



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

**CONHECIMENTO E USO DE MECANISMOS PARA
ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS EM DUAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE DE PERNAMBUCO, BRASIL**

RECIFE

2017

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Conhecimento e Uso de Mecanismos para Articulação entre
Níveis em duas Redes de Atenção à Saúde de Pernambuco,
Brasil**

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

Linha de Pesquisa: Avaliação das intervenções de saúde

Orientador: Isabella Chagas Samico

Coorientador (es): Marina Ferreira de Medeiros Mendes

RECIFE

2017

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Bibliotecário Túlio de Moraes Revoredo, CRB4-2078

O48c Oliveira, Cecylia Roberta Ferreira de

Conhecimento e uso de mecanismos para articulação entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil / Cecylia Roberta Ferreira de Oliveira. Orientadora: Isabella Chagas Samico; Coorientadora: Marina Ferreira de Medeiros Mendes. – Recife : Do Autor, 2017.

79 f.: il.

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

1. Avaliação em saúde. 2. Assistência integral em saúde. 3. Integralidade em saúde. I. Samico, Isabella Chagas, Orientadora. II. Mendes, Marina Ferreira de Medeiros, Coorientadora. III. Título

CDD 362.1072

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Conhecimento e Uso de Mecanismos para Articulação entre
Níveis em duas Redes de Atenção à Saúde de Pernambuco,
Brasil**

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

Aprovada em: ____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Dra Eduarda Ângela Pessoa Cesse – CPqAM/Fiocruz

Dr Paulo Germano de Frias – IMIP

Dra Isabella Chagas Samico

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação à minha mãe, Lygia Ferreira da Costa,
por todo o esforço, amor, carinho, exemplo e incentivo que ela me deu,
durante toda a vida. Reconheço que tudo que sou é por ela e para ela.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo amor que me rodeia e pelas alegrias e tristezas vividas que me tornaram a pessoa que hoje sou.

Agradeço à minha mãe Lygia da Costa, à minha avó Nina Arruda e à minha tia Lúcia Arruda pelo amor incondicional, por todo apoio, pela educação e todo o carinho que me deram, durante toda minha vida. Ressalto a importância da minha tia, que como educadora de formação e vocação, sempre me incentivou a leitura, ao esforço e ao estudo, como a principal ferramenta para atingir meus objetivos.

Agradeço ao meu marido Fabiânderon Cavalcante pelo suporte, pela paciência, pelo cuidado e por todo o amor que compartilhamos no nosso infinito particular.

Agradeço a minha família, meus avós, meu pai, meus tios e meus primos que formam uma torcida organizada pelo meu sucesso.

Agradeço aos meus amigos pelas risadas, pelos momentos de escuta, pelo amor cultivado e por se alegrarem nas minhas conquistas e me abraçarem nos meus tropeços.

Agradeço a todas as instituições que fizeram parte da minha formação escolar e acadêmica, em especial a Escola Ciranda Cirandinha e ao Colégio Nóbrega que me formaram como estudante, como cidadã e como pessoa.

Agradeço as pessoas do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do IMIP (GEAS) que me apoiaram e me ajudaram a chegar ao final desse ciclo.

Agradeço às minhas queridas orientadoras Isabella Samico e Marina Mendes que me guiaram nesta etapa com muita paciência e muito carinho.

À todos, meus mais sincero muito, muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento e uso dos mecanismos de articulação entre níveis assistenciais em duas redes de atenção à saúde no estado de Pernambuco, Brasil.

Métodos: Estudo avaliativo, descritivo, transversal, quantitativo e que é um recorte de uma pesquisa (Equity LA-II). Foram entrevistados 180 médicos na rede de Caruaru e 201 em Recife que trabalhavam na Atenção Básica (AB) e na Atenção Especializada (AE) e foram avaliados mecanismos de adaptação mútua (Formulário de Referência e Contrarreferência – FR e FCR, resumo de alta hospitalar e mecanismos informais) e de padronização (protocolos do Ministério da Saúde e sessões clínicas conjuntas). Os dados coletados foram tratados estatisticamente por meio de frequências simples, médias e percentuais e as variáveis de interesse foram dicotomizadas para uma melhor comparação entre níveis e entre redes.

Resultados: Em Caruaru, 67,8% dos médicos eram especialistas e 32,2% da AB, 53,3% da amostra eram do sexo masculino, 48,3% tinham entre 35 e 49 anos e destaca-se a presença de médicos cubanos compondo mais de 30% dos médicos AB. Em Recife, 74,6% eram profissionais da AE e 25,4% da AB, 67,7% do sexo feminino e 40,2% tinha 50 anos ou mais. Os resultados demonstraram que os médicos da AB usam mais os mecanismos que os médicos AE e a rede de Recife mais que a rede de Caruaru. Dentre os mecanismos, FR e FCR foram os mais utilizados (61,4%) e as sessões clínicas conjuntas o de menor uso (8,6%), além da existência de mecanismos informais (telefone 58%, bilhete 56,6%, *whatsapp* 2,6%).

Conclusão: A subutilização dos mecanismos, a divergência de informações no envio e recebimento entre os profissionais da AB e AE e o uso inadequado dos mesmos sugerem falhas na comunicação entre os profissionais e entre os níveis de atenção. Os achados produzem informações e subsídios aos gestores na busca de melhorias na coordenação assistencial e auxiliam os serviços na identificação de possíveis falhas na comunicação dos profissionais de diferentes níveis de atenção. Existe a necessidade de investimentos em estratégias, por parte dos serviços e das gestões municipais, que propiciem o conhecimento, a comunicação e a colaboração entre profissionais, contribuindo para uma melhor articulação entre os diferentes níveis assistenciais.

Palavras-chave: Níveis de atenção à saúde; Assistência integral a saúde; Integralidade em saúde; Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the knowledge and use of mechanisms of articulation between care levels in two health care networks in the state of Pernambuco, Brazil. **Methods:** Evaluative, descriptive, cross-sectional, quantitative study that is a research cut-off (Equity LA-II). A total of 180 physicians were interviewed in the Caruaru network and 201 in Recife who worked in Basic Care (AB) and Specialized Care (AE). Mutual adaptation mechanisms were evaluated (Reference Form and Counter-referral - RF and FCR, mechanisms) and standardization (protocols of the Ministry of Health and joint clinical sessions). The data collected were statistically treated using simple, mean and percentage frequencies and the variables of interest were dichotomized for a better comparison between levels and between networks. **Results:** In Caruaru, 67.8% of the physicians were specialists and 32.2% of the AB, 53.3% of the sample were male, 48.3% were between 35 and 49 years old, and the presence of physicians Cubans making up more than 30% of AB doctors. In Recife, 74.6% were AE professionals and 25.4% were AB, 67.7% were female and 40.2% were 50 years old or older. The results showed that AB doctors use more mechanisms than the AE doctors and the Recife network more than the Caruaru network. Among the mechanisms, RF and HRR were the most used (61.4%) and the joint clinical sessions were the least used (8.6%), besides the existence of informal mechanisms (telephone 58%, ticket 56.6% whatsapp 2.6%). **Conclusion:** An underutilization of the mechanisms, a divergence of information without sending and receiving between the professionals of AB and AE and the misuse of the same suggest failures in communication between professionals and levels of attention. The findings produce information and subsidies for managers in the search for improvements in care coordination and help in services in the identification of possible failures in the communication of professionals of different levels of care. There is a need for investments in strategy by services and municipal management that provide knowledge, communication and collaboration among professionals, contributing to a better articulation between different levels of care.

Key - words: Health Care Levels; Comprehensive Health Care; Integrality in Health; Health Evaluation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AE- Atenção Especializada

APS - Atenção Primária a Saúde

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

CEIC- Comitê Ético de Investigação Clínica/Consorti MAR Parc de Salut de Barcelona

CNS – Conselho Nacional de Saúde

*DALYs– DisabilityAdjusted Life Years

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

*EQUITY LA II - Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina

FR- Formulário de Referência

FCR – Formulário de Contrarreferência

IMIP – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

Provab – Programa de Valorização da Atenção Básica

RAS – Rede de Atenção a Saúde

RCR – Referência e Contrarreferência

RISS – Rede Integrada de Serviços de Saúde

*SICA - Comissão Europeia como Ação de Cooperação Internacional Específica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

UBT – Unidade Básica Tradicional

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

*Siglas em inglês

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS

Tabela 1. Tipos de mecanismos de coordenação para a articulação entre os níveis assistenciais, segundo Mintzberg (1990).....	11
Tabela 2. Número de unidades participantes da pesquisa, por rede assistencial, 2015.	21
Tabela 3. Variáveis coletadas e analisadas nas redes de Caruaru e Recife, 2015.....	22

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
1.1 Redes de atenção à saúde	1
1.2 Coordenação da atenção à saúde	7
1.3 Mecanismos de articulação entre níveis assistenciais	9
II. JUSTIFICATIVA	15
III. OBJETIVOS	16
Objetivo geral	16
Objetivos específicos	16
IV. MÉTODOS.....	17
4.1. A Pesquisa Equity LA-II	17
4.2. Desenho do estudo.....	19
4.3. Local e período do estudo.....	19
4.4 População e Amostra	20
4.5. Fontes de dados	21
4.6 Variáveis do estudo	22
4.8 Processamento e análise dos dados	24
4.9 Considerações éticas.....	24
V. RESULTADOS	26
VI. CONCLUSÃO	27
VII. REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE 1.....	35
ANEXO 1	36
ANEXO2	45
ANEXO 3	47
ANEXO 4	48
ANEXO 5	49
ANEXO 6	50

I. INTRODUÇÃO

1.1 Redes de atenção à saúde

A segmentação e fragmentação dos serviços de saúde são considerados obstáculos importantes para alcançar resultados de saúde eficazes em muitos sistemas de saúde no mundo ¹. Esses sistemas caracterizam-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o atendimento ambulatorial e o hospitalar e a ausência de integração dos pontos de atenção à saúde, repercutindo na baixa capacidade em prestar uma atenção contínua à população^{2, 3}.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e um sistema de atenção à saúde voltada predominantemente para responder às condições agudas. Além disso, esses sistemas tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde com maior densidade tecnológica ³⁻⁵.

No Brasil, são inegáveis os avanços das reformas que culminaram com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, o SUS ainda apresenta vários problemas no cumprimento de seus princípios, diretrizes e objetivos, mesmo com as melhorias que evidenciaram o seu fortalecimento. Alguns autores ⁶⁻⁸ressaltam que a manutenção e a concomitância de dois modelos antagônicos convergem para a fragmentação da atenção à saúde: o modelo assistencialista, biomédico e outro representado pelo SUS, que remete a um sistema universal, equânime e integral. Questões relacionadas à coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial e a ausência de comunicação entre prestadores são temas recorrentes nas discussões sobre a organização do sistema de saúde^{9, 10}.

Além disso, mudanças no perfil epidemiológico, demográfico e nutricional da população brasileira alteraram as necessidades e as demandas nos serviços de saúde. Nesse contexto, aumenta a pressão pela otimização dos recursos e eficiência nas

ações de saúde⁹.Essas transformações geraram uma mudança no perfil de morbimortalidade brasileira, com a concomitância de uma tripla carga de doenças: as DCNT, as causas externas e as doenças infecciosas. Esse cenário, bastante complexo, exige soluções na política de atuação do SUS, para garantir a coordenação do cuidado, a continuidade da atenção, o alcance da equidade e da integralidade^{11, 12}.

As DCNT não têm origem definida, possui fatores de risco associados, longos períodos de latência, com um longo tempo de duração e podem levar a deficiências e incapacidades funcionais¹³.Em 2012, as DCNT foram causas de morte em 67,8% (38 milhões) de todas as mortes que ocorreram no mundo e dessas, 75% ocorreram em países de média e baixa renda. Neste mesmo ano, as principais causas de morte entre as DCNT foram doenças cardiovasculares (46,2%), câncer (21,7%), doenças respiratórias (10,7%) e diabetes (4%). Essas quatro doenças foram responsáveis por 82% das mortes por DCNT no mundo¹⁴.

Devido a sua magnitude, relevância e impacto social, em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu as DCNT como uma ameaça para a sustentabilidade mundial, ultrapassando o setor saúde¹⁴. A relevância das DCNT torna-se ainda mais evidente ao utilizar o DALYs (DisabilityAdjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos por Incapacidade) como um indicador de morbidade e de impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Nesse indicador, as doenças crônicas ocasionaram 66% de DALYs, com transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%), ocasionando um maior número de sequelas e complicações permanentes¹⁴⁻¹⁷.

No Brasil, em 2013, as DCNT foram responsáveis por 72,6% das mortes totais do país e dessas, 40,9% foram por doenças cardiovasculares; 23,3% pelos diversos tipos de câncer; 7% por diabetes e 8,2% por doenças respiratórias. Concomitantemente, ainda

são observadas desigualdades entre as grandes regiões geográficas do país, por isso é cada vez mais necessária e premente a necessidade de efetivar políticas e programas voltados para o enfrentamento desta nova realidade^{10, 15, 17-19}.

Com a finalidade de promover uma atenção em saúde mais eficiente, equitativa, e de maior qualidade, foi criada a Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS). A construção de um sistema baseado em rede surgiu nos anos 90 nos Estados Unidos, como uma experiência de um sistema integrado em saúde. Dos Estados Unidos avançou para a Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, alguns países em desenvolvimento²⁰. Porém, iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas, por exemplo, no relatório Dawson de 1920²¹.

Nos Estados Unidos, o trabalho em redes surgiu como uma proposta de superação da fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde. Criando um sistema integrado, coordenado para a população definida e de atenção contínua. No Canadá, as redes de atenção à saúde trabalhavam na forma de sistemas integrados em saúde, centralizados na Atenção Primária a Saúde (APS) e as alterações que surgiram foram devidas mudanças de comportamento. Na Europa Ocidental, as redes de saúde estão passando por um processo de crescimento, adaptação e evolução, com características próprias e advindas de cada país e seu contexto político, econômico e social^{20, 22}.

Na América Latina as redes de atenção à saúde ainda são incipientes, com experiências no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana, no México e no Chile^{20, 23}. A Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS)²² fez uma análise das redes integradas em saúde, elaborando um documento que aborda os aspectos dos sistemas fragmentados e de suas causas; conceitua os sistemas integrados de serviços de saúde e identifica suas diferentes modalidades; define os instrumentos de política

pública e os mecanismos institucionais para conformá-los; e propõe uma rota para a implantação desses sistemas na Região das Américas²².

Esse movimento universal em busca da construção de RISS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde e melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde³. As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã²⁰.

Na América Latina, apesar dos esforços, a RISS apresenta alguns problemas em relação ao acesso, barreiras relacionadas com as políticas de saúde, estrutura da rede, entraves no processo organizativo e debilidades no planejamento e avaliação dos serviços. Essas dificuldades apontam para a necessidade de estudos que possam desenvolver e avaliar estratégias efetivas e factíveis que auxiliem a tomada de decisão pelos gestores²³.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram instituídas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 4.279, em 2010 e pelo Decreto nº 7508, em 2011²⁴. As RAS podem ser definidas como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; apresentam missão e objetivos comuns; operam de formacooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário com atenção integral; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde e prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente(Mendes, 2010, p. 2300)²⁵.

Apesar dos investimentos no modelo de atenção em rede, as DCNT continuaram fazendo parte do cenário mundial de prioridades. Em 2011 e 2014, durante as reuniões

com a ONU, chefes de governo de todo o mundo reforçaram o compromisso em enfrentar esse grupo de doenças. Como resultado, foi aprovado o Plano Global, Regional e Nacional de DCNT e foram definidas metas para redução das mesmas e seus fatores de risco^{12,26}.

O Brasil apresentou seu “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022” abrangendo quatro grupos principais de doenças crônicas: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes; e seus fatores de risco modificáveis: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada, definindo três eixos estratégicos: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde; e Cuidado Integral. Essas ações, entre os anos de 2011 e 2013, tiveram importantes avanços, principalmente as ações de Vigilância e Monitoramento das metas; Promoção da saúde e Prevenção das DCNT, como enfrentamento dos quatro fatores de risco em comum; e Fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT^{10,27}.

Em 2013, com o ideal de reorganizar o cuidado à saúde para promover e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações foi criada a Portaria nº 252, que instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Nesta forma de organização, a Atenção Básica (AB) é considerada coordenadora do cuidado e presta atenção à saúde no tempo e no lugar certo, com o custo correto, com qualidade e de forma humanizada²⁸.

Na organização em redes de alguns países da Europa, a AB também é o centro e a principal coordenadora do cuidado e muitas vezes a única porta de entrada. Nesses países a AB contempla: a prestação de serviços de primeiro contato, a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente (continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida) independente da ausência ou presença de doença, a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da

saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde, e, coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas²⁹.

É importante analisar o papel da AB em cada uma das redes formadas nos países europeus. Em sete países (Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda) a AB é a única porta de entrada possível, sendo a detentora do poder e a única capaz de realizar encaminhamentos, levando o médico generalista a um papel de destaque e centralizador da rede de atenção na qual está inserido²⁹. Portanto, existem diversas configurações da AB como coordenadora do cuidado e no processo de reforma, os serviços de AB ampliaram suas diferentes funções clínicas e financeiras, com modificações de papéis dos diversos atores envolvidos³⁰.

No Brasil, um marco para a organização da Atenção Básica foi a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que com o Pacto pela Saúde foi definida como prioridade por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que passou a ser a principal porta de entrada do sistema de saúde^{24, 31}. Em 2011, a PNAB foi revisada em suas diretrizes e normas, com inclusão das equipes de AB para a população de rua e ampliação do número de municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2016, a política passou por outra revisão que alterou algumas obrigações que garantiam a supremacia da ESF. Nesse novo formato, existem perdas no papel da AB como centro da rede e no processo de trabalho, que geram instabilidades e fragilizam a política e o modelo de saúde atual³²⁻³⁴.

As propostas de fortalecimento da posição da AB no sistema decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas. Contudo, a baixa resolubilidade e o acesso seletivo desse nível de atenção fragilizam a constituição de redes. Nesse sistema fragilizado, a AB não exerce

seu papel de coordenar e por isso não garante a integralidade do cuidado e a coordenação da atenção, convertendo-se em um desafio a ser enfrentado^{9, 25, 33, 34}.

1.2 Coordenação da atenção à saúde

A falta de coordenação da assistência é um dos principais obstáculos a ser superado para alcançar os princípios e diretrizes do SUS e assim, promover o cuidado adequado. A coordenação pode ser definida como:

A capacidade de garantir a atenção ininterrupta no interior da rede de serviços pela equipe de APS e dependem de tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais e registro adequado de informações (Giovannella e Mendonça, 2008, p. 504)³¹.

Starfield (2011)³⁵ relata que a essência da coordenação é a disponibilidade das informações a respeito dos problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da importância daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades do atendimento atual e que com a ausência da coordenação, a longitudinalidade do cuidado ficaria prejudicada e o alcance da integralidade ficaria dificultado. Phamet *al* (2009)³⁶ referem que a coordenação do cuidado envolve atividades complexas que requerem interações entre prestadores, e, entre prestadores e pacientes, incluindo transferência de informações clínicas no tempo correto, comunicação efetiva entre as partes envolvidas e compartilhamento de decisões.

Mitchell e Shortell (2000)³⁷ definem coordenação como o gerenciamento de um sistema de intercâmbios. Para os autores, um adequado grau de coordenação pode ampliar e melhorar a comunicação, reduzir incertezas e evitar conflitos. Embora os conflitos sejam parte inerente a qualquer organização social, eles surgem, sobretudo, quando diversas organizações com interesses diversos tentam trabalhar juntas. Hartz e Contandriopoulos (2004)³⁸ vêem a coordenação como o propósito principal dos processos de integração de serviços de saúde. “Num sentido mais amplo, a integração

em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo”.

O conceito de Terraza-Núñez *et al.* (2006)³⁹ define a coordenação assistencial como um acordo de todos os serviços relacionados com a atenção do paciente, com independência do lugar onde se oferte, de maneira que se harmonizem e se alcance um objetivo comum, administrando os possíveis conflitos e focando na interação entre provedores. Também pode ser definida como um processo complexo, mais ou menos intenso dependendo do grau de especialização clínica, o nível e tipo de interdependências das atividades assistenciais que serão coordenadas e o grau de incerteza da atenção associada à capacidade em processar informação e na variabilidade na resposta do paciente⁴.

Outro aspecto relevante a ser conceituado é a formação de Linhas de Cuidado, compreendida como uma ferramenta na constituição das Redes Assistenciais e relevante na atuação da coordenação entre níveis. Segundo Merhy e Cecílio (2003)⁴⁰, Linha de Cuidado é uma ferramenta dinâmica e sistêmica na produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Trata-se de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

A concepção da Linha de Cuidado parte da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado, com início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e

terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros, diminuindo as dificuldades de acesso e integrando os serviços de saúde^{12, 40}.

1.3 Mecanismos de articulação entre níveis assistenciais

A coordenação entre níveis pode ser abordada de diferentes aspectos e atingida de diversas formas. A coordenação assistencial está relacionada com a regulação dos serviços, processos de gestão clínica, condições de acesso aos serviços, recursos humanos, sistemas de informação, comunicação e apoio logístico⁴¹. Essas ações que estão interligadas, são cruciais para a coordenação entre níveis e norteadores para construção de um cuidado unificado³⁸.

Para a melhoria da coordenação é necessário minimizar as barreiras entre níveis assistenciais, oferecendo uma atenção mais oportuna e integrada, por meio da implantação de mecanismos e estratégias de articulação entre níveis dentro da rede assistencial^{38, 39, 42, 43}. A falta de integração entre os atores da RAS também foi considerada como um obstáculo para a articulação da atenção e mecanismos de cooperação e coordenação adequados devem ser estabelecidos para responder às necessidades de saúde da população brasileira⁶. Esse “sistema sem muros”³⁸ foi considerado como ideal, possibilitando assim, eliminar as barreiras de acesso entre os níveis assistenciais.

Para promover a integração assistencial, foram criados mecanismos de articulação a fim de minimizar as barreiras entre níveis, facilitar a transferência de informações, a troca de conhecimentos e a melhoria na comunicação dos profissionais, contribuindo para a continuidade do cuidado e a coordenação da atenção.

Os mecanismos são fundamentais para a articulação entre níveis assistenciais e favorecem a coordenação da assistência e a continuidade do cuidado para garantir a integralidade da atenção. Um dos principais mecanismos para a articulação entre níveis

é o sistema de Referência e Contrarreferência (RCR)⁴⁴⁻⁴⁶. Este sistema é definido pelo Ministério da Saúde²² como um encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade e como o principal mecanismo para reorganizar o processo de trabalho e garantir a coordenação da atenção.

Os mecanismos podem ser conceituados da seguinte forma: Sessões clínicas compartilhadas - discussões de casos clínicos entre os médicos da AB e especialistas; Protocolos compartilhados entre níveis - são documentos que estabelecem os critérios de diagnóstico, o plano de tratamento das doenças e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos, utilizados pelos médicos da AB e os especialistas; Telefone institucional – telefone disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde ao profissional/unidade de saúde para tratar, exclusivamente, de assuntos relacionados ao trabalho; “Bilhete”- mensagem informal escrita pelo médico, geralmente em papel de receituário para manter a comunicação com o médico do outro nível de atenção^{3, 9, 22, 47}.

Os mecanismos, quando utilizados de maneira correta, podem promover a formação continuada para os profissionais que os utilizam, haja vista a troca de informações que possibilitam, aperfeiçoando o processo de trabalho, mantendo o fluxo de informações dos pacientes entre os níveis de assistência⁴⁵⁻⁴⁸.

Quanto aos mecanismos de articulação entre níveis assistenciais para promover a coordenação da atenção, Mintzberg (1990)⁴⁹ propõe dois tipos (Tabela 1):

1. Baseados na padronização – específicos do processo, resultado ou habilidades;
2. Baseados na adaptação mútua – favorecem o trabalho por meio do contato entre os atores participantes, envolvidos diretamente no processo de trabalho, em situações de difícil planejamento.

Tabela 1. Tipos de mecanismos de coordenação para a articulação entre os níveis assistenciais, segundo Mintzberg (1990)⁴⁹

Base de Coordenação	Mecanismos teóricos de coordenação	Mecanismo de coordenação assistencial	
Padronização/ Normalização	Habilidades	Sistema de experto: formação contínua, alternativas a consulta tradicional	
	Processos de trabalho	Guias de prática clínicas, Mapas de atenção, Guias farmacológicas, planejamento de alta. Protocolos e circuitos para a referência de pacientes Sistema de petição de consultas compartilhado Sistema de planejamento de ações	
	Resultados	Mapas de atenção Sistemas de controle do rendimento	
Adaptação mútua	Supervisão direta	Gestor de programa ou processo assistencial	
	Comunicação informal	E-mail, correio, web, telefone, reuniões informais	
	Dispositivos de integração	Grupos de trabalho	Grupos de trabalho multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares
		Posto de integração	Gestor de casos Central de regulação
		Comitês Permanentes	Comitê de gestão interníveis
		Diretoria integradora	Diretor assistencial, diretor de âmbito transversal Diretor de área ou distrito
		Estrutura matricial	
Sistema de informação em saúde	Formato de referência e contrarreferência Sistema de informação clínica		

Fonte: Adaptado de Terraza-Núñez *et al.*, 2006³⁹

Os mecanismos de normalização ou padronização podem ser de Habilidades, Processos de trabalho e de Resultado⁴⁹.

Os mecanismos de padronização de habilidades promovem a padronização das ações, como o sistema Experto constituído por estratégias de capacitação continuada para os médicos da AB, visando à melhora na coordenação entre níveis assistenciais e inclui a formação de grupos de *experts* como referência para os médicos da AB, auxiliando na formação dos médicos do primeiro nível, consultas conjuntas, auditorias internas e supervisões. Esses mecanismos são considerados como os mais eficazes para

promover a mudança no processo de trabalho, devido adequação e factibilidade a realidade local⁴⁷⁻⁴⁹.

Os mecanismos de padronização do processo de trabalho surgiram como alternativa para a eficiência de recursos e são utilizados para coordenar a gestão da atenção, sua referência entre níveis e a coordenação das funções de direção e de apoio na rede. As guias de práticas clínica, os protocolos clínicos e as guias farmacológicas compartilhadas, que destacam o tipo de atenção que deve ser prestada ao paciente, o tempo e o ator da ação, são exemplos desses mecanismos.

As guias de práticas clínica compartilhadas entre níveis de atenção são recomendações sistemáticas, baseadas na melhor evidência científica disponível, para orientar as decisões dos profissionais e dos pacientes sobre as intervenções sanitárias mais adequadas. Os protocolos clínicos são planos de gestão da atenção que prevêm as intervenções que devem ser realizadas para minimizar custos e tempos de espera e maximizar a qualidade da atenção⁵⁰⁻⁵².

Os mecanismos de coordenação baseados na normalização de resultados visam promover o melhor resultado possível para os pacientes, definindo o objetivo e as estratégias para alcançá-lo. A aplicação adequada desses instrumentos enfrenta limitações importantes devido à dificuldade em estabelecer resultados para um processo assistencial, devido à organização do processo de trabalho que agrupam tarefas e profissionais por especialidades e níveis de atenção e não por processos^{53, 54}.

Os mecanismos de adaptação mútua buscam o contato entre os indivíduos participantes do processo e estão mais concentrados em locais com tradição de práticas multiprofissionais. Em situações mais cotidianas, faz-se uso de instrumentos de comunicação informal que estimulam o contato entre os profissionais e em situações mais complexas, utiliza-se instrumentos de integração como grupos de trabalho, postos de integração, estrutura matricial ou sistemas de informação vertical. Atuam como

instrumentos de conexão entre os profissionais que trabalham na mesma rede de serviços, muitas vezes atendendo os mesmos pacientes, porém sua eficácia depende da importância que lhe seja atribuída na organização e nos processos decisórios^{45, 46, 55}.

Dentre os mecanismos de padronização, existem as consultas conjuntas e sessões clínicas compartilhadas (habilidades); e os protocolos compartilhados entre níveis (processo de trabalho). Os mecanismos de adaptação mútua são: e-mail, telefone, Formulário de Referência (FR) e Contrarreferência (FCR) e resumo de alta hospitalar (sistema de informação em saúde)^{47, 48}.

O uso dos mecanismos de coordenação é influenciado por fatores relacionados com o sistema de saúde, fatores organizativos, habilidades dos profissionais e na metodologia que estes instrumentos funcionam, sua forma de divulgação e de avaliação. A efetividade dos mecanismos depende da sua implantação, como parte de uma estratégia geral; que sejam amplamente divulgados e monitorados quanto a sua utilização, finalidade e que sejam atualizados quando necessário. Para isto, a gestão deve promover e reforçar sua utilização, contemplando estratégias que facilitem a aceitação das mudanças na prática clínica que geralmente implicam^{49, 50, 56}.

Porém, estudos sobre mecanismos promovendo a coordenação e continuidade do cuidado entre níveis ainda são incipientes e as evidências sobre esse tema, são limitadas, principalmente na América Latina^{2, 20}. Além disso, publicações e divulgações sobre experiências exitosas que promovam a articulação entre níveis assistenciais são pouco conhecidas na literatura, não permitindo generalizações e dificultando investimentos⁴⁹⁻⁵¹.

Estudos que avaliam os mecanismos de articulação entre níveis são ainda mais escassos e a necessidade desses estudos é premente, visto que a avaliação é um campo da ciência teórico-metodológica que auxilia na tomada de decisões e tem grande importância para as políticas públicas de saúde. Avaliar é, fundamentalmente, realizar

um julgamento de valor e para gestão é uma ferramenta importante, pois fornece elementos e argumentos que subsidiem a decisão⁵⁷⁻⁵⁹.

A avaliação auxilia na construção dos sentidos (assisted sense-making), na formação e na formulação de estratégias para melhorar os serviços de saúde, auxiliando no julgamento dos atores que estão influenciando na tomada de decisão⁶⁰.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A relevância das doenças crônicas para o quadro de morbimortalidade no panorama atual brasileiro;
- Uma comunicação precária entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais;
- A fragmentação do cuidado existente nas redes de atenção à saúde nos municípios de Recife e Caruaru;
- A necessidade de utilização de mecanismos para promover a articulação entre os níveis;
- Poucas evidências na literatura acerca da coordenação e continuidade do cuidado entre níveis assistenciais.

O presente estudo justifica-se por:

- Aprimorar o conhecimento sobre os mecanismos de articulação entre níveis de atenção à saúde;
- Produzir informações para os gestores na busca da melhoria da coordenação assistencial;
- Auxiliar os serviços de saúde na identificação de possíveis falhas na comunicação dos profissionais de diferentes níveis de atenção.

Para tal, o presente estudo visa responder a seguinte pergunta:

Qual o conhecimento e uso dos mecanismos de articulação entre níveis assistenciais nas redes de atenção à saúde de Recife e Caruaru?

III. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar o conhecimento e o uso dos mecanismos de articulação entre níveis assistenciais em duas redes de atenção à saúde em Pernambuco, Brasil.

Objetivos específicos:

- Identificar os mecanismos existentes para a coordenação assistencial;
- Analisar o conhecimento dos profissionais sobre os mecanismos de articulação;
- Avaliar o uso dos mecanismos de articulação;
- Comparar, entre os níveis assistenciais e entre redes de atenção, o conhecimento e uso dos mecanismos para a articulação entre níveis.

IV. MÉTODOS

O presente estudo é um recorte da linha de base da pesquisa: “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II)”, cujo objetivo é avaliar a efetividade das diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas Redes de Serviços de Saúde da América Latina em pacientes com doenças crônicas (Vázquez *et al.*, 2015)⁶¹.

4.1. A Pesquisa Equity LA-II:

A Pesquisa Equity LA II utiliza um desenho quasi-experimental (desenho antes e depois da intervenção) e avalia intervenções complexas, com métodos quantitativos e qualitativos, com uma abordagem de pesquisa-ação-participativa em todas as etapas da pesquisa. É um estudo multicêntrico, com a participação de seis países da América Latina: Colômbia, Brasil, Chile, México, Argentina, Uruguai. Nesses países são selecionadas duas redes de saúde comparáveis, uma rede é a intervenção e outra, o controle.

Essas redes foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: Apresentar continuidade da assistência, pelo menos entre a Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE); Prestação de serviços a uma população definida; Provisão de serviços em áreas urbanas de baixa renda; Disposição de participar e implementar as intervenções desenhadas e liderança com competência para implementar as estratégias desenhadas. A pesquisa é financiada pela Comissão Européia como Ação de Cooperação Internacional Específica (SICA), do Sétimo Programa Marco (7PM1): Cooperação, Saúde.

A pesquisa tem duração de 60 meses, início em 2013 e término previsto para 2018. Apresenta quatro fases: (I) estudo de linha de base, (II) desenho e implementação de intervenções para melhorar a coordenação e a qualidade da atenção, (III) avaliação das intervenções, (IV) análise comparativa transnacional. A população do estudo é composta por usuários portadores de doenças crônicas e profissionais que trabalham na rede assistencial, prestando atendimento a usuários com doenças crônicas.

Para o estudo de linha de base foram selecionados os profissionais médicos/as que atuavam na atenção básica e na atenção especializada há mais de três meses na rede e que prestavam assistência direta a pacientes crônicos.

Foi realizado um inquérito com os profissionais para analisar a coordenação percebida entre níveis de atenção; o conhecimento e o uso de mecanismos de coordenação existentes; fatores associados à coordenação e uso dos mecanismos nas redes de saúde e as atitudes relativas à coordenação com outros níveis de atenção. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário (Anexo 1), denominado COORDENA, cujo conteúdo foi desenhado a partir do marco teórico da pesquisa Equity, revisão de instrumentos existentes, resultados do estudo qualitativo prévio e discussão entre os membros da pesquisa.

Foi elaborada uma primeira versão do questionário comum aos países participantes do estudo. O mesmo foi adaptado ao conteúdo e linguagem brasileira e foi submetido a um pré-teste com cinco entrevistas a médicos com o objetivo de avaliar a compreensão das perguntas, o ritmo, a duração da entrevista e outros possíveis problemas na aplicação do questionário. Com os resultados foram realizadas algumas modificações e um estudo piloto para reavaliar o instrumento. Essa etapa foi realizada no Distrito Sanitário (DS) I em Recife, onde foram aplicados 20 questionários e um glossário criado com as explicações de palavras ou termos.

A supervisão direta das entrevistas no campo, revisão de todos os questionários e entrevistar novamente 20% dos participantes selecionados aleatoriamente foram estratégias utilizadas para garantir a qualidade das respostas e a confiabilidade da pesquisa. As inconsistências encontradas foram corrigidas pela checagem do banco de dados e pela dupla entrada das respostas. No Brasil, o trabalho de campo foi desenvolvido no período de junho a setembro de 2015.

4.2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e transversal que utiliza uma abordagem quantitativa.

4.3. Local e período do estudo

O estudo foi realizado nos municípios de Recife (Distrito Sanitário III e VII) e de Caruaru, no período de março de 2016 a setembro de 2017.

Recife é capital do estado de Pernambuco e o município mais populoso, com uma população de 1.555.039 habitantes, em junho de 2016. Em relação ao setor saúde, está dividido em 8 Distritos Sanitários (DS).

A área considerada para o estudo foram os DS III (16 bairros) e o DS VII (13 bairros) que são contínuos e possuem 312.981 habitantes, com predominância de mulheres⁶³. Possuem, juntos, 32 unidades de atenção básica (23 USF, 3 USF com horário de atendimento estendido e 6 Unidades Básicas Tradicionais – UBT) e 14 unidades de atenção especializada (hospitais, maternidades, centros médicos, policlínicas e Centro de atenção Psicossocial- CAPS)^{62, 63}.

Caruaru é um município do Agreste Pernambucano, localizado a 138 km da capital do estado, Recife, e com uma população estimada de 351.686 habitantes, sendo então o mais populoso do interior pernambucano e com um território de 920.611 km². A rede de Saúde de Caruaru é composta por serviços dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), territorialmente descentralizados e conta com 63

centros de atenção básica e 19 centros de atenção especializada (Centros de saúde, policlínicas, ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, CAPS e hospitais)⁵⁹.

4.4 População e Amostra

A população do estudo foi composta por médicos que atuam na atenção básica e na atenção especializada, nos municípios de Recife (DS III e VII) e Caruaru. O tamanho da amostra foi de 174 médicos por rede, com um mínimo de 50 médicos por nível assistencial. A amostra foi calculada para assegurar a detecção de uma variação de 15% na percepção dos médicos/as sobre a coordenação da atenção entre níveis nas redes, com um poder de 80% ($\alpha=0.20$) e um nível de confiança de 95% ($\beta= 0.05$) e para comparação entre redes.

Todas as USF foram incluídas na amostra, porém em algumas unidades não foi possível a realização da pesquisa por diversos motivos, tais como: reforma no período da coleta (3 USF); falta de médicos na equipe Saúde da Família (2 USF); médicos afastados de suas atividades no período da pesquisa (2 USF); médicos estavam há menos de três meses na ESF (2 USF) ou ainda, o profissional se recusou a participar (1 USF). Todas as unidades especializadas dos DS III e VII, nas quais trabalhavam médicos, participaram da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em 16 USF, 6 UBT e 14 de atenção especializada (policlínicas, centros de especialidades e CAPS (Anexo 2)).

Em Caruaru foram abordados os médicos de todas as USF e dos Centros de Especialidades. Ao total foram entrevistados os médicos de 41 USF da zona urbana, 12 da zona rural e 16 centros de atenção especializada, (Policlínicas, Ambulatórios de especialidades, CAPS e Centros de saúde) da rede municipal de saúde. A distribuição

das unidades participantes da pesquisa, segundo nível de atenção e por rede assistencial é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Número de unidades participantes da pesquisa, por rede assistencial, 2015.

Nível assistencial	Recife		Caruaru	
	USF	UBT	Zona urbana	Zona rural
Atenção Básica	16	6	41	12
Atenção Especializada	14		16	

USF: Unidade Saúde da Família. UBT: Unidade Básica Tradicional

4.5. Fontes de dados

O estudo utilizou dados extraídos do inquérito sobre coordenação entre níveis de atenção da pesquisa Equity - LA II.

Foram avaliados mecanismos de padronização: consultas conjuntas, sessões clínicas conjuntas e protocolos compartilhados entre níveis. Mecanismos de adaptação mútua: e-mail, telefone, formulário de referência e contrarreferência e resumo de alta hospitalar^{47, 48}.

As variáveis foram coletadas por meio do questionário COORDENA (Anexo 1), nas seguintes sessões: Sessão 3 - Conhecimento e Uso dos mecanismos de articulação entre níveis de atenção, Sessão 4 - Formulário de referência e contrarreferência, Sessão 5 - Resumo de alta hospitalar, Sessão 6 - Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção, Sessão 7 - Sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas, Sessão 8 - Outros mecanismos: telefone, bilhete \ recado e algumas perguntas da Sessão 10 - Fatores organizacionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção e 11- Dados sócio-demográficos e laborais (caracterização da amostra)

4.6 Variáveis do estudo

Tabela 3. Variáveis coletadas e analisadas nas redes de Caruaru e Recife, 2015.

• Sóciodemográficas		
Variáveis	Definição de termos	Categorização
Sexo	Sexo do respondente: feminino e masculino.	Qualitativa, categórica dicotômica
Idade	Anos completos, determinada pela data de nascimento do profissional	Quantitativa, numérica, contínua
Nacionalidade	Local de nascimento do profissional.	Qualitativa, categórica, policotômica
• Laborais		
Variáveis	Definição de termos	Categorização
Nível de atenção	Nível de complexidade do local de trabalho do profissional	Qualitativa, dicotômica
Especialidade	Curso de pós-graduação que foi realizado pelo profissional	Qualitativa categórica policotômica
Experiência no local de trabalho	Tempo em que o profissional trabalha naquele local	Quantitativa, policotômica
• Conhecimento dos mecanismos de articulação entre níveis		
- Existência dos mecanismos de articulação:		
Variáveis	Definição de termos	Categorização
Formulário de Referêncica (FR) e Contrarreferêncica (FCR)	Existência do FR e FCR	Qualitativa, dicotômica
Resumo de Alta Hospitalar (RAH)	Existência do RAH	Qualitativa, dicotômica
Protocolos do Ministério da Saúde (MS) compartilhados entre níveis assistenciais	Existência de protocolos	Qualitativa, dicotômica
Sessões clínicas conjuntas	Existência de sessões clínicas conjuntas	Qualitativa, dicotômica
Telefone institucional	Existência de um telefone disponibilizado pela Secretaria de Saúde ao profissional para tratar exclusivamente de assuntos relacionados a prática clínica	Qualitativa, dicotômica
Existência de outros mecanismos	Existência de outros mecanismos de articulação entre níveis	Qualitativa, dicotômica
- Finalidade dos mecanismos de articulação:		
Variáveis	Definição de termos	Categorização
FR e FCR	Função que é atribuída ao FR e FCR	Qualitativa, policotômica
RAH	Finalidade do RAH	Qualitativa, policotômica
Protocolos do MS compartilhados entre os níveis assistenciais	Função atribuída aos Protocolos do MS	Qualitativa, policotômica
Sessões clínicas conjuntas	Função da sessão clínica conjunta	Qualitativa, policotômica
Bilhetes	Função dos bilhetes	Qualitativa, policotômica
• Utilização dos mecanismos de articulação entre níveis		
Variáveis	Definição de termos	Categorização
Envio do FR (médico Atenção Básica - AB)	Forma que o FR é enviado	Qualitativa, policotômica
Envio do FCR (médico Atenção Especializada - AE)	Forma que o FCR é enviado	Qualitativa, policotômica

Frequência do recebimento do FR (médico AB)	Periodicidade de recebimento do FR	Qualitativa, policotômica
Frequência do recebimento do FCR(AE)	Periodicidade de recebimento do FCR	Qualitativa, policotômica
Frequência de envio do RAH	Regularidade no envio do RAH	Qualitativa, policotômica
Frequência de recebimento do RAH	Periodicidade de recebimento do RAH	Qualitativa, policotômica
Frequência de utilização das recomendações dos Protocolos do MS compartilhados entre níveis	Regularidade do uso dos Protocolos do MS	Qualitativa, policotômica
Frequência de participação nas sessões clínicas conjuntas	Periodicidade na participação em sessões clínicas conjuntas entre médicos da AB e da AE	
Utilização do telefone	Uso do telefone	Qualitativa, policotômica
Frequência na utilização do telefone	Regularidade do uso do telefone	Qualitativa, policotômica
Utilização de bilhetes	Uso de bilhetes	Qualitativa, policotômica
Frequência na utilização de bilhetes	Regularidade do uso de bilhetes	Qualitativa, policotômica

Características do uso

Variáveis	Definição de termos	Categorização
Conteúdo do FR e FCR	Informações que estão contidas, usualmente, nos FR e FCR	Qualitativa, policotômica
Recebimento do FR e FCR em tempo oportuno	Recebimento do FR e FCR em tempo útil para tomada de decisão	Qualitativa, policotômica
Dificuldade no uso do FR e FCR	Existência de impedimento para utilização dos FR e FCR	Qualitativa, policotômica
Conteúdo do RAH	Informações contidas, usualmente, no resumo de alta hospitalar	Qualitativa, policotômica
Dificuldade no uso de RAH	Existência de algum impedimento na utilização no RAH	Qualitativa, dicotômica
Protocolos do MS utilizados entre níveis assistenciais	Protocolos ministeriais utilizados na rotina profissional	Qualitativa, policotômica
Participação em capacitações para uso de Protocolos compartilhados do MS	Participação dos profissionais nas capacitações para utilização dos protocolos do MS	Qualitativa, dicotômica
Especialidades com as quais se faz Sessões clínicas conjuntas	Especialidades médicas que participam das sessões clínicas	Qualitativa, policotômica
Dificuldades na realização de Sessões clínicas conjuntas	Existência de algum impedimento para utilização das sessões clínicas conjuntas	Qualitativa, dicotômica

• Organizacionais relacionados a articulação entre níveis

Variáveis	Definição de termos	Categorização
Disponibilidade de tempo necessário para articulação entre níveis	Tempo disponível que o profissional dispõe para preencher formulários de referência ou contrarreferência, revisar protocolos do Ministério da Saúde em caso de dúvida.	Qualitativa, dicotômica

4.8 Processamento e análise dos dados

Foi construído um banco de dados com as variáveis selecionadas, que foram avaliadas por nível assistencial e por rede de atenção. Os dados foram analisados estatisticamente por meio de frequências simples, percentuais e médias, apresentados em tabelas e gráficos. Os dados foram processados no programa SPSS, versão 23.0 e pelo Microsoft Excel 2010.

Algumas variáveis de interesse foram dicotomizadas para uma melhor comparação entre níveis e redes: frequência de envio e recebimento do FR, FCR, resumo de alta hospitalar, seguimento dos protocolos, de participação das sessões clínicas e de utilização do telefone e bilhetes, recebimento do FR e FCR em tempo útil e tempo de consulta disponível para articulação clínica. Para dicotomização as respostas *sempre*, *muitas vezes* foram consideradas como alta frequência na utilização e *às vezes*, *muito poucas vezes e nunca* como baixa frequência. Em relação aos bilhetes, *diariamente e semanalmente* foi considerada alta frequência; *mensalmente e com menor frequência* foram categorizadas como baixa frequência de uso.

4.9 Considerações éticas

A Pesquisa Equity - LA II foi aprovada pelo Comitê Ético de Investigação Clínica – Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona (CEIC), protocolo 2013/5048 I (Anexo 3) e pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP com o parecer N° 3967-14 (Anexo 4).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP seguindo as diretrizes e normas da Resolução 466/12, do Conselho

Nacional de Saúde do Brasil, sendo aprovado com o parecer 1.995.731 em 03 de abril de 2017(ANEXO 5).

Pretende-se divulgar os resultados à comunidade científica, através de encontros nacionais e internacionais e por meio de elaboração de artigo a ser publicado em revista científica. Para devolutiva aos municípios, será entregue aos gestores das Secretarias de Saúde uma cópia da dissertação e a realização de uma apresentação dos resultados do estudo, acompanhada de resumo executivo.

V. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em formato de artigo original: *Conhecimento e Uso dos mecanismos para articulação entre níveis em duas redes de atenção à saúde, Brasil*, que será enviado à revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo 6).

VI. CONCLUSÃO

Os resultados identificaram a existência dos seguintes mecanismos: formulário de referência e contrarreferência, resumo de alta hospitalar, protocolos do Ministério da Saúde, sessões clínicas conjuntas, telefone e bilhetes. Porém, a existência desses instrumentos não garante sua utilização. Todos os mecanismos são subutilizados, principalmente as sessões clínicas conjuntas que são reconhecidos pela literatura, como um dos mais efetivos para gerar a coordenação assistencial.

Os médicos, quando utilizam os mecanismos, são de forma limitada e não compartilhada e um dos principais fatores é a falta de tempo para realização das atividades de articulação clínica, principalmente os especialistas. Apesar dos percalços, a AB utiliza de forma melhor e mais ampla os mecanismos para articulação entre níveis do que os especialistas e na rede de Recife, o conhecimento e o uso é melhor que na rede de Caruaru.

Portanto, os mecanismos existentes precisam ser melhor utilizados, principalmente os de padronização. Para tal, são necessárias mudanças estruturais e organizativas nas redes de saúde, assim como investimentos em atividades contínuas de educação permanente e ações para melhorar a implementação dos mecanismos. A eficácia dessas ferramentas contribui para a continuidade do cuidado, a coordenação da atenção e a melhora na qualidade dos serviços das redes de saúde.

VII. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
2. Macadam M. Framework of integrated care for the elderly:a systematic review Ontario: Canadian Policy Research Network; 2008.
3. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS; 2011.
4. Pan American Health Organization (PAHO). Renewing primary health care in the Americas: Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington DC: OPAS, 2010.
5. Protasio APL, Silva PBD, Lima ECD, Gomes LB, Machado LDS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38: 209-220.
6. Shimizu, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis. 2013; 23 (4): 1101-1122.
7. Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o programa de saúde da família em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. In: FERNANDES AA. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: OPAS; 2004. p. 77-101.
8. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciência&SaúdeColetiva. 2013;18 (1): 273-280.
9. Almeida PFD, Giovanella L, Mendonça MHMD, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública. 2010; 26 (2): 286-298.

10. Santos MAS, Oliveira MMD, Andrade SSCDA, Nunes ML, Malta DC, Moura LD. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (3): 389-398.
11. Lavras C. Atenção primária à saúde e organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20 (4): 867-874.
12. Malta DC, Merhy EE. O trajeto da linha de cuidado na perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. 2010; 14 (34): 593-606.
13. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Switzerland: WHO; 2005.
14. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014.
15. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. 2011: 61 – 74.
16. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Cien Saúde Coletiva*. 2004; 22 (9): 897–908.
17. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low: income and middle income countries. *Lancet*. 2007; 370: 1929 –1938.
18. Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções. Nova York: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2011.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

20. Fleury S, Ouverney M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
21. Pan American Health Organization (PAHO). Informe Dawson sobre el futuro de losserviciosmedicos y afines. Washington DC: OPAS, 1964.
22. Pan American Health Organization (PAHO). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de politica y hoja de ruta para suimplementaciónenlas Américas. Washington CD: OPAS, 2010
23. Calderon CA, Botero JC, Bolanos JO, Martinez RR. The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. CienSaude Colet. 2011; 16(6): 2817-28
24. Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União 28 jun 2011.
25. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15 (5): 2297-2305.
26. Ivata BRT, Carvalho MDC, Moehlecke IBP, Aparecida MRA. Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. Epidemiol. Serv. Saúde 2016; 25(3): 455-466.
27. Malta DC, Dimech CPN, Moura L, Silva Júnior JB. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2013; 22(1): 171-178.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; 35).

29. Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Busse R. Chronic disease management in Europe. *Eurohealth*. 2009;15 (1): 1-5.
30. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de saúde pública*, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.
31. Giovanella L; Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.493-625.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília: MS; 2011.
33. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista Adm. Pública*. 2013; 47 (4): 1021-1040.
34. Morosini MVGC; Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 13]; 33(1): e00206316
35. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: MS; 2011.
36. Pham HH, O'Malley AS, Bach PB, Saiontz-Martinez C, Schrag D. Primary care physicians' links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Ann Intern Med*. 2009; 150 (4): 236-42.
37. Mitchell SM, Shortell SM. The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. *The Milbank Quarterly*, v. 78, n. 2, p. 241-289, 2000.
38. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (2): 331-336.

39. TerrazaNúñez R, Vargas Lorenzo I, VázquezNavarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *GacSanit.* 2006; 20(6): 485-95.
40. Merhy EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003; 1:197-210
41. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referencia e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência&Saúde Coletiva* 2010; 15(3): 3579-86.
42. Gérvás J, Rico A. La coordinación em el sistema sanitario y su mejora através de las reformas europeas de La Atención Primaria. *Semergen.* 2005; 31 (9): 418-423.
43. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.
44. Akbari A, Mayhew A, Al Alawi MA, Grimshaw JM, Winkens RAG, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008; CD005471. [PMID: 18843691]
45. King M, Jones L, Nazareth I. Concern and continuity in the care of cancer patients and their carers: a multi-method approach to enlightened management. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO); 2006.
46. Goldman HH, Thelander S, Westrin CG. Organizing mental health services: an evidence-based approach. *J Mental Health Policy Econ.* 2000; (3): 69-75.
47. Unger JP, De Paepe P, Sen K, Soors W. International Health and Aid Policies: The need for alternatives. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
48. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving Outcomes in chronic Illness. *Managed Care Quarterly.* 1996; 4(2): 12-25.
49. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1990

50. Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny A. Health care management. 4. ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43
51. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998; 316 (7125): 133-7.
52. Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *AdvPracNurs Q*. 1998; 4(1): 33-9.
53. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield B, editor. *Atención Primaria*. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
54. Fratini JRG, Rosita S, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, cuidado e saúde*. 2008; 7 (1): 65-72.
55. Hortale VA. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (5):1398-9.
56. Campos EA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2003 ;8 (2):569-84.
57. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17 (4): 821-828.
58. Hartz, Z. *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
59. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizadora. *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
60. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. bras. saúde materno infantil*. 2010; 10 (1): 229-333.
61. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015; 5 (7): e007037.

62. Recife. Secretaria Municipal de Saúde (Recife / Pernambuco) [Homepage – Internet]. Rede de atenção à saúde. [Acesso em 07 de set 2016]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/LISTA-SECRETARIA-DE-SA%C3%9ADE-DO-RECIFE.docx>.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Estratégia Saúde da Família, 2016. [Internet]. [acesso 20 ago 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
64. Secretaria Municipal de Saúde (Caruaru / Pernambuco) [Homepage - Internet]. Rede de atenção à saúde. [Acesso em 05 set 2016]. Disponível em: <http://www.saudecaruaru.pe.gov.br/smscaruaru2013/index.php/mnu-rede-atencao-saude>

APÊNDICE 1

Solicitação De Dispensa Do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP),

Venho, por meio desta, solicitar a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para o projeto de pesquisa intitulado “Conhecimento e Uso de Mecanismos para Articulação entre Níveis de Atenção às Doenças Crônicas em Dois Municípios de Pernambuco, Brasil”, com a seguinte justificativa:

1. Trata-se de um estudo que utilizará dados secundários da fase de linha de base da Pesquisa: “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina - Equity LA-II”, realizada no ano de 2015, nos municípios de Caruaru e Recife. A referida pesquisa está sendo desenvolvida no Brasil sob a coordenação do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

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

Recife, ____ de _____ de 2017.

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

1.1 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum (diagnóstico, tratamentos, exames).										p. 1.4
1.2 Estas informações são as necessárias para a atenção aos pacientes.										
1.3 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, levam em consideração as informações trocadas entre si sobre os pacientes.										
ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – CONSISTÊNCIA DA ATENÇÃO										
1.4 Os médicos da atenção básica encaminham os pacientes aos especialistas quando é necessário.										
1.5 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram.										p. 1.6
1.5.1 Por que repetem os exames?										
1.6 Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes.										
1.7 Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, prescrevem.										
ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE										
NÍVEIS – A										
1.8 Na prática, os médicos da atenção básica são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção.										
1.9 Os especialistas encaminham os pacientes para atenção básica para consulta de acompanhamento.										
1.10 Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da atenção básica.										
1.11 Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da atenção básica sobre o acompanhamento dos pacientes.										
1.12 Os médicos da atenção básica consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes.										
ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO										
* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: Sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Muito poucas vezes	Nunca	NS	NR			
1.13 Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta.										
1.14 Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da atenção básica, espera muito tempo até o dia da consulta.										
OPINIÃO GERAL SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO										
1.15 Você acredita que a atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas na rede é articulada.										

2. FATORES DOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: Sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Muito poucas vezes	Nunca	NA	NS	NR
2.1 O profissional do apoio territorial ou o coordenador de área facilita a articulação entre os médicos da atenção básica e os especialistas.								
2.2 Os gerentes/ diretores das policlínicas e das unidades hospitalares facilitam a articulação entre os médicos da atenção básica e os especialistas.								
2.3 Sua relação profissional com os médicos do outro nível de atenção da rede é boa.								
2.4 Você conhece pessoalmente os médicos do outro nível de atenção que atendem os pacientes que você trata.								
2.5 Você confia nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível que atendem os pacientes que você trata.								
2.6 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, precisam colaborar entre si para dar ao paciente a atenção que ele precisa.								

3. CONHECIMENTO E USO DOS MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

* Responda segundo sua experiência na sua rede de serviços (Caruaru ou DS III – Recife)

Quais os mecanismos ou ferramentas de articulação entre níveis de atenção existem na sua rede de serviços (Caruaru ou DS III – Recife)? LER PERGUNTAS.

3.1 Formulário de referência e contrarreferência?	(1) Sim	seção 4	(2) Não
3.2 Resumo de alta hospitalar?	(1) Sim	seção 5	(2) Não
3.3 Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre os níveis assistenciais?	(1) Sim	seção 6	(2) Não
3.4 Sessões clínicas conjuntas de médicos da atenção básica e especialistas?	(1) Sim	seção 7	(2) Não
3.5 Telefone institucional?	(1) Sim		(2) Não
3.6 Outros, quais? _____			

Apenas para quem respondeu à pergunta 3.1 que existem formulários de referência e de contrarreferência na rede

4. FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

* Responda segundo a sua experiência de utilização do documento de referência e contrarreferência na Rede (Caruaru ou DS III – Recife).

4.1 Quando encaminha um paciente a outro nível, com que frequência utiliza os formulários de referência (se for médico da atenção básica) ou contrarreferência (se for especialista)? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) As vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca p.4.4 (98) NS/NR
p.4.4

4.2 Para que os utiliza?

4.3 Como são enviados os formulários de referência e contrarreferência?	
(1) Pelo paciente	(2) Pela Central de Regulação
Outros, quais? _____	

4.4 Quando atende a um paciente encaminhado por um médico do outro nível, com que frequência recebe um formulário de referência (se for especialista) ou contrarreferência (se for médico da atenção básica)? LER OPÇÕES DE RESPOSTA	
(1) Sempre p.4.6	(2) Muitas vezes
(3) Às vezes	(4) Muito poucas vezes
(5) Nunca	(98) NS/NR p.4.6
4.5 Por que acha que não os recebe sempre?	

Se respondeu <i>nunca</i> na pergunta 4.4, pular para a pergunta 4.10	
4.6 Como recebe os formulários de referência e contrarreferência?	
(1) Pelo paciente	(2) Pela Central de Regulação
Outros, quais? _____	
4.7 Que informações recebe habitualmente no formulário de referência (se for médico especialista) e de contrarreferência (se for médico da atenção básica) (Resposta múltipla)?	
(1) História clínica do paciente	(2) Motivo de referência
(3) Diagnóstico	(4) Tratamentos
(5) Exames	(6) Dados de identificação pessoal
(7) Nenhuma	(98) NS / NR
Outras, quais? _____	
Para médicos da atenção básica	
4.8 A informação recebida na contrarreferência responde ao motivo da referência? LER OPÇÕES DE RESPOSTA	
(1) Sempre	(2) Muitas vezes
(3) Às vezes	(4) Muito poucas vezes
(5) Nunca	(98) NS/NR
4.9 Recebe a informação em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente? LER OPÇÕES DE RESPOSTA	
(1) Sempre	(2) Muitas vezes
(3) Às vezes	(4) Muito poucas vezes
(5) Nunca	(98) NS/NR
Para todos	
4.10 Detecta dificuldades na utilização do formulário de referência ou contrarreferência?	
(1) Sim	(2) Não
seção seguinte	
(98) NS/NR	seção seguinte

4.11 Quais as dificuldades?

Apenas para médicos que responderam na pergunta 3.2 que existem resumos de alta hospitalar na rede.

5 RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

* Responda segundo sua experiência de utilização do resumo de alta hospitalar na rede (Caruaru ou DS III – Recife)

5.1 Para que é utilizado o resumo de alta hospitalar?**Para médicos da atenção básica****5.2 Com que frequência recebe um resumo de alta hospitalar? LER OPÇÕES DE RESPOSTA**

(1) Sempre p. 5.4 (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca
(98) NS/NR p. 5.4

5.3 Por que você acha que não os recebe sempre?

Se respondeu *nunca* na pergunta 5.2 pular para a pergunta 5.9

5.4 Como recebe o resumo de alta hospitalar?

(1) Pelo paciente (2) Pela Central de Regulação Outros, quais? _____

5.5 Que informações recebe habitualmente nos resumos de alta hospitalar? RESPOSTA MÚLTIPLA

(1) Diagnóstico (2) Motivo da internação (3) Indicações para o acompanhamento
(4) Tratamento farmacológico (5) Resultados de exames (6) Procedimentos realizados
(7) Nenhuma Outra informação, qual? _____ (98) NS / NR _____

5.6 Recebe a informação em tempo útil para tomar decisões sobre a assistência ao paciente? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR

Para médicos especialistas que fazem atendimento aos pacientes hospitalizados**5.7 Com que frequência envia um resumo de alta hospitalar? LER OPÇÕES DE RESPOSTA**

p. 5.9 (98) NS/NR

(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes
(5) Nunca

5.8 Como envia o resumo de alta hospitalar?

(1) Pelo paciente (2) Pela Central de Regulação Outros, quais? _____

<p>Todos</p> <p>5.9 Detecta dificuldades na utilização do resumo de alta hospitalar?</p> <p>(1) Sim (2) Não seção seguinte (98) NS/NR seção seguinte</p> <p>5.10 Quais as dificuldades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>Apenas para os que responderam a questão 3.3 que existem Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção.</p> <p>6. PROTOCOLOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COMPARTILHADOS PELOS NÍVEIS DE ATENÇÃO</p> <p><i>* Responda segundo sua experiência com o uso de protocolos do ministério da saúde compartilhados pelos níveis de atenção na Rede (Caruaru ou DS III – Recife).</i></p> <p>6.1 Para que se utilizam os protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>6.2 Quais você usa? _____</p> <p style="text-align: right;">Se respondeu <i>nenhum</i>, pular para a pergunta 6.4</p> <p>6.3 Você segue as recomendações dos Protocolos do Ministério de Saúde compartilhados pelos níveis de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR</p> <p>6.4 Detecta dificuldades na utilização dos protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?</p> <p>(1) Sim (2) Não p.6.6 (98) NS/NR p.6.6</p> <p>6.5 Quais as dificuldades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>6.6 Você acha que os protocolos foram elaborados levando em conta o ponto de vista dos médicos dos distintos níveis de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR</p> <p>6.7 Você já participou alguma vez de uma capacitação sobre o uso dos protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS/NR</p> <p>Apenas para os que responderam a questão 3.4 que sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas são realizadas.</p> <p>7. SESSÕES CLÍNICAS CONJUNTAS ENTRE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS</p> <p><i>* Responda segundo sua experiência com as sessões clínicas conjuntas em que participam médicos de atenção básica e especialistas da rede (Caruaru ou DS III – Recife).</i></p> <p>7.1 Para que são realizadas sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>7.2 Com quais especialidades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7.3 A instituição lhe proporciona tempo para participar das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>(1) Sim (2) Às vezes (3) Não p. 7.5 (4) Não se realizam com minha especialidade p.7.9 (98) NS/NR</p>
<p>7.4 Você acha o tempo suficiente?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS/NR</p>
<p>7.5 Onde são realizadas? RESPOSTA MÚLTIPLA</p> <p>(1) Unidade de atenção básica (2) Unidade especializada (3) Unidade hospitalar</p> <p>Outros, quais? _____ (98) NS/NR</p>
<p>7.6 Qual é o conteúdo das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7.7 O que você acha do conteúdo? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Muito adequado (2) Adequado (3) Indiferente (4) Pouco adequado (5) Nada adequado (98) NS/NR</p>
<p>7.8 Com que frequência participa das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR</p>
<p>7.9 Detecta dificuldades na realização das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?</p> <p>(1) Sim (2) Não seção seguinte (98) NS/NR seção seguinte</p>
<p>7.10 Quais as dificuldades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Para todos.</p> <p>8. OUTROS MECANISMOS: TELEFONE, BILHETE \ RECADO</p>
<p>8.1 Utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA. RESPOSTA MÚLTIPLA</p> <p>(1) Sim, o institucional (2) Sim, o pessoal (3) Não p.8.3 (98) NS/NR p.8.3</p>
<p>8.2 Com que frequência utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Com menor frequência (98) NS/NR</p>
<p>8.3 Utiliza bilhetes para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sim. (3) Não p.9.1 (98) NS/NR p.9.1</p>
<p>8.4 Com que frequência utiliza bilhetes para consultar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Com menor frequência (98) NS/NR</p>

8.5 Por que os utiliza? ____	____
9. SUGESTÃO PARA MELHORIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO	
9.1. O que você propõe para melhorar a articulação da atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas da rede?	

10. FATORES ORGANIZACIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO	
10.1 Quantos pacientes, em média, você atende por hora de trabalho?	
____ pacientes	
10.2 Você dispõe de quanto tempo, em média, por consulta?	
____ minutos	
10.3 Você acha que o tempo de consulta que pode dedicar para a articulação clínica (preencher formulários de referência ou contrarreferência, revisar protocolos do Ministério de Saúde em caso de dúvida) é suficiente? <i>LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i>	
(1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR	
10.4 Há quanto tempo começou a trabalhar nesta unidade? ____ anos ____ meses	
____ meses	
10.5 Qual é o seu vínculo com esta instituição? <i>RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i>	
(1) Contrato por prazo determinado (2) Emprego público/estatutário (3) Emprego público/Celetista	
(4) Cargo Comissionado (5) Contrato por tempo indeterminado (6) PROVAB	
(7) MAIS MÉDICOS (8) Residente (98) NS/NR	
Outro, qual? _____	

10.6 Como se dá sua remuneração nesta instituição? <i>RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i>	
(1) Assalariado (2) Por produtividade (3) Bolsista (98) NS/NR	
10.7 Quantas horas trabalha por semana nesta unidade? ____ horas	
10.8 Complementa seu trabalho na rede pública com a atenção privada (fora do SUS)?	
(1) Sim (2) Não (98) NS/NR	
10.9 Sua instituição supervisiona ou avalia regularmente a sua atividade clínica?	
(1) Sim (2) Não p.10.10 p. 10.10 (98) NS/NR	
10.9.1 Como é feita?	

10.9.2 Você conhece os resultados da avaliação ou supervisão de atividade clínica?	
(1) Sim (2) Não (3) Às vezes (98) NS/NR	
10.10 Sua instituição limita o número de encaminhamentos que pode realizar?	
(1) Sim (2) Não (98) NS/NR	
* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente	

<p>10.11 Você pretende mudar de trabalho nos próximos 6 meses. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR</p>
<p>10.12 Você recebe um bom salário por seu trabalho. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR</p>
<p>10.13 Você está satisfeito/a com seu trabalho. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR</p>
<p>11 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS</p>
<p>11.1 Anotar sexo: (1) Masculino (2) Feminino (98) NS/NR</p>
<p>11.2 Data de nascimento _____ / _____ / _____</p>
<p>11.3 País de nascimento _____</p>
<p>11.4 Formação (especialidade) _____</p>
<p>12 PREENCHER DEPOIS DA ENTREVISTA</p>
<p>Você teria interesse em receber os resultados do estudo? (1) Sim <i>ANOTE OS DADOS DE CONTATO NO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (e-mail, telefone)</i> (2) Não</p>
<p>Existe algum comentário adicional que queira fazer sobre a entrevista? _____ _____</p>
<p>* Muito obrigado/a ela sua participação</p>
<p>12.1 Hora de finalização: _____ : _____</p>
<p>12.2 Como foi a colaboração do entrevistado? (1) Boa (2) Regular (3) Ruim</p>
<p>12.3 Como foi a compreensão das perguntas? (1) Boa (2) Regular (3) Ruim</p>
<p>Observações gerais do entrevistador _____ _____</p>

ANEXO2

Unidades de saúde selecionadas para o inquérito na Rede intervenção e na Rede Controle.

	Rede intervenção	Rede controle
Atenção primária	USF Agamenon Magalhães I e II	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho
	USF Caiucá I e II	USF Mangabeira
	USF Morro Centenário	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição
	USF Morro São Francisco	USF Alto José Bonifácio
	USF Cipó	USF Córrego do Eucalipto
	USF CAIC	USF da Macaxeira
	USF Centenário	USF Alto do Eucalipto
	USF Cidade Jardim	USF Vila Boa Vista
	USF Encanto da Serra	USF Córrego da Bica
	USF Jardim Liberdade	USF da Guabiraba
	USF Jardim Panorama I	USF Gilberto Freyre/Bola na Rede
	USF Severino Afonso	USF Santa Tereza
	USF João Mota	USF Passarinho Baixo
	USF José Carlos de Oliveira I e II	Upinha 24h Moacyr André Gomes
	USF José Liberato I e II	Upinha dia Córrego do Euclides
	USF Morada Nova	Upinha 24h Dr. Hélio Mendonça
	USF Novo Mundo	
	USF Padre Inácio	
	USF Rendeiras I e II	
	USF Serranópolis	
	USF Salgado I, II, III e IV	
	USF Sinhazinha II	
	USF Santa Rosa I, II, III e IV	
	USF São João da Escócia I, II, III	
	USF Vila Kennedy II	
	USF Vassoural I, II e III	
	USF Gonçalves Ferreira	
	USF Alto do Moura	
	USF Cachoeira Seca	
	USF Juá	
	USF Lagoa da Pedra	
	USF Murici	
USF Pau Santo		
USF Peladas		

	USF Rafael	
	USF Serra Velha	
	USF Terra Vermelha	
	USF Xicuru	
Atenção especializada	Policlínica da 3ª idade	Policlínica Clementino Fraga
	Ambulatório de especialidades	Policlínica Barros Lima
	Unidade de Atenção Psicossocial	Hospital Helena Moura
	Clínica da Mulher	Centro Médico Ermírio de Moraes
	Centro Municipal de especialidades médicas	Policlínica Albert Sabin
	Centro de Saúde Amélia de Pontes	AMEM
	Hospital do Coração – HCC	CAPS Esperança
	Centro de Saúde Indianópolis	CAPS Espaço Azul
	CAPS III (Transtorno)	CPTRA
	Hospital Municipal Manoel Afonso	Maria Lucinda
	UPA Vassoural	Fundação Santa Luzia
	Policlínica/Urgência/SPA do Salgado	Firmando Passos II
	Hospital Municipal de Caruaru	CERVAC
	Centro de Especialidades do Salgado	Núcleo de Saúde
	Centro de Saúde Ana Rodrigues	
Centro de Saúde do CEDRO		
Atenção primária/ Especializada		USF/UBT Bruno Maia
		UBT Mário Monteiro
		UBT Iná Rosa Borges
		UBT/PACS Mário Ramos
		UBT/PACS Francisco Pignatari
		UBT/PACS Joaquim da Costa Carvalho

ANEXO 3

Parecer de aprobación do Comité Ético de Investigación Clínica – Consórcio de Salut de Barcelona (CEIC)



Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2013/5048/I titulado *"The impact of alternative care integration strategies on health care networks' performance in different Latin American health systems"* propuesto por la Dra. M^a Luisa Vázquez Navarrete del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

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

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

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

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

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

COMITE ETIC D'INVESTIGACIO CLINICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado:
Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo

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

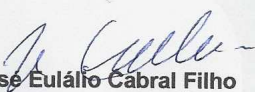
ANEXO 4**Parecer de aprovação do Comitê de Ética do IMIP**

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

**DECLARAÇÃO**

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

Recife, 23 de janeiro de 2014

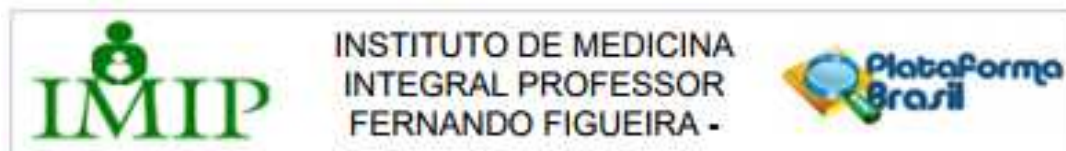

Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei: 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei: 5013 de 14/05/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec: 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.501/0001-29

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

Anexo 5

Aprovação do Comitê de Ética – IMIP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E USO DE MECANISMOS PARA ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS EM DOIS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL

Pesquisador: cecylia roberta ferreira de oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64439017.0.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.995.731

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo e de corte transversal com uma abordagem quantitativa. O estudo utilizará os dados coletados nos municípios de Recife (Distrito Sanitário III e VII) e de Caruaru. Será realizado no período de março de 2016 a setembro de 2017. A população do estudo é composta por médicos que atuam na atenção básica e na atenção especializada, nos municípios de Recife e Caruaru.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o conhecimento e o uso dos mecanismos de articulação entre níveis assistenciais na atenção aos pacientes com doenças crônicas, nos municípios de Recife e Caruaru, em Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não menção a riscos e benefícios, pois não sujeitos diretamente envolvidos nesta pesquisa, tendo em vista que a mesma utilizará dados secundários provenientes da Pesquisa: "Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina - Equity LA-II", realizada no ano de 2015, nos municípios de Caruaru e Recife.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável nos termos aqui apresentados.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitadeetica@imip.org.br

ANEXO 6

Normas para publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1678-4464 *versión on-line*

Escopo e política

e Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com critério científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Pedimos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação em *Cadernos de Saúde Pública*, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a *Cadernos de Saúde Pública*.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais –

[LINK 3](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios

do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [NederlandsTrialRegister](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na

tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open DocumentSpreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (TaggedImage File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat), ODT (Open DocumentText), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe

Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente

pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>,

utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil**

Tel.: +55 21 2598-2511

Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@fiocruz.br