3, 4 e 5.

A partir deste marco, buscaram-se na literatura e na experiência de países com sistemas nacionais de saúde, indicadores de avaliação, que são apresentados e discutidos no capítulo 7 e cuja possibilidade de aplicação ao SUS é comentada nas considerações finais.

## 1 OBJETIVOS

### a) OBJETIVO GERAL

- Explorar conceitos e instrumentos de avaliação da coordenação assistencial das Redes de Atenção à Saúde.

### b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Buscar propostas de avaliação da coordenação assistencial em outros sistemas nacionais;
- Identificar alguns dos indicadores utilizados em outros sistemas nacionais na mensuração da coordenação assistencial de RAS.

## 2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema desta dissertação se justifica, na medida em que as Redes de Atenção à Saúde são a forma organizativa dos serviços de saúde que preveem, por meio de seus atributos, a garantia do acesso, a continuidade assistencial e a superação da fragmentação do sistema de saúde. Sendo assim, seriam alcançados, por meio da implementação de RAS, os princípios organizativos do SUS, isto é, a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social.

O atributo da coordenação assistencial, tomado como foco para avaliação no presente trabalho, é de fundamental importância para enfrentar a fragmentação que perpassa o processo de organização do SUS, pois visa justamente à integração entre serviços e entre os níveis de atenção à saúde. O apontamento de fatores que concorrem para a fragmentação e dificultam a integração compõe a contextualização do problema.

A partir da verificação do conceito de coordenação assistencial, à luz da literatura e da análise documental, será realizado um esforço de busca de instrumentos de avaliação do atributo, para apoiar uma proposta de indicadores de monitoramento de sua efetiva operacionalização no SUS, como condição necessária à organização das RAS.

### 3 MÉTODO

A presente dissertação se caracteriza por um estudo de caráter exploratório, na qual se incluem a pesquisa teórica e documental, que ocorrerá em dois momentos, a saber: o primeiro, em busca da conceituação de coordenação assistencial; e o segundo, em busca de indicadores de avaliação da coordenação assistencial.

Considerando a diversidade de definições para o conceito de coordenação assistencial, verificou-se que há diversas possibilidades de utilização de descritores correlacionados nas bases de indexação da produção científica, como é o caso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH).

A pesquisa não sistemática da literatura teve como resultado a leitura dos estudos conforme os quadros a seguir. Foram realizadas a leitura do título e do resumo para a primeira seleção, e a leitura do texto completo para a segunda seleção. Em adição à busca, foram identificados grupos de pesquisa com expertise no tema, para adicionar aos documentos selecionados, bem como realizou-se pesquisa manual das referências bibliográficas dos estudos selecionados.

Por essa razão, na primeira parte da dissertação, optou-se por realizar buscas nas bases de dados relacionadas na tabela apresentada a seguir, utilizando os termos “Redes de Atenção à Saúde” e/ou “Coordenação Assistencial” no campo “em qualquer parte do documento”.

Os textos selecionados continham a discussão sobre a RAS, sobre o conceito de coordenação assistencial, seus mecanismos e instrumentos. Os textos que tinham como foco a avaliação de programas específicos, seja de agravos ou doenças, ou que não continham a amplitude que se aguardava da discussão, foram descartados.

Tabela 1 - Levantamento bibliográfico do referencial teórico

Fonte	Utilização dos termos	Resultado	1ª seleção	2ª seleção
Periódico CAPES	Qualquer; Exato; “Coordenação assistencial”	7 textos	5 artigos	4 artigos
Periódico CAPES	Qualquer; Exato; “Redes de Atenção à Saúde” AND, que contém, “Coordenação assistencial”	183 textos	13 = 13 artigos	10 = 10 artigos
BVS	Título, resumo e assunto; “Coordenação assistencial”	9 textos	8 = 3 artigos + 3 dissertações + 1 não convencional + 1 livro	6 = 2 artigos + 3 dissertações + 1 livro
BVS	Título, resumo e assunto; “Redes de Atenção à Saúde” AND “Coordenação assistencial”	88 textos = 58 (texto completo)	20 = 13 artigos + 5 dissertações + 2 teses)	14 = 9 artigos + 3 dissertações + 2 teses
Equitaty-LA	-	49 textos	35 = 30 artigos + 5 teses	31 = 27 artigos + 4 teses
CSSC	-	20 textos	20 = 20 teses	20 teses
Outros	-	26 textos	24 = 8 (Seminário Fiocruz) + 1 OPAS + 15 (diversos)	24 = 8 (Seminário Fiocruz) + 1 OPAS + 15 (diversos)
Total	-	382 textos	125 textos	109 textos

Fonte: A AUTORA, 2022.

Para a segunda parte, considerando a diversidade de definições para o conceito de coordenação assistencial, escolha do conceito a ser seguido nesta dissertação, verificou-se que também são diversos os descritores relacionados aos mecanismos de avaliação da coordenação assistencial. Optou-se, assim, por realizar buscas nas bases de dados relacionadas na tabela seguinte, utilizando os termos em inglês para ampliação da busca.

Buscando compreender a forma de avaliação da coordenação assistencial com foco na busca por indicadores, foram utilizadas as discussões que integram os estudos do levantamento bibliográfico na MEDLINE e do CSSC,

bem como uma busca no portal do NHS, no portal do sistema de Saúde da Catalunha e de Portugal. A escolha por buscar a forma de avaliação da coordenação assistencial nesses outros sistemas de saúde se justifica, pois são sistemas de saúde de caráter universal, com histórico de um sistema regionalizado e integrado.

A busca ocorreu por indicadores que são utilizados para mensurar a coordenação assistencial. Parcialmente, identificam-se diferentes formas de abordagem que utilizam a avaliação da coordenação assistencial mediante pesquisa com usuários, outros com pesquisa com profissionais de saúde, bem como outra abordagem relacionando os indicadores de resultados, como indicadores que mensurem o sistema de regulação assistencial.

Tabela 2 - Levantamento bibliográfico sobre avaliação da coordenação assistencial (continua)

Fonte	Utilização dos termos	Resultado	1ª seleção	2ª seleção
MEDLINE	Título, resumo e assunto; "Care coordination" AND "Measuring"	93 textos	11 artigos	9 artigos
MEDLINE	Título, resumo e assunto; "Administrative coordination" AND "Care coordination"	24 textos	3 artigos	1 artigos
MEDLINE	Título, resumo e assunto; "Coordination" AND "Between levels"	11 textos	2 artigos	1 artigos
MEDLINE	Título, resumo e assunto; "Coordination" AND "Across levels"	9 textos	2 artigos	0
MEDLINE	Título, resumo e assunto; "Care coordination" AND "Measure development"	8 textos	1 artigos	1 artigos

Tabela 2 - Levantamento bibliográfico sobre avaliação da coordenação assistencial (final)

MEDLINE	Título, resumo e assunto; “Continuum of care” AND “Measure”	1 texto	1 artigos	1 artigos
CSSC	-	20 textos	3 textos = 2 teses + 1 documento de trabalho	3 textos = 2 teses + 1 documento de trabalho
Seminário Internacional FIOCRUZ	-	23 textos	6 textos	6 textos
Outros adicionados pela leitura das referências bibliográficas	-	4 textos	4 textos	4 textos = 2 artigos + 1 atlas + 1 capítulo de livro
Total	-	193 textos	33 textos	26 textos

Fonte: A AUTORA, 2022.

Para além da produção brasileira, buscaram-se referências internacionais, considerando algumas iniciativas na discussão do tema. Destaque é dado aos estudos que envolvem o projeto de pesquisa colaborativo financiado pela Comissão Europeia, que tem a parceria do Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC). Trata-se de relevante fonte de informação sobre o tema aqui discutido, pois há produção acadêmica do CSSC dos anos 2004 até a atualidade.

A primeira parte, conceitual, utilizou como referências principais:

- o documento elaborado pela OPAS, por seu papel na formulação e difusão de políticas e recomendações para os sistemas de saúde na América Latina; e
- os estudos produzidos pelo grupo de pesquisa integrante do Consorci de Salut i Social de Catalunya, considerando que contemplam ampla discussão sobre o tema e possuem como

campo de análise um país com sistema de saúde universal, ressaltadas as diferenças para com o sistema de saúde do Brasil.

A segunda parte, exploratória, utilizou como referências principais:

- os estudos produzidos pelo grupo de pesquisa integrante do Consorci de Salut i Social de Catalunya, considerando que contemplam ampla discussão sobre o tema e possuem como campo de análise um país com sistema de saúde universal, ressaltadas as diferenças em relação ao sistema de saúde do Brasil;
- sistemas de saúde de caráter universal, como na Espanha, Portugal e Inglaterra.

Com esse levantamento, foram identificados os apontamentos apresentados no texto que se segue.

## 4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

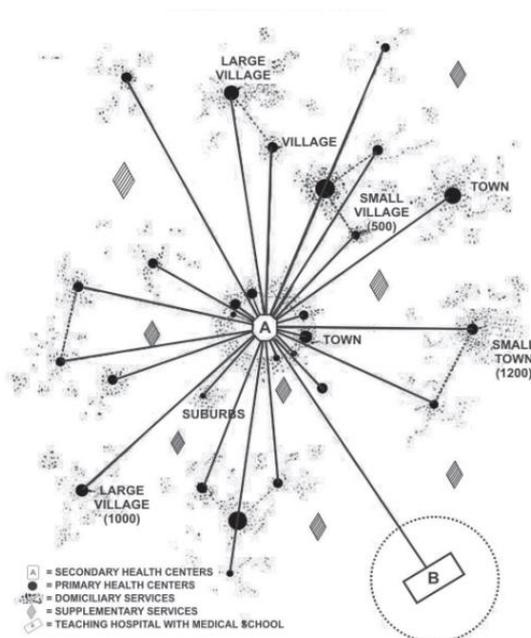
### 4.1 Localizando a definição de Redes de Atenção à Saúde

Para se alcançar essa definição, iniciamos com Dawson (OPAS, 1964) e seu Informe, elaborado em resposta à solicitação do ministro britânico em 1920, no qual aponta que a organização dos serviços médicos só pode ser assegurada se estiverem distribuídos em função das necessidades da população, por razões de eficiência e custo, exigindo esforços combinados em razão da complexidade das enfermidades, bem como deve estar concentrada sob mesma gestão para alcançar melhores resultados.

Desta forma, é introduzido o conceito de rede, bem como os requisitos necessários para melhorar a oferta de atenção à saúde para a população. Ao longo do Informe, Dawson descreve cada dispositivo que comporá a rede de saúde, sua inter-relação e as funções de cada serviço.

O diagrama da área é apresentado a seguir.

Figura 1 - Diagrama de área de Dawson



Fonte: OPAS, 1964.

De acordo com o Informe Dawson, deve haver uma relação bem definida entre os dispositivos de saúde, de acordo com sua localização, ou melhor, sua distribuição no território, que deve compreender todos os serviços de saúde necessários para atender às necessidades de saúde da população, em determinada região de saúde. É introduzida, nesse momento, a definição de território.

De acordo com o modelo, há nas localidades serviços de atenção domiciliar que realizam as ações de prevenção e cuidados de saúde, executados por uma equipe multiprofissional (médico, dentista, farmacêutico, enfermeira, parteira e enfermeira visitadora).

Outro componente são os centros de saúde, do tipo primário ou secundário, no qual se ofertam cuidados preventivos e curativos. Em cada vila ou cidade, há um ou mais centros de APS, que podem ter diferentes tamanhos, e que darão conta de resolver as necessidades de saúde da população adscrita a esses serviços, acordadas de serem resolvidas nesse nível de atenção. Compõem esse centro primário os médicos generalistas, enfermeiros e demais médicos especialistas, bem como o serviço de ambulância.

Há um fluxo estabelecido entre os centros de saúde das vilas menores para as vilas maiores ou para as cidades. Todos os centros primários possuem como referência um centro de saúde secundário, na cidade maior, que é referência para mais de uma cidade menor, e possui a função de absorver os casos mais difíceis e que demandem tratamentos mais especializados. Sendo assim, possuem mais médicos especializados e variam de tamanho e complexidade, de acordo com a necessidade. No entanto, o paciente permanece vinculado ao centro de saúde primário.

Dando suporte aos centros primários e secundários, no território há serviços suplementares ou complementares distribuídos. Eles possuem a função de atendimento a condições específicas, como problemas ortopédicos, tuberculose e outras infecções transmissíveis, bem como atenção à saúde mental.

Por sua vez, os centros de saúde secundários possuem como referência uma unidade universitária hospitalar, que fará a oferta dos recursos de maior complexidade para a população adscrita. As unidades hospitalares estão na região de saúde, e excepcionalmente há serviços de referência suprarregionais.

O informe produzido por Dawson, com a proposta de estruturação dos serviços de saúde, foi retomado com a proposta de instituição do National Health Service (NHS), parte do Relatório Beveridge, de 1942 (LEVCOVITZ; COSTA-COUTO, 2018), que, em seguimento, foi base dos sistemas de saúde universais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O modelo proposto por Dawson, de rede regionalizada, pressupõe um território bem definido e uma integração entre os serviços, bem como ter a organização dos serviços de saúde pautada nas necessidades de saúde da população. Para Dawson, a medicina preventiva e a medicina curativa não podem ser dissociadas, e precisam de uma coordenação estreita, subordinadas a uma só autoridade de saúde, para cada área (OPAS, 1964).

Outro ponto muito abordado por Dawson em seu relatório foi o da autoridade sanitária, que deverá ter autonomia tanto financeira como administrativa no âmbito regional, cumprindo o papel de central de costurar a integração entre os serviços.

Dando um salto temporal, nos anos 90, nos Estados Unidos, Shortell colocou em discussão a organização de sistemas integrados de saúde (TOUATI *et al.*, 2005). Sistemas integrados de saúde são, portanto, na definição de Shortell apud Touati *et al.* (2005, p. 7):

Um sistema de serviços de saúde e de serviços sociais integrados é uma rede de organizações interdependentes e coordenadas nos planos funcional, clínico e financeiro responsável pela saúde de uma população dada, à qual ele fornece um *continuum* de serviços adaptados às necessidades desta população.

Há necessidade de diferenciar sistemas integrados e redes regionalizadas. Kuschnir (2014) coloca que os sistemas integrados são usados, muitas vezes, como sinônimo de redes regionalizadas, mas não o são. O sistema integrado não é rede regionalizada, pois não contempla o território.

Outro elemento para o debate é a Conferência de Alma-Ata, de 1978, na qual, segundo Levcovitz e Costa-Couto (2018), ocorreu uma forte incorporação da ideia universalizante presente na estratégia de Atenção Primária à Saúde, e que visava alcançar a estratégia de Saúde Para Todos no Ano 2000.

A OPAS, com base na Conferência de Alma-Ata e em discussões sobre sistemas integrados de saúde, afirma a necessidade de haver investimento

maior e mais efetivo nos sistemas e serviços de saúde, especialmente na América Latina, buscando maior integração, e em busca de um modelo de atenção mais acessível e integral (OPAS, 2008).

Com base nessa afirmação, a Organização realiza uma série de publicações voltadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde e da rede integrada de serviços, tomando como base do sistema a APS como estratégia universalizante e ordenadora.

A OPAS adota a seguinte definição de RAS, modificada de Shortell (OPAS, 2008, p. 25):

As Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

A definição apresentada acima será adotada ao longo do texto, quando houver referência a RAS.

A construção da RAS está pautada em um desenho bem delimitado, não sendo ela apenas o conjunto dos dispositivos do território. Sendo assim, os sistemas de saúde de base universal e integral se estruturam com base neste desenho, o qual tem por objetivo a integração do sistema e a otimização da atenção, com o intuito de evitar sobrecarga nos serviços, garantindo a qualidade da atenção.

Os sistemas de saúde, tal como foram conduzidos em alguns países da América Latina, são levados à fragmentação, como pontuam Levcovitz e Costa-Couto (2018, p. 103-104), considerando que:

A estrutura física da prestação de serviços se desenvolveu por décadas de forma autônoma e paralela em cada um desses subsistemas – e até mesmo dentro deles –, sem integração territorial ou operacional, complementariedade ou mecanismos formais de coordenação de cuidados, referência e contrarreferência.

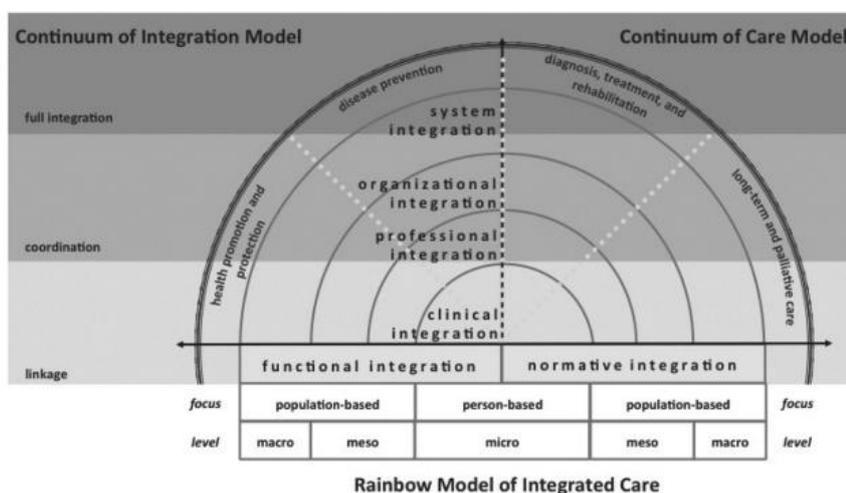
Como explicitam Vianna *et al.* (2018), no Brasil houve a escolha de organizar a assistência à saúde, operacionalizada pela RAS, visando a construção de um sistema integrado de saúde, através da instituição do SUS. Sendo assim, a RAS é organizativa do sistema, que levaria à integração e superação da fragmentação.

A OPAS (2008) pontua que a fragmentação do sistema de saúde afeta diretamente seu desempenho, e identifica as causas da fragmentação dos sistemas de saúde na América Latina como sendo: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização dos serviços de saúde, que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focados em doenças/enfermidades, riscos e populações específicas; a separação de serviços de saúde pública e serviços assistenciais; o modelo de atenção centrado na doença, no cuidado às condições agudas e no manejo hospitalar; a fragilidade da capacidade gestora da autoridade de saúde; problemas na quantidade, qualidade e distribuição dos recursos; e as culturas organizacionais pouco afeitas à integração.

Estudo de Celedón (2016) discutiu que a fragmentação em alguns países da América Latina tem causas comuns, como a segmentação institucional dos sistemas de saúde, a descentralização de serviços de saúde e programas voltados a populações ou doenças específicas. Mesmo com as reformas dos anos 80 e 90, não se conseguiu superar a histórica fragmentação, pois mesmo com a adoção de mudanças de modelos, a articulação e a sinergia de funções ainda foram deixadas de lado.

No sentido da fragmentação *versus* integração, chega-se ao *Rainbow Model of Integrated Care* (RMIC), apresentado por Bautista *et al.* (2016), a qual compreende uma análise e interpretação do cuidado integrado. Possibilita, assim, uma visão geral dos tipos de integração da OMS, na ótica de suas diferentes dimensões (PETERSON *et al.*, 2019).

Figura 2 - *Rainbow Model of Integrated Care* (RMIC)



Fonte: BAUTISTA *et al.*, 2016.

No sentido da fragmentação dos sistemas de saúde, Kuschnir (2014) aponta como causas de âmbito interno e externo ao sistema de saúde:

- a segmentação do sistema de saúde;
- a descentralização, que leva à fragmentação dos níveis de atenção;
- o predomínio dos programas voltados para enfermidade, riscos e populações específicas;
- a separação entre a atenção individual e os serviços de saúde pública;
- o modelo de atenção centrado na enfermidade, no cuidado agudo e no manejo intra-hospitalar;
- a fragilidade na capacidade de condução da autoridade sanitária;
- os problemas de quantidade, qualidade e distribuição de recursos; e
- as culturas organizacionais contrárias à integração.

Sendo assim, ao longo dos anos de discussão e produção de estudos sobre o sistema de saúde do Brasil, e sobre o modelo de atenção de redes regionalizadas, são apontados percalços no caminho para a consolidação do SUS que ainda persistem. A fragmentação do sistema é multifacetada e parece ser um grande e permanente desafio na consolidação do SUS e na efetiva organização de RAS.

Há necessidade de se incorporar, a essas discussões, um olhar ampliado para o âmbito da política nas diferentes conjunturas do país, bem como do subfinanciamento, do sucateamento e desmonte do sistema de saúde.

No entanto, outro ponto de destaque que precisa vir ao encontro da discussão da RAS é o da autoridade sanitária. Como bem apontam Kuschnir e Chorny (2010), ao destacarem que, segundo o Informe Dawson, a gestão do sistema, dos serviços de saúde, precisa estar sob uma mesma coordenação, ou seja, sob uma mesma autoridade sanitária de saúde em cada área (região), de modo a se comportar de forma coordenada com mecanismos de referência entre níveis, sistemas de informação e transportes definidos.

Considerando que a organização da RAS deve se dar de forma regionalizada, que o Brasil é um país com três esferas de governo e múltiplos provedores, como se dará a constituição do sistema? A quem caberia essa autoridade sanitária regional, como apontado por Dawson?

## 4.2 Atributos das Redes de Atenção à Saúde

As RAS, de acordo com a OPAS (2008), possuem diferentes arranjos organizativos e, para que possam dar conta das necessidades de saúde de uma dada população, requerem atributos essenciais, para que sua organização baseada na APS tenha adequado funcionamento. A seguir, são descritos os 13 atributos propostos pela OPAS:

1. População/território definidos sob sua responsabilidade e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde.
2. Extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em patologias, riscos e populações específicas e os serviços pessoais e de saúde pública.
3. Um primeiro nível de atenção que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população.
4. Prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados, os quais acontecerão preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do *continuum* de serviços de saúde.
6. Cuidado da saúde focado na pessoa, na família e na comunidade.
7. Um sistema de governança único para toda a rede.
8. Ampla participação social.
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.
11. Sistema de informação integrado, que se vincula a todos os membros da rede.
12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.
13. Ação intersetorial ampla e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

Ainda de acordo com a OPAS, os atributos se definem como:

- **Atributo 1** - a base da definição da RAS, a qual rege a distribuição da oferta de serviços no sistema de saúde, sendo que o território e a população definidos irão orientar a necessidade de recursos e oferta de serviços, bem como a integração e o alinhamento da prestação de serviços, da governança e gestão do sistema;

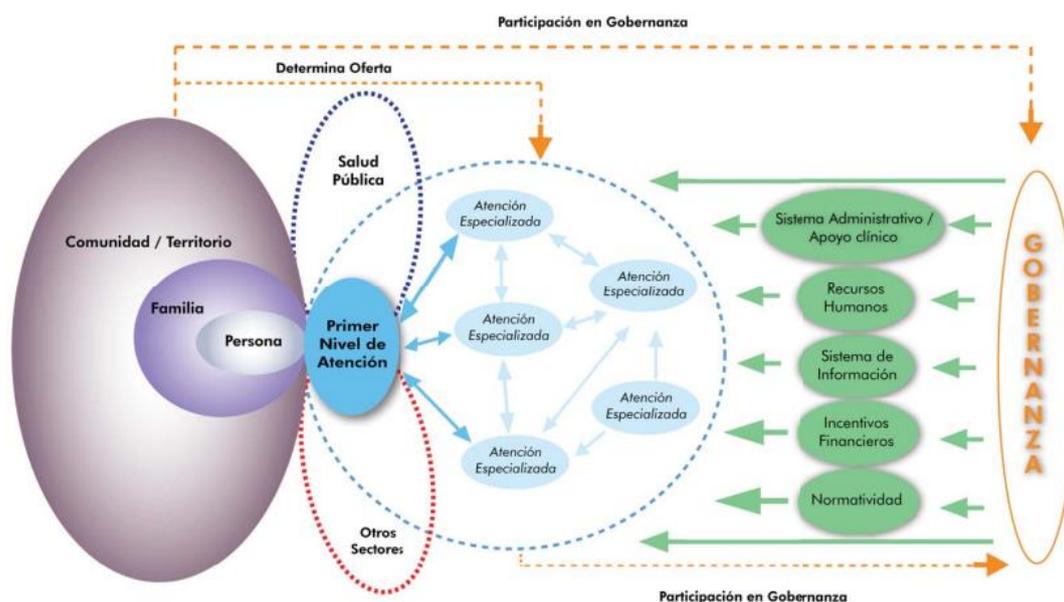
- **Atributo 2** – todos os níveis de atenção estão sob um único guarda-chuva organizacional, tendo como ideal manter tamanhos populacionais de referência que permitam suprir as necessidades de saúde;
- **Atributo 3** - garante o acesso equitativo, para suprir as necessidades ao longo do tempo e em todos os ciclos vitais, e realiza um rol importante de ações para a coordenação do contínuo de serviços e do fluxo de informações.
- **Atributo 4** – oferta de serviços de saúde em substituição à internação hospitalar, de modo mais adequado, atentando para critérios demográficos e epidemiológicos, de equidade, eficiência e custo-efetividade.
- **Atributo 5** - necessários de acordo com cada situação em particular, podendo ser de três maneiras: a provisão em paralelo, gestão de caso e a co-provisão.
- **Atributo 6** – prover o cuidado centrado na pessoa de forma holística, com processo de decisão clínica compartilhado.
- **Atributo 7** – o controle, a estrutura, a composição e o funcionamento, de maneira participativa.
- **Atributo 8** - ampla participação social.
- **Atributo 9** – dependem do tamanho e do nível de complexidade, podendo buscar novos desenhos organizacionais, se centram mais no apoio clínico, de insumos e medicamentos.
- **Atributo 10** – recursos mais importantes da rede, pois traduzem diretamente a disponibilidade de cuidados e serviços apropriados.
- **Atributo 11** – deve prover variedade de dados, mantendo todas as unidades vinculadas ao sistema de informação; é a base estratégica da RAS.
- **Atributo 12** – sistema de incentivos e prestação de contas, envolvendo cada unidade.

- **Atributo 13** – vinculação com outros setores para enfrentamento de determinantes mais estratégicos.

Kuschnir e Chorny (2010, p. 2.314) apontam que, na discussão da RAS, entre os atributos que remetem à proposta de Dawson estão:

[...] população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura de toda a população, porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede.

Figura 3 - Representação dos atributos da RAS



Fonte: OPAS, 2008.

Na representação dos atributos proposta pela OPAS, é possível visualizar a complexidade das inter-relações entre os níveis de atenção e diferentes campos do sistema de saúde, facilitados, no entanto, pelos fluxos bem estabelecidos.

## 5 A COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

### 5.1 A coordenação assistencial que queremos: definições

A coordenação assistencial, tal como descrita pela OPAS (2008), é o desafio da RAS para gerir múltiplas enfermidades crônicas e complexas, que cruzam o contínuo de serviços e que requerem diferentes tratamentos. Não existe uma combinação ideal de mecanismos, pois estes dependem de cada situação em particular e do grau de incerteza, especialização e interdependência das tarefas. Tal definição tem sido foco de amplo debate, conforme apontam Schultz *et al.* (2013) após análise da literatura em que não havia um consenso sobre a definição do conceito de coordenação assistencial.

O grau de dificuldade em discutir esse atributo é grande, o que pode ser observado em estudo de Armitage *et al.* (2009), o qual aponta que na literatura não há uma definição precisa relacionada à integração, sendo encontrados mais de 70 termos ou frases e 175 definições.

Partindo desse cenário, não há uma definição mais correta sobre coordenação assistencial, porém há uma maior afinidade por um conceito ou outro, por fazer mais sentido dentro da discussão que se propõe e dentro do sistema de saúde no qual se estuda tal atributo. Os conceitos apresentados abaixo buscam localizar a definição de coordenação assistencial através de diferentes aspectos, sejam eles de serviços em sistemas fragmentados ou em sistemas integrados.

A OPAS pontua as diferenças encontradas no âmbito da coordenação assistencial em diferentes sistemas de saúde, onde se observa que em sistemas fragmentados não há coordenação.

Quadro 1 - Avaliação dos atributos conforme sistema de saúde

Atributos	Nível de progressão dos atributos que compõem as Redes Integradas de Serviços de Saúde		
	I	II	III
	Sistema fragmentado	Sistema parcialmente integrado	Sistema integrado
População / Território	Nenhuma população/território no comando	População/território responsável pelo ninho de desafio, mas com pouco conhecimento de suas necessidades e preferências de saúde	População/território responsável por definições e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências de saúde, que determinam a prestação de serviços do sistema
Oferta de serviços de saúde	Muito limitado e restrito ao 1º nível de cuidado	Ampla gama de estabelecimentos e serviços, mas sob diferentes dependências organizacionais que operam independentemente uns dos outros	Uma ampla oferta de unidades e serviços de saúde, tudo sob um único guarda-chuva organizacional
Primeiro nível de atenção	Predominância de programas verticais que funcionam de forma desintegrada	Atua em teoria como uma porta de entrada para o sistema, mas com capacidade de resolução muito baixa e integração de serviços	Atua de fato como porta de entrada para o sistema, integra e coordena o cuidado, e resolve a maioria das necessidades de saúde da população.
Atenção especializada	Acesso não regulamentado a especialistas e predominância do cuidado especializado em meio ambiente hospitalar	Acesso regulamentado a atendimento especializado, mas predominantemente hospitalar	Prestação de serviços especializados no local mais adequado, que são preferencialmente prestados em ambientes extra-hospitalares
Mecanismos de coordenação assistencial	Não há coordenação de cuidados	Existência de mecanismos de coordenação assistencial, mas que não cobrem todo o espectro de serviços	Existência de mecanismos de coordenação assistencial em todo o continuum assistencial de saúde
Tipo de cuidado	Focado em doenças	Centrados em indivíduos	Centrado na pessoa, na família e na comunidade/território
Governança do sistema	Nenhuma função de governança clara	Múltiplas instâncias de governança que trabalham de forma independente dos outros. As instâncias de participação são limitadas	Um sistema único e participativo de governança para todo o RISS

Atributos	Nível de progressão dos atributos que compõem as Redes Integradas de Serviços de Saúde		
	I	II	III
	Sistema fragmentado	Sistema parcialmente integrado	Sistema integrado
Gestão do sistema	Gestão administrativa fraca	Gestão administrativa integrada, mas nenhuma integração de sistemas de suporte clínico	Gestão integrada de sistemas administrativos e de suporte clínico
Recursos humanos	Insuficiente para as necessidades do sistema	Recursos humanos suficientes, mas com habilidades em termos de habilidades técnicas e compromisso com o sistema	Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema
Sistema de informação	Nenhum sistema de informação	Múltiplos sistemas que não se comunicam entre si	Sistema de informações integrado que vincula todos os membros do RISS
Financiamento	Insuficiente e descontínuo	Financiamento adequado, mas com incentivos financeiros não alinhados	Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema como um todo
Vínculo com outros setores	Sem ligações com outros setores	Há vínculos com outros setores sociais	Ampla ação intersectorial, além dos setores sociais

Fonte: OPAS, 2008.

Terraza Núñez *et al.* (2006) destacam-se ao afirmar que, quando a coordenação alcança seu potencial máximo, a atenção à saúde é considerada integrada. O estudo de Lima Junior (2016) pontua que os sistemas de saúde fragmentados têm buscado implementar reformas pró-coordenação, sobretudo aquelas orientadas pela APS.

É compreensível a confusão na qual se pode, no Brasil, interpretar o termo “coordenação assistencial”, pois não foi um atributo de rede intrínseco ao processo de construção do sistema de saúde nos anos 1980/90.

Para fins deste estudo, adotaremos a definição de coordenação assistencial empregada pela OPAS, mais especificamente da vertente proposta pelo grupo de Vázquez Navarrete e Terraza Núñez, que, por sua vez, baseou sua definição em diversos outros autores de relevância sobre o tema, como Starfield, Goldman, Yang e Shortell. Assim, coordenação assistencial se define como “acordo de todos os serviços relacionados à assistência à saúde, independentemente do lugar onde sejam recebidos, de maneira que se sincronizem e alcancem um objetivo comum sem produzir conflitos” (TERRAZA NÚÑEZ, 2004).

No quadro abaixo, são apontadas algumas definições presentes nos estudos do CSSC. Percebe-se a diversidade de elementos que foram sendo modificados ao longo dos anos em relação ao conceito, como a percepção do paciente, a integração de provedores, a conexão entre profissionais e serviços, a atenção sincronizada, a coerência e união, e a perspectiva dos provedores.

Quadro 2 - Conceitos de Coordenação Assistencial nos estudos do Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC)

<b>Autor</b>	<b>Definição</b>
Mesquida Pons, 2004	A pactuação dos serviços necessários ao atendimento ao paciente em todo o continuum do cuidado, cujo grau máximo implica a integração do cuidado e cuja percepção por parte do paciente implica na continuidade do cuidado.
Núñez, 2004 Waibel, 2010 Areiza, 2013	A coordenação do cuidado é definida como a conexão dos diferentes serviços necessários para atender o paciente em todo o continuum do cuidado, de modo que estejam sincronizados e um objetivo comum seja alcançado sem causar conflitos.
Lorenzo, 2005 Rico, 2013	Conectar o cuidado que um paciente recebe de várias fontes de provisão; coordenação das diferentes atividades necessárias ao atendimento ao paciente em todo o contínuo de atenção - atenção primária, hospitalar e social; concentra-se na interação entre fornecedores.
Beltrán-Troncoso, 2006	Grau de vinculação de profissionais e serviços, necessário para atender o paciente em todo o continuum do atendimento de forma sincronizada e com um objetivo comum.
Martínez, 2007 Gusmão, 2008	A coordenação assistencial é a articulação de todos os serviços relacionados à assistência à saúde, independentemente de onde sejam recebidos, para que sejam sincronizados e um objetivo comum seja alcançado sem gerar conflitos.
Ruiz, 2008 Aller, 2014	A coordenação do cuidado é a concertação de todos os serviços relacionados com a saúde, independentemente do local onde são recebidos, para que se harmonizem e se alcance um objetivo comum sem conflito, e centra-se na interação entre fornecedores.
Domènech, 2011,	É o grau de coerência e unidade das vivências no cuidado que o paciente percebe ao longo do tempo.
Areiza, 2013	A coordenação do cuidado é a conexão dos serviços necessários para atender o paciente de forma que se harmonizem e se alcance um objetivo comum sem conflito.
Celedón, 2016	A concordância de todos os serviços relacionados ao atendimento ao paciente, independentemente de onde sejam recebidos, para que sejam harmonizados e um objetivo comum seja alcançado.
Guarin, 2019	A coordenação de cuidados é a conexão harmoniosa dos diferentes serviços necessários para prestar cuidados a um paciente ao longo do continuum de cuidados, a fim de alcançar um objetivo comum sem conflitos.
Tiburcio Lara, 2020	A coordenação do cuidado é definida na perspectiva dos prestadores de saúde, como o acordo de todos os serviços relacionados à atenção à saúde, independentemente do local onde são recebidos, para que sejam harmonizados e um objetivo comum seja alcançado sem que ocorram conflitos.

Fonte: A AUTORA, 2022, com base em CSSC.

Assim, para melhor situar o conceito de coordenação assistencial, é possível recorrer a uma classificação, a exemplo do que propõe Vargas (2015):

- Administrativa, como sendo a coordenação administrativa ou a coordenação do acesso do paciente através da continuidade dos serviços, de acordo com suas necessidades, ponderando ser o aspecto menos frequentemente conceitualizado nos estudos;

- Gestão Clínica, como sendo coordenação de gestão clínica ou a prestação de cuidados de forma sequencial e complementar;

- Informação, como sendo a coordenação da informação ou transferência e uso das informações clínicas do paciente necessárias para coordenar as atividades entre os provedores.

O estudo de Céledon (2016) complementa a definição de Vargas (2015), colocando dimensões e atributos aos tipos de coordenação assistencial, conforme tabela abaixo, e define que:

- A coordenação administrativa se relaciona com os circuitos administrativos em que o paciente transita para obter a atenção à saúde, como a regulação dos fluxos assistenciais entre os níveis para consultas, exames, urgência e hospitalização.

- A coordenação da gestão clínica como a provisão da atenção dentro de um plano de atenção realizado por diferentes níveis de atenção e de serviços que participam do cuidado, sendo a coordenação do cuidado entre os profissionais e os serviços que intervêm no cuidado, compreende três dimensões: o seguimento adequado do paciente entre os níveis quando existir transição entre os níveis, o acesso aos níveis de atenção segundo critérios clínicos, e a consistência da atenção com a existência de objetivos comuns de tratamento entre os profissionais dos diferentes níveis ou especialidades.

- A coordenação da informação compreende duas dimensões: a transferência de informação e a utilização da informação.

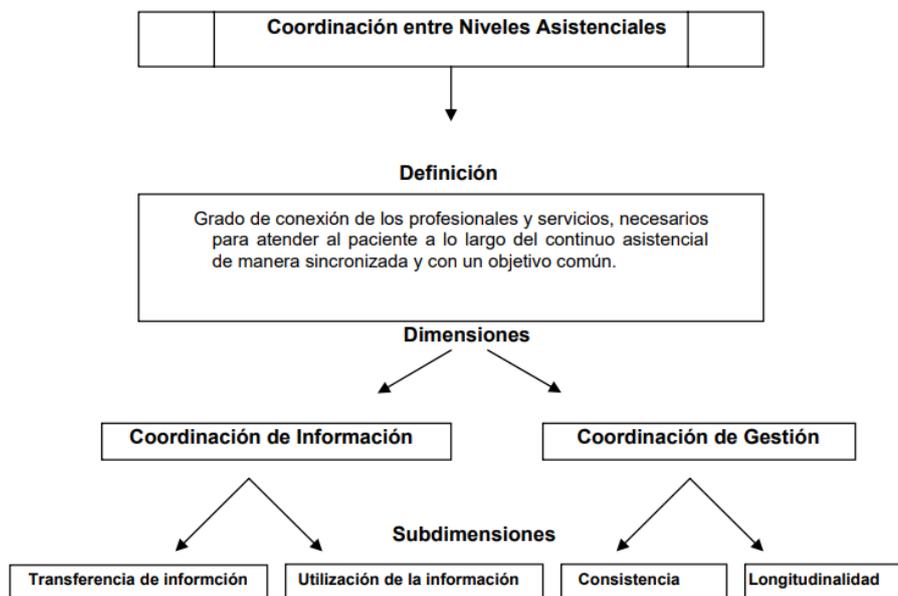
Quadro 3 - Tipos de coordenação assistencial, dimensões e atributos

Tipos	Dimensões	Atributos
Coordenação da informação	Transferência de informações clínicas e biopsicossociais	Disponibilidade de mecanismos apropriados para a transferência de informações
		Acesso ágil e oportuno à informação
		Conteúdo de informações apropriado
		Registro adequado de informações por profissionais
	Uso das informações	Consulta das informações transferidas
		Incorporação na prática clínica das informações transferidas
Coordenação da gestão clínica	Acompanhamento adequado do paciente	Existência de um oficial de acompanhamento clínico
		Evidência de comunicação oportuna com o responsável clínico para o acompanhamento
		Consulta de acompanhamento oportuna após a transferência
	Acessibilidade entre níveis	Provisão de cuidados ininterruptos
	Coerência de atenção	Existência de objetivos clínicos, testes e tratamentos compartilhados
		Reconciliação de tratamentos
		Adequação clínica da transferência do paciente
Sem duplicação de exames, consultas, medicamentos		
Coordenação administrativa	Circuitos administrativos estabelecidos	Existência de mecanismos de coordenação administrativa
		Referência administrativa do paciente à unidade apropriada
	Gestão de acesso	Agendamento prévio da consulta, teste, etc.

Fonte: CELEDÓN, 2016.

Silva Sousa (2017) explicitam que, na coordenação administrativa, destacam-se subdimensões, sendo elas a referência administrativa do paciente à unidade adequada e a programação prévia do atendimento na transição entre níveis. Já Beltrán-Trancoso (2006) corroboram que, nas dimensões da coordenação assistencial, existem dois mecanismos básicos, que são a programação e a retroalimentação.

Figura 4 - Definição operativa da coordenação entre níveis assistenciais



Fonte: BELTRÁN-TRANCOSO, 2006.

Diversos podem ser os mecanismos utilizados na coordenação assistencial e dependerão do tipo de coordenação, como apontado pela OPAS (2008), com base em Vásquez.

Quadro 4 - Modelos e instrumentos de Coordenação Assistencial

Organização de saúde entre os níveis de cuidado	Provisão paralela	Divisão clara entre profissionais sem colaboração significativa
	Gerente de consulta	Um nível atua como um gerente do paciente e o resto aconselha ou realiza uma intervenção específica
	Co-provisão	Responsabilidade compartilhada na resolução de um problema
Instrumentos de coordenação assistencial	Atividades de padronização	Programas de Treinamento
	Padronização de processos e resultados	Diretrizes de Prática Clínica, Mapas de cuidados, trajetórias clínicas ou protocolos
	Adaptação mútua	Sistemas de informação verticais, Grupos interdisciplinares, Estruturas matriciais

Fonte: VAZQUEZ NAVARRETE, 2005 apud OPAS, 2008.

Em estudo apresentado por Terraza Núñez (2006), é proposta tanto uma sistematização de seus instrumentos de medida, baseados em Minstzberg (1988) e Galbraith (1973), quanto uma aferição para avaliar os instrumentos.

Tabela 3 - Sistematização dos Instrumentos de Coordenação Assistencial

Mecanismo teórico de coordenação			Instrumentos utilizados pelos serviços de saúde
Padronização dos processos de trabalho Normalização das habilidades do trabalhador Padronização dos resultados do trabalho	Comunicação informal Dispositivos de ligação	Post de ligação	Diretrizes de prática clínica compartilhada Mapas de cuidados ou trajetórias clínicas
		Grupos de trabalho	Sistema de especialistas Treinamento contínuo Padronização dos resultados Telefone, e-mail, reuniões informais etc. Profissional de ligação internível Grupos multidisciplinares Grupos interdisciplinares Grupos transdisciplinar
Adaptação mútua		Comitês permanentes gestores integrais	Comitê de gestão internível Diretor de cuidados, diretor de escopo transversal
		Estruturas matriciais	-
	Sistemas de informação vertical		Sistemas integrados de informação (sistema de registro único, sistemas informatizados de orientação de decisões clínicas, sistema de informações de análise de resultados)

Fonte: TERRAZA NÚÑEZ *et al.*, 2006.

Nesta medida, Vázquez Navarrete *et al.* (2014) apontam que, aos instrumentos elencados na figura acima, soma-se a gestão de casos, que difere

da gestão de doenças; um sistema estruturado de informações clínicas, que conecte provedores e pacientes; e mecanismos de pagamento que favoreçam a integração da rede, como o pagamento por capitação, que conte com monitoramento de metas.

Outro ponto é destacado por Meneu de Guillerna (2005), que sinaliza a carência na mensuração de resultados que sejam relevantes para avaliar os objetivos da coordenação. O autor aponta para as tecnologias de integração com instrumentos, como os programas de gestão de enfermidades e os de gestão de casos, como potencialidades para a coordenação assistencial. Para além de potencialidades, o autor argumenta que vastos são os enfrentamentos necessários para que se possa alcançar melhor integração do sistema de saúde.

Por outra ótica, grupos de pesquisa dos Estados Unidos, na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, e na perspectiva da redução de custos em saúde, trazem discussões sobre a coordenação assistencial denominada “*care coordination*”.

A coordenação assistencial nesses grupos pode ter definição similar, ocupando a mesma colocação de uma importante ação para integralidade do cuidado, centrado no paciente, no *continuum* do serviço de saúde.

McDonald (2014, p. 6) coloca como definição:

[...] a organização de atividades de cuidado ao paciente entre dois ou mais participantes (incluindo o paciente) envolvidos no cuidado para facilitar a prestação adequada de serviços de saúde. A organização do atendimento envolve a organização de pessoal e outros recursos necessários para realizar todas as atividades de atendimento ao paciente e é gerenciada frequentemente pela troca de informações entre os participantes responsáveis por diferentes aspectos do atendimento.

Sendo assim, McDonald (2014) propõe mecanismos para alcançar a coordenação assistencial, com base em domínios, para que se possa alcançar as metas de coordenação.

Quadro 5 - Mecanismos de coordenação assistencial

ATIVIDADES DE COORDENAÇÃO
Estabelecer responsabilidade ou negociar responsabilidade Comunicar Facilitar transições Avaliar necessidades e metas Crie um Plano Proativo de Cuidados Monitore, Acompanhe e Responda à mudança Apoie metas de autogestão Link para recursos comunitários Alinhar recursos com as necessidades do paciente e da população
ABORDAGENS AMPLAS
Trabalho em equipe focado na coordenação Casa de Saúde Gestão de Cuidados Gestão de Medicamentos Coordenação habilitada para TI em saúde

Fonte: MCDONALD *et al.*, 2014.

Sendo assim, Peterson *et al.* (2019) colocam que a coordenação assistencial é crucial para evitar riscos do cuidado fragmentado, pois a falta de organização, de cooperação e de compartilhamento de informações entre pacientes e provedores pode comprometer a eficácia, a segurança e a eficiência do cuidado prestado.

O estudo de Thomas *et al.* (2018) propõe mecanismos de coordenação e de integração que são necessários para alcançar a coordenação assistencial, podendo ser utilizado em diferentes contextos, pois relacionam mecanismos da estrutura a processos, que são: *accountability* relacionado sobre quem é responsável pela atividade, capacidade de prever relacionado à compreensão de quais e quando as tarefas devem ocorrer, e entendimento comum relacionado à perspectiva do processo como um todo.

Tabela 4 - Condições integradoras para coordenação e suas relações com os mecanismos de coordenação (continua)

Mecanismos (estrutura)	Condições de integração (resultados)		
	Responsabilidade	Previsibilidade	Previsibilidade
Planos e regras	Definir responsabilidades para tarefas	Definir responsabilidades para tarefas Alocação de recursos	Desenvolvimento de acordo
Objetos e representação	Scaffolding	Scaffolding	Informações diretas compartilhamento

Tabela 4 - Condições integradoras para coordenação e suas relações com os mecanismos de coordenação (final)

	Reconhecimento e alinhamento trabalho		Criando um comum Perspectiva
Papéis	Monitoramento e atualização		Substituição
Rotinas	Trabalho de <i>handoff</i>	Conclusão da tarefa/ estabilidade	Criando um comum perspectiva Reunindo grupos
Proximidade	Visibilidade: monitoramento e atualização Familiaridade: desenvolvimento de confiança	Familiaridade: desenvolvimento de confiança	Desenvolvimento de acordo Familiaridade: loja de conhecimento

Fonte: THOMAS *et al*, 2018.

Terraza Núñez (2004) coloca que o cuidado é considerado totalmente integrado quando o grau máximo de coordenação é realizado no sistema de saúde. Aponta que a continuidade do cuidado é o resultado da coordenação assistencial, na perspectiva do paciente, quando este percebe o nível de coerência e união das experiências de cuidado vivenciadas ao longo do tempo, percebendo que o cuidado foi coordenado.

Por outra perspectiva, a autora aponta que os sistemas de saúde oferecem poucos incentivos para que ocorra a coordenação assistencial entre os níveis de atenção à saúde, sendo observado com pouco compartilhamento, como o uso de matriciamento na atenção primária e de decisões conjuntas entre a atenção especializada e a atenção primária, levando os níveis a se comportarem como compartimentos que por vezes têm objetivos conflitantes. Sendo assim, coloca as principais causas e consequências da ausência da coordenação assistencial no sistema de saúde, conforme o quadro a seguir.

Quadro 6 - Principais causas e consequências da ausência da coordenação

CAUSAS DA FALTA DE COORDENAÇÃO			CONSEQUÊNCIAS DA AUSÊNCIA DE COORDENAÇÃO
Fatores do Sistema	Médicos	Pacientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Diferentes objetivos em PA e AE</li> <li>· Acesso limitado a AP</li> <li>· Testes complementares</li> <li>· Estruturas diferentes organizações</li> <li>· Estruturas hierárquicas diferentes</li> <li>· Unidades de gestão diferentes</li> <li>· Falta de estímulo e motivação profissional</li> <li>· Mau planejamento no acesso a serviços de saúde</li> <li>· Retenção do paciente em circuitos hospitalares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Desconhecimento mútua entre os níveis</li> <li>· Ausência de protocolos e guias de prática clínica</li> <li>· Negligência mútua entre os níveis</li> <li>· Desconfiança de AP por AE</li> <li>· Sentindo-se residual e obsoleto do que só a ciência existe em um nível</li> <li>· Sem canais de comunicação eficaz entre os níveis</li> <li>· Informações clínicas escassas sobre o mesmo paciente</li> <li>· Nenhuma consciência de corresponsabilidade na utilização de recursos</li> <li>· Falta de comunicação e diálogo</li> <li>· Falta de unificação de critérios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Uso inadequado de serviços de emergência</li> <li>· Massificação da demanda assistencial = pressão assistencial crescentes</li> <li>· Idealização da tecnologia do hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Disfunções</li> <li>· Ineficiência na gestão de recursos</li> <li>· Diminuição da qualidade do atendimento prestado</li> <li>· Encaminhamentos inadequados</li> <li>· Fragmentação do sistema de saúde</li> <li>· Listas de espera para encaminhamento ao especialista</li> <li>· Perda de continuidade na prestação de serviços</li> <li>· Falta de acompanhamento de pacientes internados</li> <li>· Falta de visão global do paciente</li> <li>· Injustiça</li> <li>· Duplicação de testes</li> </ul>

Fonte: TERRAZA NÚÑEZ, 2004.

Celedón (2016) conclui que três tipos de fatores influenciam na coordenação assistencial entre níveis:

- os relacionados às características do sistema de saúde, como a presença de elementos do mercado que estimulam a competição no lugar da colaboração;
- os organizativos, como a existência de mecanismos que facilitam a coordenação entre níveis de atenção, como o intercâmbio de informações e cuidado colaborativo;
- e os relacionados com os profissionais, como a formação de habilidades adequadas dos profissionais para incentivar a coordenação.

Estudos de Waibel (2015), Celedón (2016) e Areiza (2016) apontam que, no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, é um desafio explorar estratégias

eficazes para melhoria da coordenação assistencial entre níveis de atenção. Essas estratégias são categorizadas pelos autores em diferentes níveis dentro de um sistema de saúde, a saber: no nível micro, com estratégias implementadas por profissionais e gestores; meso, com planos estratégicos e integração funcional dos serviços; e macro, com políticas de saúde de equidade no acesso de eficiência e continuidade, mecanismos regulatórios para melhorar a coordenação nas redes de atenção à saúde, incluindo questões relacionadas aos recursos, como o pagamento por capitação. Waibel (2015) coloca que os melhores resultados são aqueles resultantes da implementação simultânea de estratégias em todos os níveis.

Areiza (2016) complementa ainda que há elementos no âmbito interno das RAS que são críticos e influenciam na coordenação assistencial: a presença de um governo com papel estratégico e visão global da organização, visão compartilhada dos objetivos e estratégias através da RAS, estrutura orgânica com mecanismos de coordenação fortalecendo a comunicação entre os serviços, a cultura comum do trabalho em equipe, um sistema de recursos que incentiva a cooperação, e um modelo de atenção com estabelecimento de papéis e mecanismos de coordenação adequados entre os níveis.

Em recente estudo, Landazábal (2020) encontrou que o aumento da concomitância de pacientes em situações crônicas, múltiplas comorbidades e o envelhecimento fazem com que seja cada vez mais necessário um alto grau de articulação entre os níveis de atenção, entre a APS e atenção especializada (AE), devendo ser um objetivo prioritário dos sistemas de saúde.

O que surge nos achados anteriores aqui apresentados é sintetizado por Kuschnir (2014, p. 131), que coloca que é necessário:

[...] compreender a diferenciação entre os três grupos principais de mecanismos [que compõem a coordenação assistencial] – os voltados à gestão de pacientes, à gestão da atenção/cuidado e à gestão da informação – e os requisitos para sua aplicação.

Nesse sentido, os aspectos precisam ser avaliados e que possam indicar pontos de melhorias, os quais levem à integração dos serviços de saúde no SUS, diminuindo a fragmentação do sistema, precisam ser conhecidos, compondo a avaliação da rede de Atenção à Saúde.

## 5.2 A coordenação assistencial pela Atenção Primária à Saúde

A APS, endossada pela Declaração de Alma-Ata (1978), foi o modelo escolhido para contrapor a ideia do modelo centrado na doença, levando à reformulação de políticas públicas e à reorganização de sistemas de saúde, de acordo com Paim (2012).

Nesse sentido, Calnan, Hutten e Tiljak (2010) apontam que a posição central e forte da APS gera múltiplas implicações para a coordenação, pois se há presença da APS, ela fica responsável por ser a porta de entrada do sistema, orientar as necessidades, prestar informações, ter uma efetiva comunicação com o restante da rede e orientar os fluxos. Apontam, ainda, que mecanismos organizacionais de condução são imprescindíveis para que haja coordenação assistencial, aliada ao fortalecimento da APS.

O pressuposto de que a APS exerce o papel de coordenação das RAS necessita de estudos que evidenciem de que forma isto ocorre, pois quais seriam os instrumentos organizacionais previstos no SUS com esta finalidade? Embora estudos nacionais abordem o tema, seus achados não se mostram robustos o suficiente para identificar estes instrumentos e corroborar tal pressuposto. Nossa hipótese é que, em realidade, tais instrumentos de fato não estão disponíveis no SUS. Por esta razão, não é possível dissociar a discussão da coordenação assistencial das práticas da APS na perspectiva de redes.

De acordo com Aguiar (1998), o modelo “Saúde da Família” foi uma escolha política governamental que se propunha a ser uma mudança do modelo assistencial, ora praticado, no SUS, sem alteração dos seus princípios e diretrizes constitutivas.

No Brasil, a produção de estudos sobre coordenação assistencial remete majoritariamente a análises com base na APS, sendo os termos mais frequentes “coordenação do cuidado” e “coordenação entre níveis”. Verificou-se na pesquisa bibliográfica nacional a falta de precisão dos conceitos, sendo tratados de forma indistinta os termos “coordenação do cuidado”, “continuidade assistencial” e “coordenação assistencial”. Em relação à integração entre níveis, são mais comuns estudos que abordam a relação entre a APS e a atenção especializada em saúde, mais precisamente, entre o primeiro nível de atenção e o segundo nível de atenção.

Retomando as definições de coordenação assistencial, que foram agregando, ao longo do tempo, diferentes perspectivas de avaliação, na experiência brasileira o estudo de Batista de Souza (2014) demonstrou que, na percepção do usuário, não há mecanismos de coordenação assistencial. Já o estudo de Silva Sousa *et al.* (2017) aponta que os Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família (NASFs) têm potencial para auxiliar as equipes de APS na coordenação assistencial, considerando a proposta de “matriciamento”, isto é, de construção compartilhada por diferentes profissionais para definição da melhor intervenção terapêutica para determinado paciente. Já Lima Junior (2016) explicita que o prontuário eletrônico, presente em algumas unidades, estaria potencializando a coordenação assistencial a partir da informação compartilhada, facilitando a integração da rede. Entretanto, Medeiros (2013) pondera que a existência do prontuário eletrônico, por si só, não é suficiente, pois encontrou em seu estudo o preenchimento inadequado, bem como pouca valorização do prontuário eletrônico para identificar a condição de saúde do paciente e para ser utilizado na tomada de decisão da conduta mais adequada.

O estudo de Medeiros (2013) aborda a perspectiva de pequenos municípios, na avaliação dos atributos descritos pela OPAS, evidenciando a inexistência de mecanismos de coordenação assistencial. Já Almeida *et al.* (2019) propõem em seu estudo avaliar a RAS à luz de seus atributos, identificando potencialidades na coordenação assistencial e seus mecanismos com a vinculação de usuários, porém sem uma completa articulação com os demais níveis.

Bispo Junior e Moreira (2018) encontraram inexistência de um processo de acompanhamento do usuário a partir das necessidades e inexistência de espaços institucionalizados que promovam a discussão de casos e a coordenação clínica. Enquanto Pereira (2018), em análise comparada Brasil-Espanha, identificou que, na Espanha, no campo das políticas de descentralização e regionalização, foi incorporado o objetivo da coordenação assistencial.

Na revisão de literatura, foi possível observar que os estudos no Brasil enfocaram não a coordenação assistencial como um todo, com seus componentes, mas, em sua maioria, a gestão da clínica. Estão de voltados, ainda, para a avaliação da APS como coordenadora do cuidado. No campo da

gestão da clínica, temos o caso de estudos de Souza (2014), Medeiros (2013), Ferreira (2014), Lopes e Ribeiro (2017). Enquanto no campo voltado para a APS como coordenadora do cuidado, temos o caso de estudos de Almeida e Giovanella (2016), Santos (2013) e Dias (2012).

Terraza Núñez (2004), em seu estudo, aponta que as diferenças nos modelos assistenciais dos sistemas de saúde dizem respeito a como se articulam os níveis assistenciais. A autora encontrou que países que possuem a atenção primária como base do sistema de saúde dotam o sistema de um incentivo à equidade, pois ele está centrado em tratar as necessidades de saúde da população e na eficácia. Delega-se o cuidado ao nível assistencial mais preparado para tal e na eficiência, pois os serviços estão organizados em níveis mais apropriados para o cuidado. A autora encontrou que o sistema espanhol se estrutura para que as equipes de atenção primária desenvolvem suas atividades em estreita colaboração funcional e técnica com os serviços especializados de outros níveis de atenção. Tem, assim, a coordenação assistencial implementada de forma orgânica no sistema, o que facilita sua execução.

A partir desses estudos, podem ser traçados balizamentos e desafios a serem enfrentados na discussão sobre coordenação assistencial, em particular no tocante à APS. No SUS, esta carece de maior precisão operacional do seu papel na rede, como ocorre com demais pontos de atenção, para que se possam evidenciar os espaços institucionais promotores da coordenação assistencial no sistema de saúde.

## 6 ENTENDENDO A COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS COMO COMPONENTE DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

Com os capítulos anteriores, compreendemos que o conceito de coordenação assistencial é polissêmico, reforçando o achado de Armitage, Suter, Oelke e Adair (2009), que encontraram 175 definições diferentes para o termo.

Nesta dissertação, foi considerado o conceito dado por Terraza Núñez (2004), a qual define que a coordenação assistencial é: “o acordo de todos os serviços relacionados à assistência à saúde, independente do lugar onde sejam recebidos, de maneira que se sincronizem e alcancem um objetivo comum sem produzir conflitos”.

Complementar ao conceito de Terraza Núñez, Vargas (2015) classificou a coordenação assistencial em três campos: coordenação administrativa, coordenação de gestão da clínica e coordenação da informação. Torna-se importante compreender que os três tipos de coordenação citados compõem, de forma inter-relacionada, a coordenação assistencial.

Para que a coordenação ocorra, há necessidade de se estabelecer mecanismos institucionais. Segundo Kuschnir (2014), esses mecanismos podem ser da ordem dos processos assistenciais propriamente ditos ou estarem relacionados diretamente com os modelos de organização e gestão.

Compreende-se a coordenação administrativa como sendo a coordenação entre os níveis de atenção, sendo o componente que diz respeito ao campo da estruturação do sistema de saúde. Está relacionado, assim, com as redes de atenção à saúde, com o acesso e percurso do indivíduo no *continuum* dos serviços de saúde, para que se alcance o cuidado integral.

É nesse campo que se encontram os mecanismos relacionados com o modelo de organização e gestão, que Kuschnir (2014) classifica como os não clínicos ou dirigidos à gestão de pacientes, à coordenação entre unidades e níveis assistenciais, compreendendo os processos de planejamento integrado e de definição de fluxos assistenciais.

Isso é corroborado por Céledon (2016) como a gestão das filas de espera e a programação. Tais mecanismos traduzem os circuitos administrativos e o

ordenamento do acesso, com estabelecimento prévio de referências e a maneira pela qual se acessam essas referências, pelos diversos serviços de saúde.

Neneu de Guillerna (2006) afirma que se torna importante compreender os problemas da falta de coordenação e integração entre os níveis assistenciais, para que seja possível visualizar a fragmentação das consultas, o insuficiente e superficial uso dos registros clínicos [quando houver] e dos sistemas de informação, a duplicação de exames e procedimentos diagnósticos, a elevada hospitalização através dos serviços de urgência e emergência, o elevado número de pacientes oncológicos diagnosticados nos serviços de urgência e emergência, e a falta de coordenação nos serviços de cuidados paliativos, a falta de coordenação nos serviços voltados a pacientes com condições crônicas, bem como transferência, aos familiares, de ações que são afins à gestão de casos.

Tais achados corroboram a necessidade de implementar mecanismos estruturantes ao sistema de saúde, apontando que as condições crônicas são as mais impactadas com a falta de coordenação. Nesse sentido, esse campo se relaciona com o grupo de indivíduos com uma condição comum, a exemplo da diabetes ou da doença pulmonar obstrutiva crônica.

A coordenação de gestão da clínica tem relação com os indivíduos. Pode ser traduzida como o cuidado em si e o manejo clínico daquela condição daquele indivíduo específico, pelos profissionais que o cercam, de forma sequencial, complementar e integrada. É nesse campo que se encontram os mecanismos da ordem dos processos assistenciais propriamente ditos, que Kuschnir (2014) coloca como sendo os clínicos ou dirigidos à gestão da atenção/do cuidado, de um mesmo paciente, compreendendo o campo da gestão da clínica, como os guias de prática clínica, protocolos e prontuário compartilhado.

Nesse campo, Neneu de Guillerna (2006) aponta ferramentas como os programas de gestão de casos, a qual se localiza no campo do microssistema, relacionando-se ao indivíduo, em que a autonomia profissional, a harmonia dos objetivos comuns e competências profissionais no manejo do caso se tornam variáveis críticas de sucesso.

Para que seja possível a integração, há alguns mecanismos que foram apresentados nos capítulos anteriores. Destaca-se, entretanto, que para seu sucesso há dependência desse campo da coordenação assistencial com outro campo, o da coordenação de gestão da informação. Vale destacar que a gestão

da informação por si só não resolve a coordenação de gestão da clínica, e menos ainda a administrativa.

É nesse campo que se encontram mecanismos como a gestão de casos, a definição de responsável clínico de seguimento e o cuidado sem interrupções (CÉLEDON, 2016).

Importante destacar que, segundo Kuschnir (2014, p. 143):

Esta é uma diferenciação importante, já que a utilização de instrumentos de gestão clínica, como protocolos e guias clínicos, não resolve problemas derivados da falta de planejamento, da oferta descoordenada e insuficiente de serviços ou da ausência de fluxos assistenciais definidos e institucionalizados.

Nesse sentido, embora os componentes da coordenação assistencial estejam entrelaçados e interdependentes, sua diferenciação é de suma importância para localizar as responsabilidades quanto à oferta de mecanismos e ferramentas de coordenação assistencial. Ambos carecem de institucionalização, embora um esteja no nível estrutural, e outro no âmbito da gestão.

## 7 A AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

Nos capítulos anteriores, foi possível identificar os desafios de discutir o conceito de coordenação assistencial e o de operacionalizar seus instrumentos. Assim, na perspectiva da avaliação da coordenação assistencial, este estudo se aventura pela identificação de instrumentos adequados para sua mensuração.

Entende-se que os termos “coordenação assistencial”, “coordenação do cuidado” e “integração ou articulação entre níveis” são termos intercambiáveis para fins de busca na literatura (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013). Sendo assim, na busca na literatura dos estudos que avaliam a coordenação assistencial, levou-se em consideração essa intercambialidade.

No tocante à avaliação, a prática de avaliar ou medir na área da saúde, de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997), significa fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, para auxiliar na tomada de decisão, podendo ser esse julgamento reflexo da avaliação normativa (aplicação de critérios e normas) ou reflexo de uma pesquisa avaliativa (científica). Sendo assim, avaliar a coordenação assistencial se traduz por empregar o julgamento de valor sobre a intervenção – coordenação assistencial – com base na avaliação normativa – critérios para avaliar a intervenção.

Alguns autores se debruçaram sobre a identificação de quais são os instrumentos de avaliação da coordenação assistencial registrados na literatura científica, como Uijen *et al.* (2012), Schultz *et al.* (2013), Schang, Waibel e Thomson (2013), Segal e DuGoff (2014), Thomas *et al.* (2018) e Duan-Poter *et al.* (2020). Tal ação possibilita a identificação da existência ou não da prática de coordenação assistencial, potencializadora da melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população ao longo do *continuum* de serviços de saúde, bem como caminho para superação da fragmentação do sistema.

Uijen *et al.* (2012), Schultz *et al.* (2013), Schang, Waibel e Thomson (2013), Segal e DuGoff (2014), Thomas *et al.* (2018) e Duan-Poter *et al.* (2020) realizaram revisões na literatura sobre mecanismos e instrumentos de mensuração da coordenação assistencial. Os autores de maneira geral realizaram caracterizações para classificar ou fazer uma tipologia da avaliação da coordenação assistencial.

No grupo do CSSC, Terraza Núñez (2004), considerando que a continuidade da assistência é um resultado da coordenação, encontrou que havia poucos índices que permitiam comparar as organizações, sendo mais usual encontrar mecanismos de avaliação de uma mesma organização para avaliar a continuidade ao longo do tempo. Sendo assim, propôs indicadores para a medida da coordenação e da continuidade assistencial, conforme apresentado nos quadros a seguir.

Quadro 7 - Medidas de coordenação assistencial

	Tipo de medição
Medidas de estrutura	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Número médio de protocolos padronizados ou diretrizes de prática clínica de tratamento desenvolvido no nível de serviço</li> <li>· Percentual de protocolos padronizados ou diretrizes de prática clínica de processamento compartilhado com outras unidades operacionais</li> <li>· Percentual de itens de registro médico disponíveis para outras unidades ou compartilhado entre unidades</li> <li>· Tempo necessário para obter informações do histórico médico de outro serviço</li> <li>· Percentual de serviços usando a mesma numeração para todas possíveis circunstâncias</li> <li>· Percentual médio de serviços usando um relatório integrado a um gráfico organizacional orientado a problemas</li> <li>· Adesão de protocolos conjuntos em todo o continuum de cuidado por provedores de AP e AE</li> </ul>
Medidas de processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Evidências de transferência de informações: os médicos da unidade dão umas informações pertinentes aos outros médicos que cuidam do paciente, procure um troca de informações ativas entre outros médicos? É fornecido aos outros médicos um resumo do histórico médico do paciente quando precisar?</li> <li>· Transferência de informações: Existe um mecanismo para transferência informação? (Sim/não)</li> <li>· Percentual médio de utilização de seis avaliação nos serviços. Por exemplo, planejamento de pessoal médico, coleta de mesmos escores de satisfação do paciente</li> <li>· Número médio de programas e instrumentos de avaliação utilizados por cada serviço</li> </ul>
Medidas de resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Duplicidade na prescrição de medicamentos similares: Drogas repetidos AP prescritos e AE / Total de medicamentos prescritos entre PA e AE</li> <li>· Repetição de visitas devido à falta de resultados dos testes solicitados: Número de visitas repetidas por falta de evidências / Número total de consultas de pacientes</li> <li>· Duplicação de testes solicitados por diferentes profissionais: número de duplicado exames solicitados / total de exames solicitados para esse paciente</li> <li>· Continuidade do cuidado</li> </ul>

Fonte: TERRAZA NÚÑEZ, 2004.

Quadro 8 - Medidas de continuidade segundo classificação de Reid *et al.*

Tipo de continuidade	Medida de continuidade
Continuidade de relacionamento	Provedor usual de continuidade UPC Continuidade do Índice de Atenção (COC) Continuidade de fornecedores conhecida (índice K) Probabilidade de continuidade (LICON) Índice de continuidade modificado (MCI) Índice de continuidade modificado (MMCI) Continuidade sequencial (SECON) Índice Alfa CI Continuidade sequencial baseada em pesquisa Afiliação do provedor de pacientes Força da relação Perguntas do estudo sobre o grau de afiliação do provedor de pacientes Percepção de Continuidade Pesquisas de Atenção Primária Escala de continuidade dos serviços de saúde mental de Alberta
Continuidade de informação	Evidência de transferência de informações, grau de conclusão e recopilação Inventário de dados de referência (RDI) Transferência de informações
Continuidade da gestão	Evidência de acompanhamento longitudinal Adesão a protocolos específicos da doença e consistência do cuidado ao longo do tempo Indicador de Continuidade Interepisodium (ICI)

Fonte: TERRAZA NÚÑEZ, 2004.

Nos anos seguintes, em pesquisa no mesmo grupo, Beltrán-Trancoso (2006) afirma que a avaliação da coordenação assistencial se dá tanto entre profissionais dentro de uma mesma unidade quanto entre prestadores de diferentes níveis assistenciais ou organizações, estando o primeiro caso associado ao desfecho ou resultados do paciente (*patients outcomes*). Aponta, ainda, que há diferentes instrumentos com o objetivo de avaliar diferentes aspectos de coordenação entre níveis assistenciais.

Outros grupos de pesquisa foram encontrados, como aquele em que se enquadra o estudo de Uijen *et al.* (2012). Em sua busca por instrumentos que medem a continuidade do cuidado, os autores identificaram que os instrumentos levantados possuíam limitações, seja na aferição das dimensões da continuidade do cuidado ou na qualidade de suas propriedades de medidas. No estudo, categorizam a coordenação assistencial como sendo de três dimensões: o cuidado do mesmo profissional que conhece e acompanha o paciente (continuidade pessoal); a comunicação e cooperação entre os prestadores de cuidados em um ambiente de cuidados (continuidade da equipe); e a

comunicação e cooperação entre os cuidados prestadores de cuidados em diferentes contextos de cuidados (continuidade transfronteiriça). (UIJEN *et al.*, 2012).

A pesquisa de Aller *et al.* (2012), no âmbito do CSSC, identificou que havia esforços para aferir a coordenação assistencial no nível de intervenções específicas, de patologias específicas, com um número reduzido de indicadores, em um único nível de atenção. São escassos os estudos analisando a coordenação entre os níveis e, quando existentes, eram com indicadores para análise a partir de uma condição traçadora, como a doença pulmonar obstrutiva crônica. Os autores apontam que os indicadores deveriam analisar a partir da lógica traçada por Donabedian (1980), com indicadores de análise de estrutura que facilitam a coordenação de processos, mediante a realização de atividades recomendadas e de resultados tanto de coordenação de informação quanto de gestão.

Em relação à construção e uso de indicadores, para Aller *et al.* (2012) a avaliação dos indicadores seguiu os critérios determinados pelo Institute of Medicine (2001) como sendo: 1) a importância da compreensão do fenômeno de interesse; 2) ter solidez científica; e 3) ser factível de obter. Os critérios definidos por Aller *et al.* (2012) são expressos no quadro 9.

Quadro 9 - Características desejáveis dos indicadores (continua)

Nº	Crítérios	Características	Explicação
1	Importância	Impacto no desempenho	Ele se refere a um aspecto relevante da coordenação de cuidados?
		Com significado para os destinatários de Indicadores ( <i>meaningfulness</i> )	São formuladores de políticas, gerentes e/ou pacientes preocupados com esse aspecto do cuidado?
		Suscetibilidade de ser influenciado por o sistema de saúde	O sistema de saúde pode, de forma significativa, abordar esse aspecto ou problema?
2	Solidez científica	Validade	O indicador mede o que ele foi projetado para fazer? Validade aparente
		Fiabilidade ( <i>reliability</i> )	Fornecer ao indicador resultados estáveis em diferentes populações e circunstâncias?
		Explícita base de evidências	Existe uma base de evidências para apoiar o indicador? Validade de conteúdo

Quadro 9 - Características desejáveis dos indicadores (final)

3	Viabilidade ( <i>feasibility</i> )	Evidência de utilização	A medida está sendo usada?
		Disponibilidade de informações nas organizações	É possível coletar as informações necessárias para calcular o indicador em uma quantidade suficiente e em um tempo adequado?
		Custo e ônus de medição adequada	Quanto pode custar para coletar as informações necessárias para calcular o indicador?
		Capacidade do dados e indicador para permitir a análise de subgrupos	A medida pode ser usada para comparar diferentes grupos populacionais ou organizações diferentes?

Fonte: ALLER *et al.*, 2012.

Schang, Waibel e Thomson (2013) apontam que políticas promotoras da coordenação assistencial precisam ser acompanhadas de avaliação de resultados, como parte da mensuração da performance do sistema de saúde. Afirmam, ainda, que a coordenação assistencial se dá em diferentes níveis, o macro, o meso e o micro, cada um responsável por realizar a coordenação assistencial em um contexto. Encontram em seu estudo que a avaliação da coordenação assistencial é comumente relacionada ao nível de cuidado, mais do que no contexto do sistema de saúde, e que diferentes etapas de integração podem ser notadas no *continuum* de serviços. (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013).

No grupo do CSSC, Areiza (2013) encontrou que, na avaliação de desempenho, a análise da estrutura abrange resultados intermediários, como coordenação e continuidade do cuidado e acesso, assim como resultados como a equidade e a eficiência. A autora aponta que a análise passa por identificação de elementos internos e de contexto (do entorno), que pode ser avaliada mediante tanto por uma análise documental quanto por entrevistas com informantes-chave. Assim, a avaliação de desempenho deve incluir a análise da oferta, as características da população, o sistema de alocação de recursos, as múltiplas perspectivas em relação ao governo, os objetivos e estratégias, a estrutura organizacional e o modelo assistencial.

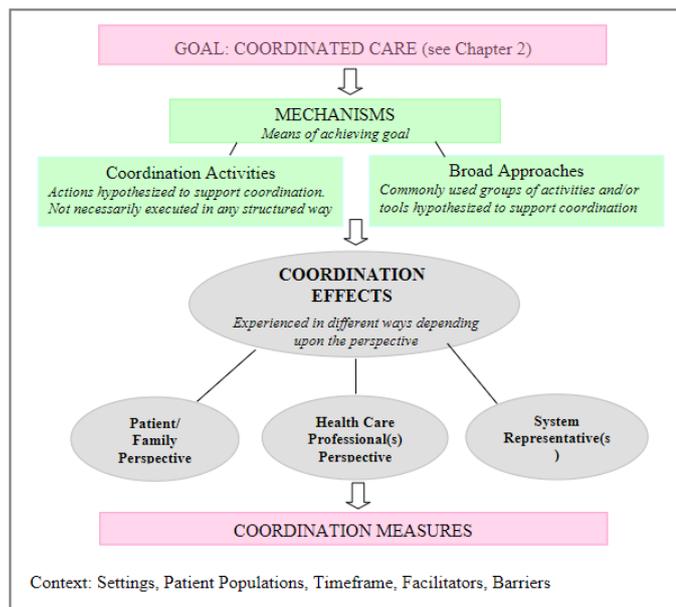
Em outra linha, Schultz *et al.* (2013) apontam que há uma discussão sobre o que constitui a coordenação assistencial, suas bases de evidência e o desenvolvimento de medidas, que são ferramentas de suma importância para

avaliar, guiar e apoiar a compreensão sobre o tema. Os autores citam um estudo datado de 2007, no qual foram identificadas, por meio de revisão sistemática da literatura, 20 formas diferentes ligadas a processos de mensurar a coordenação assistencial, porém sem acesso direto à base do fenômeno observado, evidenciando a complexidade da avaliação.

Schultz *et al.* (2013) evidenciam, ainda, ser um desafio importante para a aferição da coordenação assistencial: o campo da tecnologia da informação, pois ao medir a coordenação assistencial, é observado que a fragmentação do sistema, principalmente em relação à comunicação e sistemas de informação, pode esconder ou isolar as informações em nichos de provedores, em registros e sistemas individualizados. Assim, sem uma interoperabilidade entre os sistemas, haveria dificuldades em coletar dados, haja vista a multiplicidade de sistemas que não se conectam. Tal desafio é apontado pelos autores, que afirmam não ter encontrado exemplos de medidas baseadas em dados de tecnologias de informação em saúde.

Em uma iniciativa de consolidar os instrumentos de avaliação, McDonald *et al.* (2014) destacam que, em seu estudo, houve a delicadeza de tentar separar, ou seja, de distinguir, as avaliações de processos de coordenação de outros processos de cuidado em saúde, considerando que há uma mistura entre os processos logísticos e clínicos. Os autores complementam que a coordenação assistencial é um conceito complexo, interligado com muitos outros conceitos relacionados à qualidade, prestação do cuidado e organização do cuidado, envolvendo o escopo de acesso ao cuidado, continuidade e decisões compartilhadas.

Figura 5 - Diagrama do cenário de medição da coordenação assistencial



Fonte: MCDONALD *et al.*, 2014.

Nesse sentido, no ano de 2014 o grupo de McDonald editou o *Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado*, pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), tendo por objetivo prover uma lista de medidas existentes para a coordenação, com base em duas dimensões – domínio e perspectiva. O autor considera como domínio as atividades e abordagens entendidas como importantes para a realização da coordenação assistencial, enquanto a perspectiva é considerada como sendo a visão do paciente ou familiar, do profissional de saúde, ou de representante do sistema de saúde.

No Atlas, foi identificado como maior obstáculo, no uso de registros eletrônicos de saúde e tecnologias da informação, a baixa interoperabilidade entre os sistemas de informação, tanto para seu uso quanto para a mensuração do processo de coordenação assistencial. O Atlas sugere que, além das pesquisas de opinião com pacientes/familiares, profissionais de saúde e representantes do sistema, também sejam adicionados levantamentos via sistemas de informação que possam medir a coordenação assistencial, pois apontam para a perspectiva do sistema.

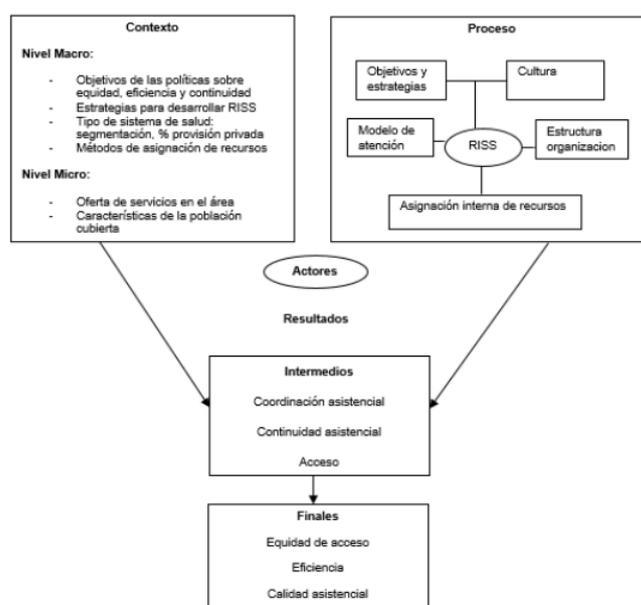
O estudo de Segal e DuGoff (2014) propõe quatro blocos fundamentais para descrever a coordenação do cuidado, sendo eles: (1) atribuição do cuidado a um provedor específico; (2) identificação do provedor principal; (3) identificação da residência médica e da vizinhança médica de um paciente; e (4) descrição

das redes de provedores. A partir desses blocos fundamentais, são traçadas perguntas para avaliação, que podem ser aferidos na lógica do resultado do paciente ou do provedor.

O grupo do CSSC de Vázquez *et al.* (2015) aponta que o mecanismo de coordenação assistencial que tem se mostrado mais efetivo são as sessões clínicas compartilhadas, por meio da colaboração de profissionais de diferentes níveis de cuidado, no sentido de criar espaços de comunicação e compreensão mútua. Os países estudados pelo grupo apontaram que a integração entre o primeiro e o segundo nível é aquela na qual há coordenação mais limitada, sendo reflexo de pouca transferência de informação clínica, encaminhamentos inadequados para a atenção secundária e transferência do acompanhamento para esse nível de atenção, em detrimento do acompanhamento pela atenção primária (VÁZQUEZ *et al.*, 2015).

Baseando-se em Vazquez (2009), Celedón (2016) propõe um marco para análise de RAS que compreende a coordenação assistencial como resultado intermediário do processo de organização da RAS. Da mesma forma, propõe um norte para a avaliação dos resultados de continuidade, coordenação e qualidade, conforme a figura abaixo.

Figura 6 - Marco para análise de Redes Integradas de Serviços de saúde e seu impacto



Fuente: Modificado de Vázquez et al.<sup>5</sup>

Quadro 10 - Avaliação dos resultados de desempenho de redes

Resultados do desempenho	Perspectiva de análise	Técnicas e tipo de resultado que avaliam
Coordenação	Serviços de Saúde	Entrevistas: percepção do impacto da coordenação, opiniões sobre barreiras ou oportunidades na implementação, disponibilidade de mecanismos para transferir as informações de um nível para outro etc. Pesquisas: grau de acesso ao paciente, grau de uso e interpretação da informação etc. Revisão dos registros: grau de adesão às diretrizes de prática clínica, grau de acompanhamento longitudinal do paciente etc.
Continuidade	Pacientes e cuidadores	Entrevistas: experiências do usuário, percepção de continuidade entre os níveis de cuidado etc. Grupos focais: experiências do usuário, barreiras e pontos fortes percebido etc. Pesquisas: experiências do usuário, percepção de continuidade entre os níveis de cuidado
Qualidade	Serviços de saúde e pacientes	Revisão dos registros: relevância do cuidado, adequação do diagnóstico, disponibilidade de recursos, impacto sobre o estado de saúde do paciente etc. Pesquisas: satisfação do usuário, relevância do cuidado etc. Entrevistas individuais e grupos focais: impacto percebido sobre qualidade, percepção de melhoria no estado de saúde atribuível a mecanismo etc. Observação direta

Fonte: CELEDÓN, 2016.

No sentido do cuidado, Pollack *et al.* (2015) apontam ser difícil medir, em larga escala, a coordenação e a comunicação por dados administrativos de diferentes provedores, e para isso foi desenvolvido o termo “densidade do cuidado”, para medir com que frequência um médico compartilha informações sobre seu paciente com outro médico. A densidade de cuidados pode refletir a frequência com que os médicos de determinado paciente colaboram entre si, tendo sido observada alguma associação entre a densidade do cuidado e medidas de conjunto de dados e informações de eficácia em saúde.

Em estudo seguinte, Pollack *et al.* (2016) destacam que medir a coordenação do cuidado se torna importante para determinar quais populações ou áreas clínicas precisam de intervenções, bem como para monitoramento de sua eficácia. É proposto o uso promissor de dados de uso do seguro pelos beneficiários para medir a coordenação ou a fragmentação, seja no nível do provedor ou da prática clínica.

Já Bautista *et al.* (2016) discutem que a ambiguidade do conceito é a chave para aferição das dimensões da integração, bem como o instrumento para aferição é por si só um processo iterativo, o que torna a avaliação mais desafiadora. De acordo com os estudos revistos em sua pesquisa, a coordenação assistencial é entendida como sendo uma combinação de três níveis de integração: integração total; coordenação e *linkage*. Apontam que a triangulação de avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados, aliada à avaliação de resultados clínicos, aumentaria o escopo de avaliação e dos achados (BAUTISTA *et al.*, 2016). Apontam também que nem todos os instrumentos se adequam para todos os sistemas de saúde, pois cada sistema possui sua especificidade (BAUTISTA *et al.*, 2016).

Na busca por instrumentos, Suter *et al.* (2017) concluem que a maior parte dos instrumentos encontrados são questionários, autorrelatados, que mediam a coordenação assistencial, no tocante ao envolvimento do paciente/família e a eficácia da equipe. Colocam como perspectiva a necessidade de indicadores que usem banco de dados administrativos para preencher lacunas que permanecem sem elucidação.

O grupo da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality), nos Estados Unidos, trabalha com indicadores de qualidade de prevenção (PQIs), que identificam questões de acesso ao atendimento ambulatorial, incluindo o acompanhamento adequado após a alta hospitalar. Indicador similar é comumente observado em pesquisas, reforçando a relação da qualidade da atenção com a coordenação assistencial. A AHRQ utiliza dados de altas hospitalares norte-americanas para identificar internações que poderiam ter sido evitadas através do acesso a atendimento ambulatorial de alta qualidade, compreendendo assim a atuação no campo da coordenação assistencial.

Thomas *et al.* (2018) indicam que a coordenação assistencial é reconhecida como um importante componente para prover qualidade no cuidado ao paciente, tornando-se um componente central na provisão de cuidados interprofissionais, justificando a necessidade de aferição desse atributo para a avaliação da integração do sistema de saúde.

Peterson *et al.* (2019) afirmam que, em geral, o gerenciamento de caso e o cuidado multidisciplinar estão envolvidos nas ferramentas da coordenação assistencial, porém os resultados dessas iniciativas por vezes não estão claros.

Em recente estudo, Cruz *et al.* (2022) realizaram uma comparação entre as medidas de aferição dos indicadores do PMAQ-AB, Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado (AHRQ) e pelo documento do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, intitulado “Construindo Cuidados Primários em uma Europa em Mudança”. Os autores identificaram que houve diferença no resultado da aferição da coordenação assistencial dependente do instrumento utilizado (CRUZ *et al.*, 2022). Destacam também que a PCATool (Primary Care Assessment Tool), criada no Centro de Políticas de Atenção Primária Johns Hopkins, foi criada para avaliar os atributos da APS, e no Brasil é a ferramenta mais utilizada para aferição da coordenação (CRUZ *et al.*, 2022).

As formas de avaliação se aplicariam a todos os sistemas de saúde? Cabe ressaltar que a aplicabilidade dos instrumentos depende diretamente da fonte de dados e, logo, da disponibilidade desses dados nos sistemas de informação em saúde. De uma maneira geral, observa-se que a avaliação da coordenação assistencial utiliza como abordagens/fontes de dados os sistemas de informação, os profissionais de saúde e/ou pacientes e familiares, através de levantamento em bancos disponíveis, via entrevista/pesquisa, ou via instrumento/questionário avaliativo do processo.

No quadro do Apêndice A, são apresentados os estudos de revisão analisados, a base da metodologia de avaliação adotada e os indicadores de avaliação utilizados nos trabalhos revistos. E no quadro do Apêndice B, são apresentados os mecanismos/indicadores de avaliação contidos em publicações dos estudos selecionados no âmbito do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha.

Em 2012, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / ENSP/ Fiocruz realizou o Seminário Internacional e Curso de Atualização Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS. Neste seminário foram apresentadas experiências de profissionais do sistema de saúde da comunidade autônoma da Catalunha, parte do Sistema Nacional de Saúde da Espanha, contribuindo para as discussões sobre integração do sistema de saúde. Alguns dos mecanismos/

indicadores citados nas apresentações no Seminário da FIOCRUZ de 2012 com o tema coordenação assistencial são listados no quadro do Apêndice C.

No quadro do Apêndice D, são apresentados os mecanismos/indicadores utilizados nos sistemas nacionais de saúde selecionados – Portugal, Espanha e Inglaterra –, bem como os indicadores utilizados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), e nos Estados Unidos pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) e Autoridade de Saúde de Washington (HCA), já que esses possuem iniciativas no acompanhamento da coordenação assistencial.

A partir dos indicadores apresentados nos estudos selecionados, é possível perceber a diversidade de dados que podem ser colhidos. Pode-se utilizar fontes primárias como prontuários e entrevistas, ou fontes secundárias, por meio de sistemas de informações.

Os trabalhos utilizaram diversas justificativas para uso dos indicadores, mas todos buscam avaliar o grau de coordenação assistencial do sistema de assistência à saúde, com foco na melhoria do resultado da saúde da população.

Considerando os componentes da coordenação assistencial como definidos por Vargas (2015) – coordenação administrativa / entre níveis de atenção, coordenação de gestão da clínica e coordenação da informação –, buscou-se classificar alguns indicadores selecionados com o componente a que se referem (Quadro 15).

A coordenação da informação não foi utilizada nesta classificação, utilizando-se a colocação em que Beltrán-Trancoso (2012) afirma que “o uso da informação é uma subdimensão que, ao incorporar elementos do julgamento clínico, dificulta a avaliação por meio de indicadores”.

Observa-se que dos indicadores selecionados, cinco podem ser claramente identificados como relacionados à coordenação administrativa/ entre níveis, pois se relacionam a estrutura do sistema, sua organização e ao percurso do paciente na RAS, determinando acesso e continuidade.

Outros seis poderiam ser relacionados à gestão de processos clínicos específicos, ao manejo de uma condição específica de saúde. No entanto, não se pode afastar o peso da coordenação administrativa, na medida em que a

equipe clínica pode ter solicitado o exame e dificuldades de acesso tenham impedido sua realização.

E ainda, quatro podem ser classificados como mistos, pois se relacionam com os dois campos, seja o percurso do paciente, seja ao manejo clínico.

Quadro 11 - Análise dos indicadores por componente da coordenação assistencial

<b>Indicador</b>	<b>Classificação do indicador</b>
Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até a primeira consulta na atenção especializada	Coordenação administrativa/ entre níveis
Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até o diagnóstico de câncer	Coordenação administrativa/ entre níveis
Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até o início do tratamento do câncer (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia)	Coordenação administrativa/ entre níveis
Tempo médio de espera para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Coordenação administrativa/ entre níveis
Existência de circuitos de fluxo de pacientes em todas as unidades da rede de serviços de saúde e com outros prestadores de saúde no território	Coordenação administrativa/ entre níveis
Percentual de reinternações por condições crônicas	Misto
Taxa de Admissão por condições sensíveis de tratamento em outros níveis de atenção (complicações de diabetes ou diabetes não controlada, complicações de hipertensão, ICC descompensada, desidratação, pneumonia bacteriana, infecção do trato urinário, asma em adulto)	Misto
Taxa de Admissão de Angina sem Procedimento;	Misto
Percentual de cânceres detectados nos estágios 1 e 2	Misto
Taxa de mortalidade em menores de 75 anos por doenças cardiovasculares	Gestão da clínica
Percentual de Infarto do Miocárdio, derrame e doença renal crônica estágio 5 em pessoas com diabetes	Gestão da clínica
Percentual de teste HbA1c em paciente com Diabetes (18-75 anos)	Gestão da clínica
Percentual de exame oftalmológico em paciente com Diabetes (18-75 anos)	Gestão da clínica
Percentual de triagem de LDL-C em paciente com Diabetes (18-75 anos)	Gestão da clínica
Percentual de rastreio para Nefropatia em paciente com Diabetes (18-75 anos)	Gestão da clínica

Fonte: A AUTORA, 2022.

A aproximação com os indicadores de análise leva a crer que é possível avaliar os diversos componentes da coordenação assistencial por meio de indicadores de resultados.

Importante destacar a separação na análise por componente, considerando que são de campos da gestão da rede como um todo de atuação diferentes. Já o campo da coordenação administrativa/entre níveis perpassa o campo da gestão da rede como um todo, no nível estrutural do sistema, demandando ações de ordenamento de fluxos e acesso ao paciente ao longo dos serviços de saúde, envolvendo a definição de papéis e funções de cada unidade e o planejamento integrado. O componente “gestão da clínica” perpassa o campo da microgestão, exigindo ações que dizem respeito ao manejo clínico, à coerência da atenção e ao seguimento adequado para pacientes específicos, com base em sua necessidade de saúde.

Embora nem sempre seja possível a distinção completa entre os componentes, na medida em que a coordenação resulta de sua interação, em muitos casos pode-se diferenciar o peso maior ou menor de cada componente nos resultados obtidos.

Considerando o levantamento encontrado nas literaturas de revisão e nos achados documentais, pode-se apontar a possibilidade de avaliação institucionalizada da coordenação assistencial.

Com essa mensuração, focando em indicadores de resultados, é possível compreender de forma sistemática os gargalos dos sistemas, corroborando a necessidade de se estruturar RAS nos sistemas de saúde, para que, com a devida coordenação, se possa alcançar maior integração do sistema, melhorando a qualidade da saúde da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a discussão apresentada nesta pesquisa, pode-se concluir que o campo de estudo sobre a avaliação da coordenação assistencial de RAS é uma área promissora. O ponto de partida desta discussão se inicia com a organização de RAS e da compreensão do uso da coordenação assistencial como um atributo imprescindível para a superação da fragmentação estrutural dos sistemas de saúde.

Faz-se necessário situar o conceito de coordenação assistencial escolhido para fins deste estudo, que foi o de autoria do grupo do CSSC, por seu histórico de pesquisas sobre o tema no Sistema de Saúde Espanhol, e mais circunscritamente, ao da Comunidade Autônoma da Catalunha. Nesse grupo, foram caracterizados os componentes da coordenação assistencial como sendo a coordenação administrativa, a gestão da clínica e a coordenação da informação.

Sendo assim, no tocante aos seus componentes, é possível fazer um paralelo com os mecanismos e ferramentas apresentadas, como por exemplo: história clínica compartilhada, gestor de caso, acesso oportuno e o *follow-up*. E ainda, deixar a reflexão se no SUS temos a perspectivas de qual(is) ente(s) ou órgão(ões), ou melhor, qual autoridade sanitária assumiria a atribuição de coordenação assistencial para promover e executar os mecanismos e ferramentas apresentados.

De toda maneira, urge a institucionalização de mecanismos de coordenação assistencial, sobretudo os mecanismos estruturantes do sistema, como no campo da coordenação administrativa / entre níveis assistenciais. Essas indagações não foram superadas pelo presente estudo, mas emanadas das discussões aqui apresentadas.

No que diz respeito aos indicadores utilizados na avaliação, foram encontrados diversos grupos, dos quais se destacam iniciativas como o trabalho de McDonald *et al.* (2014) com o *Atlas de Medidas de Coordenação do Cuidado* editado pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), o documento de trabalho de Aller *et al.* (2012) intitulado *Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención*, pelo Consórcio de Saúde e Social (CSSC) da Catalunha, e artigo trabalho de Schang, Waibel e Thomson (2013) intitulado

*“Measuring care coordination: health system and patient perspectives pelo Main Association of Austrian Social Security Institutions”.*

As três iniciativas de estudos perfizeram o maior rol de indicadores propostas para avaliação da coordenação assistencial.

Adentrando os mecanismos / indicadores propriamente ditos, inúmeras são as possibilidades. Foram mapeados 259 mecanismos / indicadores possíveis de serem utilizados nos diversos sistemas de saúde, listados nos estudos analisados.

No tocante à avaliação dos mecanismos / indicadores por componente da coordenação assistencial, foram listados alguns dos indicadores para fins de exemplificação da correlação entre componente e indicador.

Em relação ao componente coordenação administrativa / entre níveis, um dos mecanismos propostos pelo SUS para a coordenação administrativa é a regulação, porém a regulação não regula o que não há de oferta; ela não garante o acesso, garante um olhar frente à necessidade de saúde do paciente em fila. Por isso, um dos indicadores utilizados em outros sistemas nacionais é a fila de pacientes, o tempo de espera, pois esse caminho seria indicativo de avaliação de acesso, da coordenação entre níveis de atenção, da área da gestão do sistema de saúde.

Percebe-se também que são muito utilizados os mecanismos / indicadores por condições traçadoras, como as condições crônicas. Tal fato é compreensível frente ao envelhecimento da população, e necessidade de melhor manejo com as condições crônicas advindas desse envelhecimento.

Outro campo da coordenação assistencial, o da gestão da clínica, é bastante trabalhado, pois há a avaliação dos indicadores de acompanhamento, intercorrências e admissões hospitalares em pacientes com hipertensão arterial, diabetes, ICC e demais condições cardiológicas, DPOC, entre outros.

O último componente da coordenação assistencial, a coordenação da informação, está intrinsicamente ligado à coordenação da gestão da clínica, pois propicia e otimiza a comunicação entre os serviços, entre os níveis de atenção, com o uso por exemplo de prontuário eletrônico para acesso à história clínica e aos resultados de exames em todos os níveis de atenção. Pode-se inferir, nesse campo, que o uso do prontuário eletrônico único e em rede é primordial para que haja a gestão da clínica.

Assim, a revisão realizada evidenciou que há diferentes instrumentos com objetivos de avaliar diferentes aspectos da coordenação, bem como diferentes perspectivas a serem consideradas, dependendo do nível de gestão que se considera. No entanto, a diferenciação dos componentes da coordenação é fundamental não apenas para compreender os processos estudados, como para elaborar estratégias de intervenção e identificação das diferentes responsabilidades de gestão.

No tocante ao SUS, carece iniciar pela indagação: temos RAS no SUS? Eis um ponto que não foi aprofundado nesta pesquisa, sendo uma perspectiva para pesquisas futuras. Há de se levar em consideração que, para ter RAS, é necessário haver plena organização dos 13 atributos que a compõem, com as responsabilidades bem definidas de cada ente e de cada serviço.

Infere-se que no Brasil não temos de fato RAS, dado o grau de fragmentação que o SUS ainda possui. Podem ser encontradas iniciativas, caminhos, quiçá instrumentos, como o planejamento regional integrado, mas isso não supera a ausência estrutural da rede.

Isso posto, sabemos que é possível avaliar a coordenação assistencial por meio de indicadores. O rol de indicadores pode ser selecionado a partir dos componentes da coordenação assistencial. No entanto, é necessária a discussão aprofundada sobre a disponibilidade de dados nos sistemas de informação do SUS para o cálculo dos indicadores.

Como desafios, temos: a utilização dessa avaliação no SUS, com as perguntas – quando, como e quem irá avaliar? –, a definição da periodicidade de acompanhamento e quais as metas a serem utilizadas para cada indicador.

Sendo assim, finalizamos o presente estudo com os desafios encontrados na avaliação desse atributo da RAS, mas também com o apontamento de limitações da pesquisa, como o não aprofundamento da factibilidade dos indicadores utilizados nos sistemas nacionais analisados para o uso no SUS, que remetem à necessidade de continuação de estudos sobre avaliação da coordenação assistencial no SUS.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. **A “saúde da família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** 1998. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4673> Acesso em: 29 maio 2022.

ALLER, M. B. **La continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios.** 2014. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/22/aller-mb-la-continuidad-entre-niveles-asistenciales-en-diferentes-entornos-sanitarios-tesis-doctoral-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2014](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/22/aller-mb-la-continuidad-entre-niveles-asistenciales-en-diferentes-entornos-sanitarios-tesis-doctoral-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2014) Acesso em: 29 maio 2022.

ALLER, M. B.; VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, H.; CODERCH, J.; CALERO, S.; LLOPART, J. R.; COLOMÉS, L.; FARRÉ, J.; COTS, F.; VARGAS, I. **Indicadores de coordinación 73sistencial entre niveles de atención.** Documento de trabalho. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2012. Disponível em: <http://www.consorci.org/coneixement/categ-de-publicacions/80/indicadores-decoordinacion-asistencial-entre-niveles-documento-de-trabajo>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MARTINS FILHO, M. T.; LIMA, L. D. Redes Regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4539, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-812320182412.25562019. Acesso em: 29 jul. 2021.

AREIZA, A. M. V. **Análisis de la coordinación en diferentes redes de servicios de salud en Cataluña: un estudio de casos.** 2013. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/24/velez-am-analisis-de-la-coordinacion-en-diferentes-redes-de-servicios-de-salud-en-cataluna-un-estudio-de-casos-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2013](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/24/velez-am-analisis-de-la-coordinacion-en-diferentes-redes-de-servicios-de-salud-en-cataluna-un-estudio-de-casos-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2013) Acesso em: 15 mar. 2022.

ARMITAGE, G. D.; SUTER, E.; OELKE, N. D.; ADAIR, C. E. Health systems integration: state of the evidence. Research & theory. **International Journal of Integrated Care**, v. 9, n. 17, jun. 2009. Disponível em: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BAPTISTA, T. W. F. Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil – vinte anos da reforma sanitária. Brasília: MS/SAS-PNUD-**Projeto Nordeste**, 1997.

BATISTA DE SOUZA, L. R. **A continuidade da assistência a mulheres portadoras de Diabetes Mellitus: Estudo em duas redes do estado de Pernambuco.** 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14527> Acesso em: 29 jul. 2021.

BAUTISTA, M. A. C.; NURJONO, M.; LIM, Y. W.; DESSERS, E.; VRIJHOEF, H. J. M. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of

Measurement Properties. **Milbank Q.** v. 94, n. 4, p. 862-917, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12233> Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição** da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 29 jul. 2021.

BELTRÁN-TRONCOCO, P. **Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación.** 2006. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/33/beltran-p-coordinacion-entre-niveles-asistenciales-una-propuesta-para-su-evaluacion-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2006](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/33/beltran-p-coordinacion-entre-niveles-asistenciales-una-propuesta-para-su-evaluacion-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2006) Acesso em: 15 mar. 2022.

BISPO JUNIOR, J.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 28, nº 3. 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280310> Acesso em: 29 jul. 2021.

CALMAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interfaces. p. 135-160. In: SALTMAN, R. B. *et al.* **Atenção Primária Conduzindo Redes de Atenção à Saúde.** 2010. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Série Políticas. [On-line] Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_conduzindo\\_redes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf) Acesso em: 29 jul. 2021.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? Debate. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.12, n.2, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200002>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CATALÁN, A.; SEGÚ, L. Oficina Temática. Política de utilização de medicamentos como instrumento da gestão clínica. **Seminário Internacional e curso de atualização Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS.** 2012. (PDF).

CELEDÓN, P. G. **Impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención en América Latina: Revisión sistemática.** 2016. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/178/garcia-p-impacto-de-los-mecanismos-de-coordinacion-entre-niveles-de-atencion-en-america-latina-revision-sistemica-tesina-de-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2016](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/178/garcia-p-impacto-de-los-mecanismos-de-coordinacion-entre-niveles-de-atencion-en-america-latina-revision-sistemica-tesina-de-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2016) Acesso em: 15 mar. 2022.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *et al.* (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,

1997. p. 29-47. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

CSSC. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Disponível em: [http://www.consorci.org/pt\\_index/](http://www.consorci.org/pt_index/) Acesso em: 16 jul. 2021.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. P. 285-317. *In*: MATTOS, R.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Série Interlocuções. Práticas, experiências e pesquisa em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 509 p. [on-line] Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf> Acesso em: 29 jul. 2021.

CRUZ, M. J. B.; SANTOS, A. F.; MACIEIRA, C.; ABREU, D. M. X.; MACHADO, A. T. G. M.; ANDRADE, E. L. G. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. **Cad Saúde Pública**, v. 38, n. 2, e00088121, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00088121> Acesso em: 15 mar. 2022.

CUNILLERA, R. Arquitetura do Modelo de Atenção: Níveis e Gestão de Processos Assistenciais. **Seminário Internacional e curso de atualização Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS**. 2012. (PDF).

CUNILL, J. A Atenção Sócio-sanitária na Catalunha. **Seminário Internacional e curso de atualização Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS**. 2012. (PDF).

DE PENN, D. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: Organização Pan Americana da Saúde. Publicación Científica nº 93. 1964. (PDF).

DOMÈNECH, J. M. C. **La continuidad asistencial entre niveles de atención: diferencias en la percepción de la población inmigrante y autóctona**. 2011. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_cataleg-de-publicacions/27/colome-jm-la-continuidad-asistencial-entre-niveles-de-atencion-diferencias-en-la-percepcion-de-la-poblacion-inmigrante-y-autoctona-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2011](http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/27/colome-jm-la-continuidad-asistencial-entre-niveles-de-atencion-diferencias-en-la-percepcion-de-la-poblacion-inmigrante-y-autoctona-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2011) Acesso em: 15 mar. 2022.

DUAN-POTER, W.; ULLMAN, K.; MAJESKI, B.; MIAKE-LYE, I.; DIEM, S.; WILT, T. J. **Care Coordination Models and Tools: A Systematic Review and Key Informant Interviews**. Evidence Synthesis Program. Department of Veterans Affairs (US). 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566155/pdf/Bookshelf\\_NBK566155.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566155/pdf/Bookshelf_NBK566155.pdf) Acesso em: 15 mar. 2022.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208p. Disponível

em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

ESPAÑA. **Sistema Nacional de Salud**. Indicadores clave. Disponível em: <http://inclasns.msssi.es/main.html> Acesso em: 3 abr. 2022.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Washington State. HCA. **Health Care Authority**. Healthier Washington Dashboard Documentation. Disponível em: [https://www.hca.wa.gov/assets/hwdashboard/healthier\\_wa\\_dashboard\\_documentation.html#ViewingTheDashboard](https://www.hca.wa.gov/assets/hwdashboard/healthier_wa_dashboard_documentation.html#ViewingTheDashboard) Acesso em: 3 abr. 2022.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. AHRQ. **Agency for Healthcare Research and Quality**. All Indicators Resources. Disponível em: [https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/all\\_measures](https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/all_measures) Acesso em: 3 abr. 2022.

EQUITY-LA. **Impacto na equidade de acesso e a eficiência das redes integradas de serviços de saúde (RISS) na Colômbia e Brasil: Projeto Equity-LA I**. Disponível em: <http://www2.equity-la.eu/> Acesso em: 28 set. 2021.

EQUITY-LA. **Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina: Projeto Equity-LA II**. Disponível em: <http://www.equity-la.eu/pt/index.php> Acesso em: 28 set. 2021.

GRIFELL, E.; FERNÁNDEZ, J. L. Oficina Temática. Instrumentos de Coordenação Clínica e Gestão de Pacientes. **Seminário Internacional e curso de atualização Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS**. 2012. (PDF).

GUARIN, J. M. C. **Barriers of access between care levels: a cross-sectional study in public healthcare networks of Latin America**. 2019. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/177/cabrera-jm-barriers-of-access-between-care-levels-a-cross-sectional-study-in-public-healthcare-networks-of-latin-america-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2019](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/177/cabrera-jm-barriers-of-access-between-care-levels-a-cross-sectional-study-in-public-healthcare-networks-of-latin-america-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2019) Acesso em: 15 mar. 2022.

GUSMÃO, R.C. **La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**. 2008. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/38/castro-r-la-continuidad-asistencial-entre-niveles-asistenciales-en-pacientes-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2008](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/38/castro-r-la-continuidad-asistencial-entre-niveles-asistenciales-en-pacientes-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-epoc-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2008) Acesso em: 15 mar. 2022.

HENAO, D. M. P.; MUÑOZ, R. A. T. Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud. **Semestre Económico**. Colombia, v. 19, n. 40, p. 175-212, jul-sep. 2016. Disponível em: DOI: 10.22395/seec.v19n40a7 Acesso em: 29 jul. 2021.

INGLATERRA. NHS. **National Health Service**. NHS Digital. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mi-network-contract-des/2021-22> Acesso em: 3 abr. 2022.

INGLATERRA. NICE. **National Institute for Health and Care Excellence**. Standards and Indicators. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/index/NationalLibrary/All/4> Acesso em: 3 abr. 2022.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2307-16.2010. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2021.

KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. Sistemas de Saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde. *In*: KUSCHNIR, R (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde: II - Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 93-110 (PDF).

KUSCHNIR, R. As Redes de Atenção à Saúde: histórico, conceitos e atributos. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. *In*: KUSCHNIR, R (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde: II - Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. p. 93-110 (PDF).

KUSCHNIR, R. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. *In*: KUSCHNIR, R (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde: II - Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. p. 131-153 (pdf).

LANDAZÁBAL, Y. D. C. **La coordinación clínica entre niveles asistenciales según los especialistas hospitalarios del sistema sanitario catalán**. 2020. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/184/campaz-d-la-coordinacion-clinica-entre-niveles-asistenciales-segun-los-especialistas-hospitalarios-del-sistema-sanitario-catalan-tesina-de-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra2019](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/184/campaz-d-la-coordinacion-clinica-entre-niveles-asistenciales-segun-los-especialistas-hospitalarios-del-sistema-sanitario-catalan-tesina-de-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra2019) Acesso em: 15 mar. 2021.

LEVCOVITZ, E.; COSTA-COUTO, M. H. **Sistemas de Saúde na América Latina no século XXI**. *In*: NOGUEIRA, R. P. *et al.* (org.). Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises 3. Tendências recentes das políticas sociais na América Latina. Brasília: Nesp/Ceam/UnB - Nethis/Fiocruz. 2018, p. 99-118 (pdf).

LIMA JUNIOR, I. A. **Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de Planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19350/2/ve\\_lvo\\_Aurelio\\_ENSP\\_2016.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19350/2/ve_lvo_Aurelio_ENSP_2016.pdf) Acesso em: 29 jul. 2021.

LLOPART, J. R. **Oficina Temática. Ferramentas de Gestão**. Seminário Internacional e curso de atualização Integração Assistencial em Redes de

Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS. 2012. (PDF).

LOBATO, L. V. C. L.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, Componentes e Dinâmica. *In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120. (PDF).

VARGAS LORENZO, I. **La coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña**. 2005. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_cataleg-de-publicacions/29/vargas-i-la-coordinacion-asistencial-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-en-cataluna-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2005](http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/29/vargas-i-la-coordinacion-asistencial-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-en-cataluna-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2005) Acesso em: 15 mar. 2022.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização: Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 30, n. 88, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17666/308861-82/2015> Acesso em: 06 jul. 2022.

MARTÍNEZ, D. M. H. **La coordinación asistencial desde la perspectiva de directivos y profesionales de las organizaciones sanitarias integradas**. 2007. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_cataleg-de-publicacions/28/henao-d-la-coordinacion-asistencial-desde-la-perspectiva-de-directivos-y-profesionales-de-las-organizaciones-sanitarias-integradas-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2007](http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/28/henao-d-la-coordinacion-asistencial-desde-la-perspectiva-de-directivos-y-profesionales-de-las-organizaciones-sanitarias-integradas-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2007) Acesso em: 15 mar. 2022.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Debate. Interface*, Botucatu, v. 13, supl n. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em: 03 out. 2021.

MCDONALD, K. M.; SCHULTZ, E.; ALBIN, L.; PINEDA, N.; LONHART, J.; SUNDARAM, V.; SMITH-SPANGLER, C.; BRUSTROM, J.; MALCOLM, E.; ROHN, L.; DAVIES, S. **Care Coordination Measures Atlas**. Agency for Healthcare Research and Quality. 2014. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas.html> Acesso em: 15 mar. 2022.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de Atenção em Saúde: o dilema dos pequenos municípios**. Porto Alegre. 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/73013> Acesso em: 29 jul. 2021.

MELO MEDEIROS, A. C. C. **Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de Diabetes Melito Tipo 2 da rede integrada de serviços de saúde (RISS) do Recife-PE**. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10417> Acesso em: 29 jul. 2021.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, out-dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>. Acesso em: 06 jun. 2021.

MENEU DE GUILLERNA, R. Experiencias de integración clínica: equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos. *In*: REGÁS, P. I. **Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance**. V. Ortún Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Masson. Espanha. 2005. p. 1-36.

MENEU DE GUILLERNA, R. Oficina Temática. Integración asistencial y tecnologías de gestión (clínica). **Seminário Internacional e curso de atualização Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde: debatendo a experiência internacional e os desafios do SUS**. 2012. (PDF).

MESQUITA PONS, M. À. **Estudio de dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña: la Corporació de Salut del Maresme i la Selva y el Grup SAGESSA**. 2004. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/31/pons-ma-estudio-de-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-de-cataluna-la-corporacio-de-salut-del-maresme-i-la-selva-y-el-grup-sagessa-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2004](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/31/pons-ma-estudio-de-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-de-cataluna-la-corporacio-de-salut-del-maresme-i-la-selva-y-el-grup-sagessa-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2004) Acesso em: 15 mar. 2022.

MUÑOZ, R. A. T.; HENAO, D. M. P. Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Colombia, v. 17, n. 34. 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.drip> Acesso em: 29 jul. 2021.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Redes integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas**. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2008. (PDF).

OECD. Organisation for Economic Cooperation and Development. **OECD Indicators**. Integrated care. Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/6/14/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&\\_csp\\_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/6/14/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book) Acesso em: 03 abr. 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 29 jul. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 459-491. (PDF).

PETERSON, K.; ANDERSON, J.; BOURNR, D.; CHARNA, M. P.; GORIN, S. S.; HYNES, D. M.; MCDONALD, K. M.; SINGER, S. J.; YANO, E. M. Health Care Coordination Theoretical Frameworks: a Systematic Scoping Review to Increase Their Understanding and Use in Practice. **J Gen Intern Med.**, v. 34, supl n. 1, p. 90-98, mai. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31098976/> Acesso em: 15 mar. 2022.

POLLACK, C. E.; LEMKE, K. W.; ROBERTS, E.; WEINER, J. P. Patient Sharing and Quality of Care Measuring Outcomes of Care Coordination Using Claims Data. **Med Care.**, v. 53, n. 4, p. 317-323, Apr. 2015. Disponível em: [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2015/04000/Patient\\_Sharing\\_and\\_Quality\\_of\\_Care\\_\\_Measuring.5.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2015/04000/Patient_Sharing_and_Quality_of_Care__Measuring.5.aspx) Acesso em: 15 mar. 2022.

POLLACK, C. E.; HUSSEY, P.; RUDIN, R. S.; FOX, D. S.; LAI, J.; SCHNEIDER, E. C. Measuring Care Continuity: A Comparison of Claims-based Methods. **Med Care.**, v. 54, n. 5, p. e30-34, May. 2016. Disponível em: [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2016/05000/Measuring\\_Care\\_Continuity\\_\\_A\\_Comparison\\_of.19.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2016/05000/Measuring_Care_Continuity__A_Comparison_of.19.aspx) Acesso em: 15 mar. 2022.

PORTUGAL. **Serviço nacional de saúde.** Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/> Acesso em: 3 abr. 2022.

RICO, C. O. **Coordinación de la información y gestión clínica entre niveles del paciente con insuficiencia cardiaca en el sistema público de salud de Catalunya.** 2013. [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/25/ortiz-c-coordinacion-de-la-informacion-y-gestion-clinica-entre-niveles-del-paciente-con-insuficiencia-cardiaca-en-el-sistema-publico-de-salud-de-catalunya-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2013](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/25/ortiz-c-coordinacion-de-la-informacion-y-gestion-clinica-entre-niveles-del-paciente-con-insuficiencia-cardiaca-en-el-sistema-publico-de-salud-de-catalunya-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2013) Acesso em: 15 mar. 2022.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>. Acesso em: 28 set. 2021.

RUIZ, M. J. L. **Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios.** 2008. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/37/letelier-mj-diseno-de-un-cuestionario-para-medir-la-continuidad-asistencial-desde-la-perspectiva-de-los-usuarios-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2008](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/37/letelier-mj-diseno-de-un-cuestionario-para-medir-la-continuidad-asistencial-desde-la-perspectiva-de-los-usuarios-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2008) Acesso em: 15 mar. 2022.

SILVA SOUSA, F. O.; ALBUQUERQUE, P. C.; NASCIMENTO, C. M. B.; ALBUQUERQUE, L. C.; LIRA, A. C. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, out-

dez. 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-1104201711507 Acesso em: 29 jul. 2021.

SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination: health system and patient perspectives**. Main Association of Austrian Social Security Institutions. 2013. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/\\_\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_Schang%2C%20L\\_Schang\\_Measuring%20care%20coordination\\_2014.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/__lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Schang%2C%20L_Schang_Measuring%20care%20coordination_2014.pdf) Acesso em: 15 mar. 2022.

SCHULTZ, E. M.; PINEDA, N.; LONHART, J.; DAVIES, S. M.; MCDONALD, K. M. A systematic review of the care coordination measurement landscape. **BMC Health Serv Res**. v. 13, n. 119, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-119> Acesso em: 15 mar. 2022.

SEGAL, J. B.; DUGOFF, E. H. Building blocks for measuring care coordination with claims data. **Popul Health Manag**. v. 17, n. 4, p. 247-252, Aug. 2014. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2013.0082> Acesso em: 15 mar. 2022.

SUTER, E.; OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; STIPHOUT, M.; JANKE, R.; WITT, R. R.; VLIET-BROWN, C. V.; SCHILL, K.; ROSTAMI, M.; HEPP, S., BIRNEY, A.; AL-ROUBAIAI, F.; MARQUES, G. Q. Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. **Int J Integr Care**. v. 17, n. 6, nov 2017. Disponível em: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.3931/> Acesso em: 15 mar. 2022.

TERRAZA NÚÑEZ, R. **Coordinación y continuidad: un marco para el análisis**. 2004. Disponível em: <http://www.consorci.org/media/upload/pdf/publicacions/terraza-nunez-r.-coordinacion-.pdf> Acesso em: 15 mar. 2022.

TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS, I. L.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit.**, v. 20, n. 6, p. 485-95, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1157/13096516> Acesso em: 29 jul. 2021.

THOMAS, C.; SPITZMULLER, C.; AMSPOKER, A. B.; MODI, V.; TRAN, T.; NAIK, A.; WOODARD, L.; AURON, A., HYSOONG, S. A Systematic Literature Review of Instruments to Measure Coordination. **Journal of Healthcare Management**. v. 63, n. 3, May/June 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29734285/> Acesso em: 15 mar. 2022.

TRIBUCIO LARA, G. A. **Cambios en la continuidad de relación con los/las médicos/as de atención primaria y especializada de pacientes con enfermedades crónicas en Latinoamérica (2015-2017)**. 2020. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/185/tiburcio-g-cambios-en-la-continuidad-de-relacion-con-loslas-medicosas-de-atencion-primaria-y-especializada-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-en-](http://www.consorci.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/185/tiburcio-g-cambios-en-la-continuidad-de-relacion-con-loslas-medicosas-de-atencion-primaria-y-especializada-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-en-)

latinoamerica-2015-2017-tesina-de-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra2020 Acesso em: 15 mar. 2022.

TOUATI, N.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; DENIS, J. L.; RODRIGUEZ, R.; SICOTTE, C.; NGUYEN, H. Uma experiência de integração dos atendimentos médicos em uma zona Rural: os desafios da implantação. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [on-line]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 255-275. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415160. Acesso em: 3 out. 2021.

UIJEN, A. A.; HEINST, C. W.; SCHELLEVIS, F. G.; VAN DEN BOSCH, W. J. H. M.; VAN DE LAAR, F. A.; TERWEE, C. B.; SCHERS, H. J. **PLoS One**, v. 7, n. 7, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0042256> Acesso em: 15 mar. 2022.

VARGAS, I. V. 2005. **La coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña**. Disponível em: [http://www.consorcio.org/coneixement/pt\\_categ-de-publicacions/29/vargas-i-la-coordinacion-asistencial-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-en-cataluna-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2005](http://www.consorcio.org/coneixement/pt_categ-de-publicacions/29/vargas-i-la-coordinacion-asistencial-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-en-cataluna-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2005) Acesso em: 15 mar. 2022.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; PAEPE, P., FERREIRA DA SILVA, M. R.; UNGE, J. P.; VÁZQUEZ, M. L. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 213, 2015. Disponível em: DOI: 10.1186/s12913-015-0882-4 Acesso em: 29 jul. 2021.

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L.; VARGAS, I. L.; FARRÉ CALPE, J.; TERRAZA NÚÑEZ, R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Ver. Esp. Salud Pública. Nov-dic. 2005, v. 79, n. 6, p. 633-643. *apud* OPAS. **Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas**, 2008. (PDF).

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L.; LORENZO, I. V.; TOLSA, J. L. S.; KUSCHNIR, R. Coordenação: condicionantes e instrumentos. In: KUSCHNIR, R. (org). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde: II - Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. p. 93-110 (pdf).

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L.; VARGAS, I. L.; UNGER, J. P.; DE PAEPE, P.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; SAMICO, I.; ALBUQUERQUE, P.; EGUIGUREN, P.; CISNEROS, A. I.; ROVERE, M.; BERLOLOTTO, F. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. **BMJ Open**.

v. 5, n. 7, e007037, jul. 2015. Disponível em:  
<https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007037> Acesso em: 15 mar. 2022.

VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBÁÑEZ, N. (orgs.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, 2005, p.15- 57. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4290647/mod\\_resource/content/1/6-%20VIANA.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4290647/mod_resource/content/1/6-%20VIANA.pdf). Acesso em: 6 jun. 2021.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798. 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018 Acesso em: 6 jun. 2021.

WAIBEL, S. **La continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica**. 2010. Disponível em: [http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_cataleg-de-publicacions/40/waibel-s-la-continuidad-entre-niveles-asistenciales-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-de-cataluna-desde-la-perspectiva-de-los-pacientes-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2010](http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/40/waibel-s-la-continuidad-entre-niveles-asistenciales-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-de-cataluna-desde-la-perspectiva-de-los-pacientes-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2010) Acesso em: 15 mar. 2022.

WAIBEL, S. **Continuity of health care across care levels in different healthcare areas in the Catalan national health system: The patient's perspective**. 2015. Disponível em:  
[http://www.consorci.org/coneixement/pt\\_cataleg-de-publicacions/150/waibel-s-continuity-of-health-care-across-care-levels-in-different-healthcare-areas-in-the-catalan-national-health-system-the-patients-perspective-tesis-doctoral-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2016](http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/150/waibel-s-continuity-of-health-care-across-care-levels-in-different-healthcare-areas-in-the-catalan-national-health-system-the-patients-perspective-tesis-doctoral-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2016) Acesso em: 15 mar. 2022.

## ANEXO – Carta de Anuência

31/01/2022 14:15

SEI/ERJ - 27834483 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ  
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ nº 2.361/2021  
Carta em concordância com a Carta nº0212/CONEP/CNS/2010  
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Assessoria de Regionalização vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para que o/a pesquisador/a **Izabela Matos Ribeiro**, da instituição: "**Universidade Estadual do Rio de Janeiro**" para realização da pesquisa intitulada "**Avaliação das Redes de Atenção à Saúde: um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em documentos com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Superintendente de Educação em Saúde  
Carina Pacheco Teixeira  
ID: 5005839

Monique Zita dos Santos Fazzi  
Assessora Chefe de Regionalização  
ID: 4271472-9

Rio de Janeiro, 26 de janeiro de 2022



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 26/01/2022, às 14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Monique Zita dos Santos Fazzi, Assessora Chefe**, em 27/01/2022, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=6](http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6), informando o código verificador **27834483** e o código CRC **9D2B23AF**.

Referência: Processo nº SEI-080001/001391/2022

SEI nº 27834483

Rua México,128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142  
Telefone: - [www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)

## APÊNDICE A – Indicadores utilizados nos estudos levantados

### Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

Autor	Critério de avaliação	Método do estudo	Mecanismos/Indicadores
Schutz <i>et al.</i> , 2013	Perspectiva (paciente/ família, profissional de saúde e representante do sistema) e Domínio (Atividades de coordenação e abordagens potencialmente relacionadas à coordenação do cuidado)	Revisão sistemática da literatura	Não informado, pois focou na avaliação dos instrumentos encontrados que estão contidos no Atlas de mensuração da coordenação assistencial (McDonald <i>et al.</i> , 2014)
Suter <i>et al.</i> , 2017	Princípios-chave na integração do sistema (10)	Revisão de literatura, Delphi	Não informado, pois focou na avaliação dos instrumentos.
Bautista <i>et al.</i> , 2016	Domínios baseados no Rainbow Model for Integrated Care - RMIC (6 dimensões do cuidado integrado: integração clínica, profissional, organizacional, sistêmica, funcional e normativa), no modelo cuidado continuum do Institute of Medicine – IOM, e do modelo de integração no <i>continuum</i>	Revisão de literatura	Não informado, pois focou na avaliação dos instrumentos.
Uijen <i>et al.</i> , 2012	Dimensões da continuidade do cuidado (continuidade pessoal, continuidade de equipe e continuidade de serviços)	Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados do mesmo profissional que conhece e acompanha o paciente</li> <li>- Comunicação e cooperação entre os prestadores de cuidados em um ambiente de cuidados</li> <li>- Comunicação e cooperação entre prestadores de cuidados em diferentes ambientes de cuidados</li> </ul>
Vázquez <i>et al.</i> , 2015	Cuidado compartilhado como elemento que induz a performance da rede integrada de cuidados de saúde	Questionário e grupo focal com gestores, profissionais de saúde e pacientes com DM e DPOC	- Não há indicadores, foi utilizado perguntas do questionário do projeto Equity-LA.

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

Pollack <i>et al.</i> , 2016	Continuidade de cuidado representada em conceitos como: grau de coordenação entre diferentes provedores durante um episódio, concentração do cuidado por um único provedor, e número de entregas de informações necessárias entre provedores.	Dados de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e/ou diabetes mellitus (DM)	- Coeficiente de correlação de Pearson entre 4 medidas de continuidade ao nível do provedor e ao nível de práticas (Bice-Boxerman Continuity of Care Index, Herfindahl Index, Usual Provider of Care, Sequential Continuity Index)
Pollack <i>et al.</i> , 2015	Métricas da qualidade na avaliação e conjuntos de informações de eficácia: - Indicadores de Qualidade da Prevenção (PQIs) - Dados de efetividade e informação em saúde (HEDIS) - Readmissões hospitalares dentro de 30 dias - Densidade do Cuidado	Estudo de coorte usando dados administrativos de 3 seguros de saúde, de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e/ou diabetes mellitus (DM)	Indicadores do PQI (pacientes acima de 40 anos): - Taxa de Admissão de Complicações de Diabetes de Curto Prazo; - Taxa de Admissão de Apêndice Perfurado; - Taxa de Admissão de Complicações de Diabetes a Longo Prazo; - Taxa de Admissão de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); - Taxa de Admissão de Hipertensão; - Taxa de Admissão de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); - Taxa de Admissão de Desidratação; - Taxa de Admissão de Pneumonia Bacteriana; - Taxa de Admissão de Infecção do Trato Urinário; - Taxa de Admissão de Angina sem Procedimento; - Taxa de Admissão de Diabetes Não Controlada; - Taxa de Admissão de Asma Adulto; - Taxa de amputação de membros inferiores entre pacientes com diabetes; Indicadores do HEDIS: - Rastreamento do câncer de mama (42-69 anos); - Rastreamento do câncer de colo de útero (40-64); - Rastreamento do câncer colorretal (51-75 anos); - Teste HbA1c em paciente com Diabetes (18-75 anos); - Exame oftalmológico em paciente com Diabetes (18-75 anos); - Triagem de LDL-C em paciente com Diabetes (18-75 anos). Readmissão em 30 dias. Densidade do cuidado (mede a extensão do "compartilhamento de pacientes" entre os provedores ambulatoriais de um indivíduo. O numerador de densidade de cuidados é a soma de pacientes compartilhados entre cada par de médicos ambulatoriais de um paciente, e o denominador é o número total de pares de médicos ambulatoriais que um paciente visita)

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

Segal e DuGoff, 2014	Componentes chaves para a coordenação do cuidado	Revisão de literatura com especialistas, e arquivos administrativos de pacientes do DM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atribuição do cuidado: provedor primário de um único episódio</li> <li>- Atribuição do prestador de cuidados primários: identificação do provedor</li> <li>- Vizinhança médica: Densidade de provedores em um raio de 30 milhas</li> <li>- Redes de provedores: número de interações médicas que indiquem a centralidade do provedor.</li> </ul>
Peterson <i>et al.</i> , 2019	Categorias do modelo de cuidado crônicos integrados sustentáveis para multimorbidades: entrega, financiamento, desempenho da estrutura (SELFIE)	Revisão sistemática de literatura, outras fontes não bibliográficas, grupo de especialistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há indicadores, foi utilizado mapeamento de contexto, locus e design, dos estudos selecionados.</li> </ul>
Schang, Waibel e Thomson, 2013	Elementos críticos indispensáveis a coordenação assistencial (de informação e administrativa)	Revisão da literatura	<p>Indicadores de estrutura, processo e resultados, com base em registros clínicos e administrativos.</p> <p>Indicadores de estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de unidades que oferecem serviços específicos (para cuidados crônicos, por exemplo, exames aos pés, exames) em relação ao número total de unidades</li> <li>- Número de unidades que oferecem serviços específicos (para cuidados crônicos, por exemplo, exames aos pés, exames) em relação à população total na mesma área geográfica</li> <li>- Capacidade das unidades de saúde para prestar um serviço específico, medida pela presença de itens rastreadores que podem incluir pessoal treinado, diretrizes, equipamentos/suprimentos, diagnóstico capacidade, medicamentos e produtos para cuidados crônicos coordenados</li> <li>- Disponibilidade cumulativa de componentes necessários nas unidades de saúde para fornecer serviços, onde uma pontuação geral para um serviço específico pode ser calculada como o valor ponderado ou média não ponderada de um número de itens em relação ao número total de itens naquele serviço</li> <li>- Disponibilidade de percursos estruturados do paciente que definem quem deve fazer o quê, quando, em qual o prazo, inclusive quando encaminhar o paciente para outro especialista, fisioterapeuta etc</li> <li>- Porcentagem de pacientes elegíveis com um plano de cuidados</li> <li>- Porcentagem de consultórios e hospitais que registram histórico médico, diagnósticos, tratamentos e informações relevantes para o paciente (por exemplo, alergias) para garantir a continuidade das informações ao longo do tempo e entre provedores</li> <li>- Porcentagem de práticas capazes de produzir um registro de pacientes, por exemplo, com diabetes, DPOC, asma</li> </ul>

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade de equipes, por exemplo, compostas por generalistas, enfermeiros, neurologistas, renais para fornecer cuidados complexos a pacientes com diabetes</li> <li>- Porcentagem de médicos que participam regularmente de círculos de qualidade</li> <li>- Porcentagem de pacientes que receberam orientação específica da doença, por exemplo, treinamento sobre como use sprays para DPOC e asma</li> <li>- Porcentagem de consultórios com um sistema implantado para lembrar os pacientes das visitas de acompanhamento</li> </ul> <p>Indicadores de processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção de pacientes que relatam receber os resultados do teste dentro de um período de tempo especificado</li> <li>- Proporção dos resultados dos testes dos pacientes comunicados entre os provedores (por exemplo, com uma carta do hospital para o GP, e vice-versa, ou eletronicamente através do EMR) um prazo específico</li> <li>- Para pacientes com ataque cardíaco, tempo médio para terapia trombolítica ou coronária transluminal percutânea angioplastia (PTCA)</li> <li>- Porcentagem de pacientes que relatam: obter cuidados após o expediente foi um pouco ou muito difícil, uso do serviço de emergência nos últimos 2 anos, consultar um médico ou enfermeiro na última vez que esteve doente (a) em menos de 6 dias (b) após 6 dias ou mais</li> <li>- Porcentagem de pacientes com acesso a um serviço específico ou tipo de provedor (p.praticante, especialista, fisioterapeuta) dentro de um período de tempo especificado, com base em objetivos como garantir: o acesso a um profissional de atenção primária em 24 horas ou a um médico de atenção primária em 48 horas; a espera máxima de quatro horas na emergência desde a chegada até a admissão, transferência ou alta; uma espera máxima de 31 dias para tratamento subsequente onde o tratamento é cirúrgico ou anticancerígeno regime de drogas</li> <li>- Percentual de pacientes que experimentaram falhas no planejamento de alta hospitalar/cirúrgica</li> <li>- Número de atrasos na transferência para outros locais de atendimento (por exemplo, alta hospitalar para casa, assistência social) por razão, por exemplo: aguardando pacote de cuidados em casa própria, aguardando colocação ou disponibilidade residencial, aguardando colocação ou disponibilidade do lar de idosos, aguardando financiamento público, aguardando equipamentos comunitários e adaptação</li> <li>- Porcentagem de adultos cujo provedor pergunta sobre outros medicamentos prescritos</li> <li>- Porcentagem de pacientes em que a medicação apropriada continua a ser prescrita (tomada) após transições entre ambientes (por exemplo, ambulatório e hospital)</li> </ul>
--	--	---

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxas de prescrição de drogas ineficazes, viciantes ou prejudiciais (por exemplo, benzodiazepinas)</li> <li>- Proporção de pacientes que tiveram que contar a mesma história duas vezes/várias vezes para pessoas diferentes (por exemplo, ambulatorial, hospital, cuidados de enfermagem) prestadores.</li> <li>- Proporção de pacientes cujos resultados/registros de exames não estão disponíveis na consulta ou duplicados testes são solicitados.</li> <li>- Proporção de casos em que as principais informações não foram compartilhadas entre os provedores.</li> <li>- Proporção de casos em que o especialista não tinha histórico médico ou médico regular não informado sobre atendimento especializado.</li> <li>- Proporção de pacientes que relataram médico regular parecia desinformado sobre os cuidados hospitalares/cirúrgicos.</li> <li>- Proporção de pacientes que recebem os cuidados recomendados de acordo com as diretrizes clínicas, por exemplo, no caso de diabetes mellitus tipo 2: alta proporção de pacientes que recebem nove processos-chave de cuidados com base na orientação clínica, alta proporção de pacientes com exame oftalmológico anual, alta proporção de pacientes com revisão anual da função renal, alta proporção de pacientes recebendo antiplaquetários no caso de comorbidades macroangiopáticas ou distúrbios secundários.</li> <li>- Envolvimento de equipes de cuidados multidisciplinares ou outras disciplinas de cuidados conforme apropriado, por exemplo, no caso de diabetes melito tipo 2: proporção de pacientes com pé diabético que são co-tratados com uma unidade especializada, proporção de pacientes encaminhados a um oftalmologista para triagem regular de retinopatia.</li> <li>- Porcentagem de pacientes com um prestador de cuidados conhecido/um médico regular ou local de atendimento/fonte habitual de atendimento</li> <li>- Entre os pacientes com necessidades de cuidados complexos que relatam um médico regular ou local de atendimento, porcentagem relatando que médico regular ou local de atendimento: é acessível, conhece-os, ajuda-os a coordenar os cuidados</li> <li>- Percentual de pacientes solicitados a revisar sua lista de medicamentos durante uma visita ao consultório de cuidados primários (por exemplo, para verificar contra-indicações)</li> <li>- Porcentagem de pacientes que relataram que farmacêutico ou médico não revisou prescrições no ano passado</li> <li>- Fornecimento de intervenções-chave de saúde pública na atenção primária, por exemplo, alcance de uma meta (por exemplo, 75%) taxa de vacinação para pacientes com mais de 65 anos.</li> </ul>
--	--	--	---

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

			<p>Indicadores de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção de pacientes com diabetes com valores de HbA1c, pressão arterial, etc. dentro de um determinado (alvo) intervalo</li> <li>- Baixa proporção de pacientes com níveis elevados de HbA1c</li> <li>- Alta proporção de pacientes que atingiram seus níveis de HbA1c individualmente acordados</li> <li>- Entre os pacientes com diabetes, doenças cardíacas e/ou hipertensão que tiveram sua pressão arterial verificado no ano passado, percentual relatando que a pressão arterial foi adequadamente controlada no último tempo verificado</li> <li>- Taxa de admissões hospitalares de emergência de pacientes devido a exacerbações agudas de suas doenças crônicas doença (por exemplo, DPOC, asma, diabetes)</li> <li>- Percentual de pacientes internados no hospital por erros de medicação (por interações, omissões, medicação ineficaz, medicamentos inapropriados (onde o risco de dano excede os benefícios potenciais)</li> <li>- Proporção de pacientes com resultados de saúde que são evitáveis, dado o estado atual do conhecimento médico e acesso a cuidados adequados</li> <li>- Proporção de pacientes diabéticos com amputações menores e maiores</li> <li>- Proporção de pacientes diabéticos que sofrem de insuficiência renal</li> <li>- Proporção de pacientes diabéticos que ficam cegos</li> <li>- Proporção de pacientes que sofreram erros médicos, de medicação ou de laboratório</li> <li>- Porcentagem de pacientes que percebem seus cuidados como bem coordenados</li> <li>- Porcentagem de entrevistados que relatam que médicos ou funcionários do local de atendimento regular, passaram tempo suficiente com eles, foram incentivados a fazer perguntas, explicam as coisas claramente, podem contatá-los para ver como as coisas estão indo, podem ser chamados facilmente para fazer uma pergunta ou obter conselhos, envolvê-los na gestão de cuidados para doentes crônicos</li> </ul>
Thomas <i>et al.</i> , 2018	Classificação baseado no modelo de Okhunysen and Bechky's (2009), com 5 mecanismos (estrutura) sendo relacionados com 3 condições de integração (desfechos); baseado em coordenação de equipe	Revisão sistemática da literatura; observação e não pesquisa; avaliação da coordenação da equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de verificação, para avaliar três condições integradoras contidas no Modelo Okhuysen e Bechky.</li> <li>- Responsabilidade</li> <li>- Fica claro quais membros de nossa equipe são responsáveis pela conclusão de tarefas específicas.</li> <li>- As responsabilidades específicas de cada membro de nossa equipe são transparentes.</li> <li>- A divisão de responsabilidades para completar uma tarefa é clara para todos os membros de nossa equipe.</li> </ul>

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (continua)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os membros da minha equipe são capazes de responsabilizar uns aos outros pelo progresso em tarefas conjuntas.</li> <li>- Estabelecemos claramente quem em nossa equipe é responsável por aspectos específicos de uma tarefa.</li> </ul> <p>Previsibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para qualquer objetivo/projeto/necessidade, existe um conjunto conhecido de tarefas que precisam ser feitas para otimizar o resultado.</li> <li>- Os membros da minha equipe sabem em que ordem as ações precisam ocorrer para otimizar os resultados.</li> <li>- Em geral, nossa equipe conhece os passos necessários para lidar com situações complicadas quando elas surgem.</li> <li>- Para qualquer situação, a sequência de ações necessárias para alcançar os resultados desejados é clara à nossa equipe.</li> <li>- Cada membro da minha equipe entende as etapas necessárias para concluir nossas tarefas.</li> </ul> <p>Entendimento comum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As metas de desempenho de nossa equipe são consistentes com as melhores práticas.</li> <li>- Os objetivos de nossa equipe se alinham aos objetivos da organização.</li> <li>- Os membros de nossa equipe compartilham um objetivo comum quando se trata de fornecer um trabalho de alta qualidade.</li> <li>- Nossa equipe tem uma perspectiva compartilhada de como o trabalho de cada pessoa contribui para o objetivo geral.</li> <li>- Nossa equipe tem um entendimento coletivo das melhores práticas para nosso trabalho</li> </ul>
Mc Donald <i>et al.</i> , 2014	Perspectiva (paciente/ família, profissional de saúde e representante do sistema) e Domínio (Atividades de coordenação e abordagens potencialmente relacionadas à coordenação do cuidado)	Revisão sistemática da literatura e entrevista	<p>Acesso aos cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade de cuidados após o expediente</li> <li>- Acesso a seguro médico</li> <li>- Transporte para locais de atendimento</li> <li>- Capacidade de entender e navegar no sistema de saúde</li> </ul> <p>Continuidade de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Um relacionamento contínuo com um único provedor ao longo do tempo, contínuo familiaridade e confiança</li> </ul>

## Indicadores utilizados nos estudos levantados (final)

			Tomada de decisão compartilhada: - Envolvendo os pacientes em discussões sobre opções de tratamento, combinando o estilo de comunicação com as preferências do paciente
Mc Donald <i>et al.</i> , 2014 Atlas	Dimensões: domínio (atividades e abordagens) e perspectiva (paciente/familiares, profissionais de saúde ou representante do sistema)	Revisão de literatura, analisou 80 questionários	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atendimentos de emergência</li> <li>- Reinternações hospitalares</li> <li>- Admissões hospitalares por doença</li> <li>- Mortalidade</li> <li>- Mortalidade específica por doença</li> <li>- Resultados clínicos de curto prazo (por exemplo, níveis de hemoglobina glicada para pacientes diabéticos)</li> <li>- Estudo funcional (por exemplo, para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva)</li> <li>- Qualidade de vida</li> <li>- Outros resultados do paciente</li> <li>- Número de médicos envolvidos no atendimento</li> <li>- Número de prescritores envolvidos no atendimento</li> <li>- Porcentagem de mudanças em 1 ou mais medicamentos para doenças crônicas que resultaram em uma consulta de acompanhamento em 28 dias</li> <li>- Porcentagem de consultas ambulatoriais perdidas que resultaram em uma consulta de acompanhamento em 28 dias,</li> <li>- Porcentagem de consultas ambulatoriais no mesmo dia que resultaram em uma consulta de acompanhamento em 28 dias.</li> </ul>

Fonte: A AUTORA, 2022.

## APÊNDICE B – Indicadores utilizados nos estudos do CSSC

### Indicadores utilizados nos estudos do CSSC (continua)

Autor	Critério de avaliação	Método do estudo	Mecanismos/Indicadores
Aller <i>et al.</i> , 2012	Indicadores da estrutura, processo e resultado da coordenação do cuidado entre os níveis, sendo que 14 indicadores se referem à coordenação da informação e 17 à gestão	Revisão Bibliográfica	<p>5 indicadores de estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de mecanismo que notifique o médico do CP sobre pacientes internados no hospital</li> <li>- Possibilidade de consultar o relatório de alta hospitalar</li> <li>- Possibilidade de consultar o relatório de emergência</li> <li>- Possibilidade de consultar o curso clínico de EA e PC</li> <li>- Possibilidade de consultar o medicamento ativo prescrito</li> </ul> <p>26 indicadores de processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença do boletim de alta no CP nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar</li> <li>- Tempo médio para que o relatório de alta fique disponível no PC</li> <li>- Presença do relatório de alta no CSS após alta hospitalar em até 24 horas</li> <li>- Tempo médio para que o relatório de alta fique disponível no CSS</li> <li>- Presença do relatório de consulta de emergência no CP em 24 horas</li> <li>- Tempo médio para que o relatório de emergência fique disponível no PC</li> <li>- Relatórios de alta preenchidos corretamente</li> <li>- Relatórios de emergência preenchidos corretamente</li> <li>- Formulário de encaminhamento de PC preenchido corretamente</li> <li>- Consultas de EA não urgentes ou preferenciais (cardiologia, interna) de pacientes com diagnóstico de IC nos quais são solicitados exames realizados há menos de seis meses em CP</li> <li>- Consultas de EA de pacientes com diagnóstico de DPOC em que são solicitados exames de espirometria realizados há menos de seis meses em CP</li> <li>- Altas hospitalares em que é estabelecido contato do hospital com o CP antes da alta do paciente internado por exacerbação grave da DPOC</li> <li>- Altas hospitalares em que foi estabelecido contato entre o hospital e o CP antes da alta do paciente internado por descompensação da IC</li> <li>- Altas hospitalares por exacerbação da DPOC que consultam CP em menos de 72 horas após a alta</li> <li>- Altas hospitalares por exacerbação da DPOC que consultam CP em menos de 72 horas após a alta</li> <li>- Altas hospitalares por exacerbação da DPOC que consultam CP em menos de 72 horas após a alta</li> </ul>

## Indicadores utilizados nos estudos do CSSC (continua)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes diabéticos que iniciaram o tratamento com insulina durante a internação e cujos prontuários de CP mostram que o tratamento foi monitorado na semana após a alta</li> <li>- Pacientes com IC corretamente encaminhados em caráter não urgente do CP ao HC para cardiologia ou medicina interna</li> <li>- Pacientes com DM corretamente encaminhados em caráter não urgente do CP para endocrinologia, nefrologia ou oftalmologia</li> <li>- Pacientes com DM corretamente encaminhados em caráter não urgente do CP para endocrinologia, nefrologia ou oftalmologia</li> <li>- Pacientes com exacerbação de DPOC que foram corretamente encaminhados ao pronto-socorro do CP</li> <li>- Pacientes com IC diagnosticada no último ano que realizaram ecocardiograma como parte do processo diagnóstico</li> <li>- Tempo médio decorrido desde que um paciente com IC é encaminhado sem urgência ou preferencialmente do CP para a cardiologia até ser atendido</li> <li>- Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até a primeira consulta na atenção especializada</li> <li>- Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até o diagnóstico de câncer</li> <li>- Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até o início do tratamento do câncer (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia).</li> </ul> <p>3 indicadores de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Readmissões urgentes por DPOC</li> <li>- Readmissões urgentes por IC</li> <li>- Internações por IC evitáveis</li> </ul>
Beltrán – Trancoso, 2006	17 indicadores adaptados com base na Joint Commission (JCAHCO), para avaliação de estrutura, processos e resultados, aplicados 11 para DPOC	Pesquisa bibliográfica	<p>Cinco medidas de desfecho do NHS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Admissões hospitalares</li> <li>- Uso de serviços de emergência</li> <li>- Tempo de internação</li> <li>- Estado funcional</li> <li>- Custos</li> </ul>

## Indicadores utilizados nos estudos do CSSC (final)

Terraza Núñez, 2014	Indicadores de estrutura (recursos profissionais e organizacionais associados à prestação de cuidados), processo (intervenções realizadas pelo médico durante o atendimento) e resultado (resultados esperados do processo de cuidado)	Pesquisa bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programação e feedback, entre os profissionais de saúde;</li> <li>- Amputações em pacientes com diabetes;</li> <li>- Adesão a protocolos e diretrizes da prática clínica</li> </ul> <p>Medidas de estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade de informações na história clínica para outros prestadores</li> <li>- Existência de mecanismos de normalização do atendimento</li> </ul> <p>Medidas de processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de transferência de informações</li> </ul> <p>Medidas de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efeitos adversos da falta de coordenação: duplicidade de exames, repetição de consultas</li> </ul>
Guarín, 2019	Foco no indivíduo	CCAENA	<p>Questionário abordando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreiras na consulta médica com longo tempo de espera;</li> <li>- Longo tempo de espera para procedimentos e exames.</li> </ul>
Areiza, 2013	Análise de elementos interno e externo que favorecem a CA	Estudo de caso, com pesquisa documental e entrevista com informante chave	<p>Circuitos administrativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de sistema de solicitação de consultas com especialistas da atenção básica</li> <li>- Existência de circuitos de fluxo de pacientes em todas as unidades da rede de serviços de saúde e com outros prestadores de saúde no território.</li> </ul>

Fonte: A AUTORA, 2022.

## APÊNDICE C – Indicadores apresentados no seminário internacional

### Indicadores apresentados no seminário internacional

<b>Autor</b>	<b>Título da apresentação</b>	<b>Mecanismos/Indicadores</b>
Grifell e Fernández, 2012	Instrumentos de Coordenação Clínica e Gestão de Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reinternação por Diabetes mellitus</li> <li>- Reinternação por ICC</li> <li>- Reinternação por enfisema</li> <li>- Reinternação por DPOC</li> <li>- Tempo de permanência</li> </ul>
Catalán e Segú, 2012	Política de utilização de medicamentos como instrumento da gestão clínica	<p>EQA de adultos: 4 atividades preventivas, 12 de controle de doenças crônicas, 3 de gestão de doenças agudas</p> <p>- % de pessoas designadas entre 35 e 74 anos sem nenhum evento cardiovascular e com diagnóstico de hipercolesterolemia com cálculo do RCV no mínimo uma vez desde o diagnóstico / total de pessoas designadas entre 35 e 74 anos sem nenhum evento cardiovascular e com o diagnóstico de hipercolesterolemia esperados.</p>
Cunillera, 2012	Arquitetura do Modelo de Atenção: Níveis e Gestão de Processos Assistenciais	Os resultados de toda a rede de provedores estão monitorizados pelo Departamento de Saúde, e a informação dos diferentes indicadores de toda a rede de centros (SISCAT) está disponível publicamente através da Central de Resultados
Cunill, 2012	A Atenção Sócio-sanitária na Catalunha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Média permanência para pacientes com doença de Alzheimer</li> <li>- Programas de avaliação e intervenção integral reabilitadora em domicílio</li> <li>- Intervenção em fratura de fêmur</li> </ul>
Meneu de Guillerna, 2012	Integración asistencial y tecnologías de gestión (clínica)	<p>Mensuração de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo de permanência no hospital ou em asilos para idosos ou doentes crônicos</li> </ul>
Llopart, 2012	Ferramentas de Gestão	<p>Indicadores de gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altas</li> <li>- Visitas</li> <li>- Permanências médias</li> <li>- Encaminhamentos</li> <li>- Número de urgências</li> </ul>

Fonte: A AUTORA, 2022.

## APÊNDICE D – Levantamento de mecanismos/indicadores de avaliação relacionados à coordenação assistencial

### Levantamento de mecanismos/indicadores de avaliação relacionados à coordenação assistencial (continua)

País	Base da pesquisa	Mecanismos/Indicadores	Fonte de dados
Portugal	SNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reinternamento em 30 dias</li> <li>- Tempos Médios de Resposta no SNS para 1ª Consulta Hospitalar (proveniente dos Cuidados de Saúde Primários)</li> <li>- Cirurgia Programada: número de utentes que se encontram a aguardar consulta, no final do período em análise e número de utentes que se encontram a aguardar por cirurgia programada, no final do período em análise</li> <li>- Cuidados continuados integrados: Nº Lugares de Internamento da RNCCI</li> <li>- Cuidados continuados integrados: Nº Utentes a Aguardar Vaga na RNCCI</li> <li>- Tempos médios de espera para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</li> </ul>	<a href="https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/">https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/</a>
Inglaterra	NHS e NICE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Internações de emergência para condições agudas que normalmente não devem exigir internação hospitalar</li> <li>- Reinternações de emergência no prazo de 30 dias após a alta hospitalar (NHSOF)</li> <li>- Reinternações de emergência no prazo de 30 dias após a alta hospitalar (CCGOIS)</li> <li>- Internação não planejada para condições sensíveis ao cuidado ambulatorial crônico</li> <li>- Hospitalização não planejada para asma, diabetes e epilepsia em menores de 19 anos</li> <li>- Anos potenciais de vida perdidos (PYLL) de causas consideradas favoráveis à saúde</li> <li>- Menores de 75 anos de mortalidade por doenças cardiovasculares</li> <li>- Infarto do Miocárdio, derrame e doença renal crônica estágio 5 em pessoas com diabetes</li> <li>- Sobrevivência de um ano de câncer de mama, pulmão e colorretal</li> <li>- Percentual de cânceres detectados nos estágios 1 e 2</li> <li>- Mortalidade por todas as causas – 12 meses após a primeira internação de emergência no hospital por insuficiência cardíaca em pessoas com 16 anos ou mais</li> <li>- Encaminhamentos para reabilitação cardíaca dentro de 5 dias após a internação por doença cardíaca coronariana</li> <li>- Qualidade de vida relacionada à saúde para pessoas com condições de longo prazo</li> <li>- Proporção de pessoas que estão se sentindo apoiadas para gerenciar sua condição</li> <li>- Hospitalização não planejada para condições sensíveis à assistência ambulatorial crônica</li> <li>- Internação não planejada para asma, diabetes e epilepsia em menores de 19 anos</li> <li>- Complicações associadas ao diabetes</li> <li>- Internações de emergência para condições agudas que normalmente não devem exigir internação hospitalar</li> <li>- Reinternações de emergência dentro de 30 dias após a alta hospitalar</li> <li>- Paciente relatou medidas de desfecho (PROMs) para procedimentos eletivos</li> <li>- Pessoas com AVC que recebem alta hospitalar com plano de saúde e assistência social</li> <li>- Pessoas que têm uma avaliação de acompanhamento entre 4 e 8 meses após a admissão inicial por acidente vascular cerebral.</li> </ul>	<a href="https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/index/NationalLibrary/All/4">https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/index/NationalLibrary/All/4</a>  <a href="https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mi-network-contract-des/2021-22">https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mi-network-contract-des/2021-22</a>

## Levantamento de mecanismos/indicadores de avaliação relacionados à coordenação assistencial (continua)

Espanha	MSSSI	<p>Mortalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalidade prematura por câncer</li> <li>- Mortalidade prematura por cardiopatia isquêmica</li> <li>- Mortalidade prematura por diabetes mellitus</li> <li>- Mortalidade prematura por doença cerebrovascular</li> <li>- Mortalidade prematura por doença crônica do trato respiratório inferior</li> </ul> <p>Acessibilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo de espera para intervenções cirúrgicas não urgentes</li> <li>- Tempo de espera para intervenções de cirurgia geral e digestiva</li> <li>- Tempo de espera intervenções ginecologia</li> <li>- Tempo de espera para intervenções oftalmológicas</li> <li>- Tempo de espera para intervenções otorinológicas</li> <li>- Tempo de espera para intervenções de traumatologia</li> <li>- Tempo de espera para intervenções urológicas</li> <li>- Tempo de espera para intervenções de cirurgia cardíaca</li> <li>- Tempo de espera para intervenções angiológicas e cirurgia vascular</li> <li>- Tempo médio de espera para uma primeira consulta Atendimento Especializado</li> <li>- Consultas de ginecologia em tempo de espera</li> <li>- Tempo de espera para consultas de oftalmologia</li> <li>- Tempos de espera para consultas de Traumatologia</li> <li>- Consulta de dermatologia em tempo de espera</li> <li>- Consultas de tempo de espera otorrina</li> <li>- Tempo de espera para consultas gerais de cirurgia</li> <li>- Consulta de urologia em tempo de espera</li> <li>- Sistema digestivo de consulta de tempo de espera</li> <li>- Consulta de cardiologia por tempo de espera</li> </ul> <p>Pertinência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reinternações</li> <li>- Reinternação após cirurgia agendada</li> <li>- Reinternação pós-infarto</li> <li>- Reinternações psiquiátricas</li> <li>- Reinternações de asma</li> </ul> <p>Segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amputações em Diabetes Mellitus</li> </ul>	<a href="http://inclasns.msssi.es/main.html">http://inclasns.msssi.es/main.html</a>
---------	-------	--	---

## Levantamento de mecanismos/indicadores de avaliação relacionados à coordenação assistencial (continua)

Europa	OECD	<p>Cap. 6 – qualidade e resultados do cuidado: cuidado integrado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desfechos do paciente dentro de um ano de alta após derrame isquêmico e insuficiência cardíaca congestiva</li> <li>- Pacientes readmitidos ou morrendo por qualquer causa dentro de um ano após a alta após o AVC e insuficiência cardíaca congestiva</li> <li>- Pacientes readmitidos ou morrendo devido ao diagnóstico primário dentro de um ano após a alta após o AVC e insuficiência cardíaca congestiva</li> </ul> <p>Cap. 6 – qualidade e resultados do cuidado: cuidados com diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internação hospitalar de diabetes em adultos</li> <li>- Pessoas com diabetes prescreveram medicação anti-hipertensiva recomendada no último ano na atenção primária</li> <li>- Maior amputação de extremidades inferiores em adultos</li> </ul>	<p><a href="https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/6/14/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&amp;csp=ca413da5d44587bc56446341952c275e&amp;itemGO=oecd&amp;itemContentType=book">https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/6/14/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&amp;csp=ca413da5d44587bc56446341952c275e&amp;itemGO=oecd&amp;itemContentType=book</a></p>
EUA	AHRQ e HCA	<p>Indicadores de qualidade da prevenção AHRQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de admissão de diabetes, complicações de curto prazo</li> <li>- Taxa de admissão de apêndice perfurado</li> <li>- Taxa de admissão de diabetes, complicações de longo prazo</li> <li>- Taxa de admissão de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou asma em idosos</li> <li>- Taxa de admissão por hipertensão</li> <li>- Taxa de admissão por insuficiência cardíaca</li> <li>- Taxa de admissão por baixo peso ao nascer</li> <li>- Taxa de admissão por desidratação</li> <li>- Taxa de admissão por pneumonia bacteriana</li> <li>- Taxa de admissão por infecções do trato urinário</li> <li>- Taxa de admissão de angina sem procedimento</li> <li>- Taxa de admissão de diabetes não controlado</li> <li>- Taxa de admissão de asma em adultos jovens</li> <li>- Taxa de admissão de amputações de membros inferiores em pacientes com diabetes</li> <li>- Prevenção Qualidade Geral Composto</li> <li>- Prevenção Compósito Agudo de Qualidade</li> <li>- Compósito Crônico de Qualidade de Prevenção</li> </ul> <p>Medidas de qualidade HCA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados abrangentes com diabetes: exame ocular (retina) realizado</li> <li>- Cuidados abrangentes com diabetes: Teste de hemoglobina A1c</li> <li>- Cuidados abrangentes com diabetes: Atenção Médica para Nefropatia</li> <li>- Taxa de reinternação hospitalar de todas as causas (30 dias)</li> </ul> <p>Medidas de coordenação HCA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento após ED visita para álcool e outros</li> </ul>	<p><a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/all/measures">https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/all/measures</a></p> <p><a href="https://www.hca.wa.gov/assets/hwdashboard/healthier_wa_dashboard_documentation.html#ViewingTheDashboard">https://www.hca.wa.gov/assets/hwdashboard/healthier_wa_dashboard_documentation.html#ViewingTheDashboard</a></p> <p><a href="https://hca-tableau.watech.wa.gov/t/51/views/TransformationMeasure/Measures?%3AisGuestRedirectFromVizportal=y&amp;%3Aembed=y">https://hca-tableau.watech.wa.gov/t/51/views/TransformationMeasure/Measures?%3AisGuestRedirectFromVizportal=y&amp;%3Aembed=y</a></p>

## Levantamento de mecanismos/indicadores de avaliação relacionados à coordenação assistencial (final)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamentos de abuso ou dependência de drogas após visita de ED para doença mental: 7 dias de acompanhamento após ed visita para doença mental: 30 dias</li> <li>de acompanhamento após internação por doença mental: 7 dias</li> <li>de acompanhamento após internação por doença mental: 30 dias</li> </ul> <p>- Terapia de estatina para pacientes com doença cardiovascular (prescrito)</p> <p>Projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenação de cuidados baseados na comunidade: acompanhamento após ED e hospitalizações (ver e completar) e taxa de remissão de todas as causas: 30 dias</li> <li>- Cuidados transitórios: acompanhamento após SU e internações (ver e completar) e taxa de reencaminhamento por todas as causas: 30 dias</li> <li>- Prevenção e controle de doenças crônicas: atenção integral ao diabetes; e terapia com estatina</li> </ul>	
Europa	OECD	<p>Cap. 6 – qualidade e resultados do cuidado: cuidado integrado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desfechos do paciente dentro de um ano de alta após derrame isquêmico e insuficiência cardíaca congestiva</li> <li>- Pacientes readmitidos ou morrendo por qualquer causa dentro de um ano após a alta após o AVC e insuficiência cardíaca congestiva</li> <li>- Pacientes readmitidos ou morrendo devido ao diagnóstico primário dentro de um ano após a alta após o AVC e insuficiência cardíaca congestiva</li> </ul> <p>Cap. 6 – qualidade e resultados do cuidado: cuidados com diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internação hospitalar de diabetes em adultos</li> <li>- Pessoas com diabetes prescreveram medicação anti-hipertensiva recomendada no último ano na atenção primária</li> <li>- Maior amputação de extremidades inferiores em adultos</li> </ul>	<a href="https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/6/14/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&amp;csp=ca413da5d44587bc56446341952c275e&amp;itemIGO=oecd&amp;contentType=book">https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/6/14/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&amp;csp=ca413da5d44587bc56446341952c275e&amp;itemIGO=oecd&amp;contentType=book</a>

Fonte: A AUTORA, 2022.