

## Percepção dos médicos sobre reuniões entre níveis de atenção em uma rede municipal de saúde de Pernambuco, Brasil

*Doctors' perception of meetings between levels of care in a municipal health network in Pernambuco, Brazil*

Thaís Camille Alves Gonçalo Rodrigues<sup>1</sup>, Isabella Chagas Samico<sup>2</sup>, Marina Ferreira de Medeiros Mendes<sup>3</sup>

Artigo Original

### RESUMO

O estudo analisa a percepção de médicos da atenção primária (AP) e especializada (AE) sobre a intervenção Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção em uma rede municipal de saúde de Pernambuco, Brasil. Estudo avaliativo realizado por meio de entrevistas com 86 médicos. Utilizou-se análise univariada e bivariada dos dados. Os resultados demonstraram que 79,2% dos profissionais da AP e 20,8% da AE referiram ter conhecimento sobre o componente Linha de Cuidado em Diabetes, enquanto 73,5% AP e 26,5% AE sobre Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental. O principal motivo para utilização da linha de cuidado para profissionais da AP foi dar bom atendimento ao paciente (43,3%), enquanto os da AE referiram padronização da atenção e acompanhamento ao paciente (43,8%). Dificuldades referidas: deficiências dos serviços, realização do apoio diagnóstico e seguimento do tratamento. Verificaram-se percentuais mais elevados quanto à confiança e colaboração na perspectiva dos profissionais da AP. Entretanto, pouco mais de um terço dos médicos afirmaram conhecer o profissional do outro nível de atenção. Os resultados demonstram que a intervenção foi percebida como fundamental para melhoria da articulação e cooperação entre AP e AE com fomento ao desenvolvimento da percepção da forma de atuação e implicação dos profissionais nesse processo.

**Palavras-Chave:** Assistência Integral à Saúde. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Colaboração Intersetorial. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

The study analyzes the perception of doctors in primary (PC) and secondary care (SC) about the intervention Joint Meetings between Health Care Levels in a municipal health care network of Pernambuco, Brazil. Evaluative study carried out through interviews with 86 doctors. Univariate and bivariate data analysis was performed. Results demonstrated that 79.2% of PC professionals and 20.8% of SC reported knowledge about Diabetes Shared Care Guidelines component, while 73.5% PC and 26.5% SC about Joint Discussions of Clinical Cases in Mental Health. According to PC professionals, the main reason to using the care guidelines was to provide good patient care (43.3%) whilst standardization of care and patient follow-up (43.8%) were reported by the SC professionals. As difficulties: deficiencies in services, exams and continuity of treatment. Higher percentages related to trust and collaboration in the perspective of PC professionals were achieved. However, near a third of doctors referred to know the professional at the other level of care. The results demonstrate that the intervention was perceived as essential to improving articulation and cooperation between PC and SC towards a perception development of the performance way and professionals' involvement in this process.

**Keywords:** Comprehensive Health Care. Delivery of Health Care. Intersectorial Collaboration. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de Recife, PE – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8816-4787>

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8338-7946> – E-mail: [isabella.samico@gmail.com](mailto:isabella.samico@gmail.com)

<sup>3</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5752-5217>

## INTRODUÇÃO

A realidade dos sistemas fragmentados de saúde é refletida pelas disfunções na coordenação do cuidado, marcada pela incipiente comunicação entre profissionais. O cenário de fragmentação é marcado por um sistema em que coexistem diferentes modelos de saúde<sup>1,2</sup>. No Brasil, o desafio do desenvolvimento de um modelo que harmonize tecnologias para suprir as demandas, em que imperam diferentes cargas de doenças e perfis epidemiológicos, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é destaque entre diferentes autores<sup>1,2,3</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria nº 4.279, em 2010, e pelo Decreto Presidencial nº 7.508, em 2011, as Redes de atenção à saúde (RAS) no Brasil<sup>1,4</sup>. Com o objetivo de arquitetar um sistema que, entre os níveis assistenciais com o usuário no centro do cuidado, equipare a atenção entre as condições crônicas e agudas e possa alcançar, dessa forma, resultados sanitários válidos e que aperfeiçoem a qualidade da assistência e da vida dos usuários<sup>1,5</sup>.

Um dos principais obstáculos para a RAS está na implementação efetiva da coordenação do cuidado, o que provoca insuficiências na cobertura e fragmentação organizacional<sup>6</sup>. A coordenação, enquanto junção de serviços necessários para a oferta de cuidado longitudinal e integral a um usuário, no tempo e local adequados, correspondem a um recurso fundamental para obter a resolubilidade e continuidade do cuidado<sup>7</sup>. A coordenação assistencial pode ser categorizada em três tipos: da informação, a qual aborda a transferência e uso de dados; da gestão da clínica, que se refere à oferta de cuidados sucessivos e complementares entre os níveis de atenção; e a administrativa, que trata dos procedimentos que garantem a organização do acesso<sup>7,8</sup>.

Com o envolvimento dos diferentes atores no diagnóstico e estruturação das ações e uso da metodologia participativa, as Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção configuram-se como uma potente intervenção. Este tipo de intervenção contempla diferentes estratégias, tais como as linhas de cuidado e discussões conjuntas de casos<sup>9-11</sup>. As linhas de cuidado têm por finalidade a organização e qualificação dos serviços de saúde de maneira a garantir a integralidade e longitudinalidade em todos os pontos de atenção<sup>10</sup>. Por outro lado, as discussões conjuntas de casos representam importante mecanismo para que a interação entre a atenção primária (AP) e especializada aconteça horizontalmente<sup>12</sup>.

Estudos<sup>13-20</sup> sobre a coordenação entre níveis de atenção desenvolvidos na América Latina tem demonstrado insuficiências na articulação entre a atenção primária à saúde (APS) e atenção especializada (AE) e, dentre os diversos fatores associados encontram-se o não reconhecimento do papel da APS como coordenadora do cuidado, uma comunicação incipiente

entre os profissionais bem como dificuldades no uso de mecanismos como sessões clínicas conjuntas, referência e contrarreferência, diretrizes e protocolos compartilhados. Nesse sentido, intervenções que possibilitem superar esses obstáculos relacionados à comunicação e cooperação entre os profissionais, podem influenciar positivamente na qualificação dos processos assistenciais.

É nesse cenário que este artigo analisa a percepção dos médicos da atenção primária e especializada sobre a intervenção Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção a partir dos componentes Linha de Cuidado em Diabetes e Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental em uma rede municipal de saúde do estado de Pernambuco.

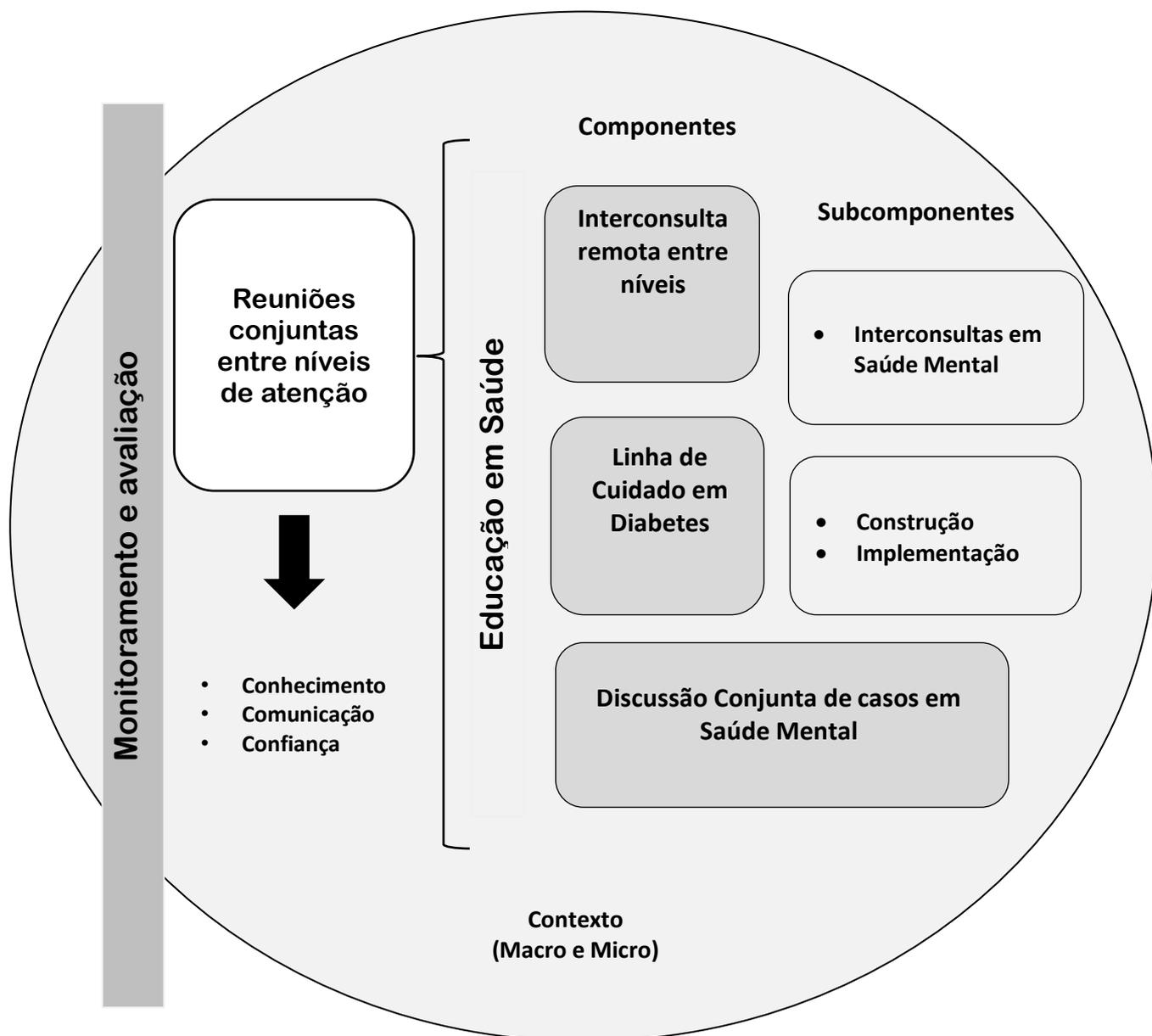
## **METODOLOGIA**

Este estudo é um recorte da fase de avaliação da intervenção da pesquisa multicêntrica: “Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II, disponível em: [www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu))”, cujo objetivo foi avaliar a efetividade de intervenções planejadas e implantadas em diferentes sistemas de saúde da América Latina<sup>7</sup>.

A construção e implantação da intervenção desenvolvida na rede de saúde do município de Caruaru - Pernambuco baseou-se na estratégia da investigação-ação participativa<sup>7,21</sup>, com envolvimento dos participantes no processo e reflexão coletiva para tomada de decisão. Um Comitê Condutor Local, composto por gestores e gerentes, profissionais de saúde e equipe da pesquisa foi estabelecido com a finalidade de conduzir o processo de construção, implementação e monitoramento da intervenção<sup>22</sup>.

A principal dificuldade elencada pelos participantes no estudo de linha de base da pesquisa foi a falta de comunicação e de confiança entre os profissionais da atenção primária (AP) e atenção especializada (AE). A intervenção proposta para o município foi “Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção com foco nos componentes Linha de Cuidado em Diabetes e Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental” (Figura 1, na próxima página). A implantação foi realizada em duas etapas: 1. Implementação da intervenção na rede de saúde: setembro de 2016 a janeiro de 2017; 2. Monitoramento, com ajuste após seis meses e avaliação final: fevereiro a dezembro de 2017<sup>21,22</sup>.

**Figura 1** - Intervenção Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção implementada no município de Caruaru, 2017



Fonte: Elaborada pelas autoras<sup>22</sup>

### Desenho, local e período do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem quantitativa do tipo inquérito. Foi realizado no município de Caruaru, localizado a 138 km do Recife, estado de Pernambuco<sup>23</sup>. A rede de serviços conta com 75 centros de AP e 18 centros de AE (Centros de saúde, policlínicas, ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e hospitais). O estudo foi realizado no período de março de 2018 a setembro de 2019<sup>22</sup>.

## População e amostra

A população do estudo constituiu-se por profissionais médicos que trabalhavam há mais de três meses na rede pública do município. O tamanho inicial mínimo estimado para a amostra da Pesquisa Equity LA II<sup>7</sup> foi de 174 médicos, sendo 87 da AP e 87 da AE, com mínimo de 50 médicos por nível assistencial. A amostra foi calculada para assegurar a detecção de uma variação de 15% na percepção dos médicos sobre a coordenação da atenção entre níveis de atenção, com um poder de 80% ( $\alpha=0.20$ ) e um nível de confiança de 95% ( $\beta= 0.05$ ) e para comparação entre redes. Entrevistou-se um total de 180 profissionais, sendo 69 médicos das Unidades de Saúde da Família (USF) e 111 dos Centros de Especialidades (policlínicas, ambulatórios de especialidades, CAPS e centros de saúde) da rede municipal de saúde<sup>22</sup>.

Para esse total de profissionais entrevistados, utilizou-se duas variáveis de filtro, correspondentes ao conhecimento dos componentes da intervenção. Para o estudo atual considerou-se as entrevistas com as respostas afirmativas sobre o conhecimento da Linha de Cuidado em Diabetes e Discussão Conjunta de Casos em SM, sendo a amostra constituída por 86 médicos, com 64 da AP e 22 da AE<sup>22</sup>.

## Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com utilização de questionário estruturado (COORDENA<sup>®7</sup>) no período de janeiro a março de 2018.

Foram analisadas variáveis relacionadas aos dois componentes da intervenção: Construção e Implantação da Linha de Cuidado de Diabetes e Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental que compõem as seguintes seções do questionário COORDENA<sup>®7</sup>: Dados sociodemográficos (sexo, idade, nacionalidade) e laborais (nível de atenção, especialidade, experiência no local de trabalho – vínculo, carga horária, trabalho no setor privado); Fatores profissionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção (conhecimento interpessoal, confiança e colaboração); Linha de cuidados em diabetes (motivo da utilização, adequação às recomendações, conteúdo e utilidade da linha de cuidado, motivo, dificuldades, tipo de dificuldades, coerência na elaboração, capacitação) e Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental entre médicos da atenção básica, psiquiatras e outros profissionais (objetivo, disponibilidade de tempo, adequação do tempo, frequência de participação, conteúdo, utilidade, motivo da percepção de utilidade, dificuldade na realização das reuniões, tipos de dificuldades).

Elaborou-se um banco de dados contendo as variáveis selecionadas e analisadas por nível de atenção. Realizou-se análise descritiva univariada (frequências simples, percentuais e médias) e análise bivariada (teste qui-quadrado e exato de Fisher) com significância estatística

um valor de  $p < 0,005$ . Os dados foram processados no programa SPSS, versão 23.0 e pelo Microsoft Excel 2010<sup>22</sup>.

## Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (parecer n.º 3.340.625 – CAAE n.º 12877419.0.0000.5201).

## RESULTADOS

Dentre o total de 86 entrevistados, 64 (74,4%) eram da AP e 22 (25,6%) da AE. A maior parte era do sexo feminino (53,1%), na faixa etária entre 24 e 34 anos (46%), verificando-se a presença de médicos estrangeiros (15,7%) na AP; enquanto na AE a maior parte era do sexo masculino (68,2%), na faixa etária de 35 a 49 anos (50%) e nacionalidade brasileira (95,5%). No que se refere às especialidades, verificou-se diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) com maior prevalência de medicina de família e comunidade (48,4%) e clínica médica (35,9%) na AP e clínica médica (27,3%) e psiquiatria (13,6%) na AE. (Tabela 1).

No tocante às características laborais, com relação ao tipo de vínculo institucional, se estável ou temporário, observou-se diferença expressiva com predomínio do vínculo temporário na AP (71,9%). A carga horária de trabalho é maior que 20 horas semanais (85,9% - AP e 54,5% - AE, respectivamente), com diferença para a maior parte dos profissionais da AP. (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e laborais da amostra distribuídas entre níveis de atenção. Caruaru-PE, 2018

Variáveis	Nível		Total n (%)	p-valor
	AP n (%)	AE n (%)		
<b>Sexo</b>				
Masculino	30 (46,9%)	15 (68,2%)	45 (100%)	0,084 <sup>1</sup>
Feminino	34 (53,1%)	7 (31,8%)	41 (100%)	
<b>Faixa Etária<sup>4</sup></b>				
24-34 anos	29 (46,0%)	4 (18,2%)	33 (38,8%)	0,053 <sup>1</sup>
35-49 anos	24 (38,1%)	11 (50,0%)	35 (41,2%)	
50 anos e +	10 (15,9%)	7 (31,8%)	17 (20,0%)	

(Conclusão)

Variáveis	Nível		Total n (%)	p-valor
	AP n (%)	AE n (%)		
<b>Nacionalidade</b>				
Brasil	54 (84,4%)	21 (95,5%)	75 (87,2%)	0,585 <sup>2</sup>
Cuba	9 (14,1%)	1 (4,5%)	10 (11,6%)	
Hungria	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	
<b>Especialidade médica</b>				
Médico da Família e Comunidade	31 (48,4%)	1 (4,5%)	32 (37,2%)	< 0,001 <sup>2</sup>
Médico Clínico	23 (35,9%)	6 (27,3%)	29 (33,7%)	
Cardiologista	1 (1,6%)	1 (4,5%)	2 (2,3%)	
Psiquiatra	1 (1,6%)	3 (13,6%)	4 (4,7%)	
Outros <sup>3</sup>	8 (12,5%)	11 (50,0%)	19 (22,1%)	
<b>Vínculo institucional<sup>2</sup></b>				
Estável	18 (28,1%)	13 (59,1%)	31 (36,0%)	0,009 <sup>1</sup>
Temporário	46 (71,9%)	9 (40,9%)	55 (64,0%)	
<b>Horas trabalhadas por semana</b>				
≤ 20h	9 (14,1%)	10 (45,5%)	19 (22,1%)	0,006 <sup>2</sup>
> 20h	55 (85,9%)	12 (54,5%)	67 (77,9%)	
<b>Trabalho complementar no setor privado<sup>4</sup></b>				
Sim	21 (33,3%)	11 (50,0%)	32 (37,6%)	0,165 <sup>1</sup>
Não	42 (66,7%)	11 (50,0%)	53 (62,4%)	

Nota: <sup>1</sup> Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste de Fisher; <sup>3</sup> Hematologista, Pediatra, Cirurgia vascular, Ginecologista/obstetra, Ortopedista, Otorrinolaringologista, Cirurgião pediátrico, Médico do Trabalho, Neurologista, Gastroenterologista, Dermatologia, Infectologista. <sup>4</sup> Variáveis com 85 respostas válidas

Fonte: Elaborada pelas autoras<sup>22</sup>

Do total de entrevistados, 79,2% dos profissionais da AP e 20,8% da AE referiram ter conhecimento sobre a Linha de Cuidado em Diabetes (LCD), tendo a maioria afirmado que segue as orientações e considera o conteúdo adequado. Verificou-se diferença estatisticamente significativa no tocante à participação em capacitações, com 77% para a AP e 25% para a AE. (Tabela 2). No que se refere ao motivo para utilização da LCD, a maior parte dos profissionais da AP afirmou ser para dar um bom atendimento ao paciente (43,3%) e, já para os médicos da AE foi a padronização da atenção e acompanhamento ao paciente (43,8%). Por outro lado, dentre os profissionais que referiram algum tipo de dificuldade na utilização da LCD, os médicos da AP, em especial, citaram com mais frequência a deficiência na estrutura dos serviços. (Tabela 3).

Quanto à Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental (SM), 35 profissionais, sendo 26 (73,5%) da AP e 9 (26,5%) da AE afirmaram ter conhecimento, não se observando diferença estatisticamente significativa entre os níveis. Todos os profissionais referiram que a Discussão

Conjunta de Casos em SM é útil e apresenta conteúdo adequado (Tabela 2). Os profissionais da AP (52%) e da AE (55,6%) indicaram utilizar as reuniões para discussão de casos clínicos e, como principal motivo, a troca de experiências e/ou discussão de casos (52% da AP e 62,5% da AE) (Tabela 3). No tocante às dificuldades para participação nas discussões em saúde mental, os profissionais da AP relataram entraves para aceitar um horário e pouca frequência/não realização dos encontros, enquanto para os médicos da AE foi a falta de disponibilidade dos profissionais (Tabela 3).

**Tabela 2 - Opinião dos profissionais sobre a Linha de Cuidado em Diabetes e Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental por nível de atenção. Caruaru-PE, 2018**

Variáveis	Nível		p-valor
	AP n (%)	AE n (%)	
<b>Linha de Cuidado em Diabetes (LCD)</b>			
<b>Segue as recomendações da LCD</b>			
Sim	59 (96,7%)	13 (86,7%)	0,172 <sup>1</sup>
Não	2 (3,3%)	2 (13,3%)	
<b>O que acha sobre conteúdo da LCD</b>			
Adequado	60 (98,4%)	16 (100%)	1,000 <sup>1</sup>
Inadequado	1 (1,6%)	0 (0,0%)	
<b>Acha útil a LCD</b>			
Sim	61 (100,0%)	16 (100,0%)	-
Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<b>Detecta dificuldades na utilização da LCD</b>			
Sim	11 (18,0%)	4 (26,7%)	0,478 <sup>1</sup>
Não	50 (82,0%)	11 (73,3%)	
<b>A LCD elaborada considerou o ponto de vista dos médicos de diferentes níveis de atenção</b>			
Sim	55 (91,7%)	13 (81,3%)	0,354 <sup>1</sup>
Não	5 (8,3%)	3 (18,8%)	
<b>Participou de alguma capacitação sobre a LCD</b>			
Sim	47 (77,0%)	4 (25,0%)	<0,001 <sup>1</sup>
Não	14 (23,0%)	12 (75,0%)	
<b>Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental (SM)</b>			
<b>Considera suficiente o tempo para participar da Discussão Conjunta de Casos em SM</b>			
Sim	21 (84,0%)	8 (88,9%)	1,000 <sup>1</sup>
Não	4 (16,0%)	1 (11,1%)	

(Conclusão)

Variáveis	Nível		p-valor
	AP n (%)	AE n (%)	
<b>Participa com frequência da Discussão Conjunta de Casos em SM</b>			
Sim	18 (72,0%)	4 (44,4%)	0,224 <sup>1</sup>
Não	7 (28,0%)	5 (55,6%)	
<b>Sobre o conteúdo da Discussão Conjunta de Casos em SM 2</b>			
Adequado	25 (100,0%)	8 (100,0%)	-
Indiferente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<b>Considera ser útil a Discussão Conjunta de Casos em SM</b>			
Sim	26 (100,0%)	9 (100,0%)	-
Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<b>Identifica dificuldades para realização da Discussão Conjunta de Casos em SM 3</b>			
Sim	10 (38,5%)	3 (37,5%)	1,000 <sup>1</sup>
Não	16 (61,5%)	5 (62,5%)	

Nota: <sup>1</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>2</sup> Variável com 33 respostas válidas; <sup>3</sup> Variável com 34 respostas válidas.

Fonte: Elaborada pelas autoras<sup>22</sup>

**Tabela 3 – Motivo, utilidade e dificuldade sobre a Linha de Cuidado em Diabetes e Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental segundo os níveis de atenção. Caruaru-PE, 2018**

<b>Linha de Cuidado em Diabetes (LCD)</b>			
<b>Para que utilizam a LCD</b>			
<b>AP</b>	<b>n (%)</b>	<b>AE</b>	<b>n (%)</b>
Dar um bom atendimento ao paciente/ melhorar a qualidade	26 (43,3%)	Padronização da atenção e acompanhamento ao paciente	7 (43,8%)
Orientação/guia para o atendimento ao paciente	16 (26,7%)	Dar um bom atendimento ao paciente/ melhorar a qualidade	5 (31,3%)
Padronização da atenção e acompanhamento ao paciente	13 (21,7%)	Orientação/ guia para o atendimento ao paciente	3 (18,8%)
<b>Por que acha útil a LCD</b>			
<b>AP</b>	<b>n (%)</b>	<b>AE</b>	<b>n (%)</b>
Dar melhor atenção/ acompanhamento ao paciente	32 (52,5%)	Dar melhor atenção/ acompanhamento ao paciente	10 (62,5%)
Padronização do cuidado	11 (18,0%)	Padronização do cuidado	3 (18,8%)
Capacitar/ atualizar o conhecimento	7 (11,5%)	Capacitar/ atualizar o conhecimento	1 (6,3%)
<b>Quais dificuldades na utilização da LCD</b>			
<b>AP</b>	<b>n (%)</b>	<b>AE</b>	<b>n (%)</b>
Deficiência na estrutura dos serviços	7 (63,6%)	Deficiência na estrutura dos serviços	1 (33,3%)
Dificuldades na realização de exames preconizados	2 (18,2%)	Dificuldades na realização de exames preconizados	1 (33,3%)
Demanda elevada de pacientes	1 (9,1%)	A linha de cuidado não garante a continuidade do tratamento	1 (33,3%)

(Conclusão)

**Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental (SM)****Para que se utiliza a Discussão Conjunta de Casos em SM**

<b>AP</b>	<b>n (%)</b>	<b>AE</b>	<b>n (%)</b>
Discussão de casos clínicos	13 (52,0%)	Discussão de casos clínicos	5 (55,6%)
Aprimoramento de conhecimento/ atualização/ capacitação	7 (28,0%)	Aprimoramento de conhecimento/ atualização/ capacitação	2 (22,2%)
Unificar a conduta	2 (8,0%)	Troca de experiência entre profissionais	1 (11,1%)

**Por que você acha que é útil a Discussão Conjunta de Casos em SM**

<b>AP</b>	<b>n (%)</b>	<b>AE</b>	<b>n (%)</b>
Troca de experiências/ Discussão de casos	13 (52,0%)	Troca de experiências/ Discussão de casos	5 (62,5%)
Atendimento/ Seguimento/ Acompanhamento adequado	5 (20,0%)	Ampliação do conhecimento	3 (37,5%)
Ampliação do conhecimento	4 (16,0%)	-----	-----

**Quais dificuldades**

<b>AP</b>	<b>n (%)</b>	<b>AE</b>	<b>n (%)</b>
Dificuldades em aceitar um horário	4 (44,4%)	Falta de disponibilidade dos profissionais para participarem	2 (66,7%)
Pouca frequência desses encontros/ não estão acontecendo	3 (33,3%)	Dificuldades em aceitar um horário	1 (33,3%)
Falta de disponibilidade dos profissionais para participarem	1 (11,1%)	-----	-----

Fonte: Elaborada pelas autoras<sup>22</sup>

No que se refere ao conhecimento interpessoal, confiança e colaboração considerados como fatores profissionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção, verificam-se percentuais mais elevados quanto à confiança e colaboração na perspectiva dos profissionais da AP. Por outro lado, pouco mais de um terço dos médicos afirmaram conhecer o profissional do outro nível de atenção (Tabela 4, na página seguinte).

**Tabela 4 - Fatores profissionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção. Caruaru-PE, 2018**

	Nível		p-valor
	AP n (%)	AE n (%)	
<b>Você conhece o médico do outro nível de atenção que atendem os pacientes que você trata</b>			
Sim	15 (23,4%)	6 (27,3%)	0,718 <sup>1</sup>
Não	49 (76,6%)	16 (72,7%)	
<b>Você confia nas habilidades clínicas dos médicos do outro nível que atendem os pacientes que você trata</b>			
Sim	53 (82,8%)	15 (68,2%)	0,222 <sup>2</sup>
Não	11 (17,2%)	7 (31,8%)	
<b>Os médicos da atenção primária e especialistas, incluindo você, precisam colaborar entre si para dar ao paciente a atenção que ele precisa</b>			
Sim	61 (95,3%)	20 (90,9%)	0,599 <sup>2</sup>
Não	3 (4,7%)	2 (9,1%)	

Nota: <sup>1</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste de Fisher

Fonte: Elaborada pelas autoras<sup>22</sup>

## DISCUSSÃO

Os resultados revelaram não existir diferença de percepção entre os médicos da AP e AE quanto aos componentes da intervenção na rede municipal de saúde de Caruaru. O modo como os profissionais percebem a intervenção reflete no engajamento e no resultado esperado. Essa percepção está presente em diversas questões, desde fatores sociodemográficos relacionados

aos profissionais da saúde até o nível de investimento destinado à saúde, a realidade sanitária do município e o conhecimento e uso da intervenção, entre outros aspectos que podem interferir na comunicação entre os níveis nas Redes de Atenção.

### **Características sociodemográficas**

A amostra estudada apresentou diferenças entre os níveis de atenção. A maior presença do gênero feminino, faixa etária mais jovem e formação em medicina de família e comunidade foi observada na AP. O gênero masculino predominante e a formação dos profissionais em clínica médica estão destacados na AE. A faixa etária é sinalizada na literatura como impasse no desenvolvimento de novas intervenções, sugerindo que profissionais mais maduros apresentem menor engajamento em novas rotinas<sup>15</sup>.

Quanto à nacionalidade, a existência de médicos advindos de outros países na AP estava associada ao Programa Mais Médicos<sup>24</sup>, uma resolução do governo federal com o objetivo de para suprir a ausência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e expandir a formação de novos profissionais<sup>24,25</sup>. Neste sentido, uma ampliação da cobertura da AP, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste foi evidenciada na literatura<sup>25</sup>. Em 2019, com a mudança de governo, o programa foi paralisado, sendo substituído pelo programa Médicos pelo Brasil<sup>26</sup>. A característica temporária dos vínculos empregatícios encontrada no presente estudo ressalta uma maior rotatividade de profissionais, o que, na literatura, relaciona-se com baixa qualidade da atenção disponibilizada<sup>27</sup>. A forma de contratação anterior às diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) mais recente<sup>28</sup>, reflete-se no maior percentual de profissionais da AP que possui carga horária superior a 20 horas semanais. Na AE, a formação em clínica médica da maioria desses profissionais, especialidade com maior número de plantões extras em unidades de urgência e emergência da rede, pode estar relacionada ao resultado encontrado da carga horária acima de 20 horas semanais<sup>29</sup>.

### **Conhecimento, participação e uso da Linha de Cuidado em Diabetes**

Em Caruaru, a LCD foi definida como componente da intervenção tendo critérios prioritários a relevância do problema, viabilidade política da intervenção e vulnerabilidade ou resolubilidade<sup>21</sup>. A magnitude e dificuldade na assistência ao paciente com diabetes mellitus, podem promover evolução da doença com repercussão sistêmica e, por isso, o usuário acessa o serviço de saúde por meio de qualquer nível de atenção e especialidade profissional<sup>10,11</sup>.

Os resultados destacaram que os dois níveis de atenção concordam quanto à utilidade da LCD para oferecer melhor assistência ao paciente. Apesar da maior parte dos profissionais

declarar seguir as recomendações da LCD, estudos mostram sua subutilização e que as equipes não desenvolvem domínio da sistematização para o planejamento do cuidado. O entendimento da linha de cuidado como o estabelecimento de fluxos e definição de protocolos pode ser ampliado para uma linha do cuidado integral em saúde, incorporando as dimensões relacionais advindas dessa trajetória<sup>10,11</sup>.

Os profissionais da AP consideraram melhorar a qualidade do atendimento como o principal motivo de utilização. A qualidade da assistência está relacionada a uma boa coordenação do cuidado, destacando-se a da informação<sup>10,30</sup>. Jesus *et al.*<sup>20</sup> evidenciaram que profissionais de diferentes níveis não reconhecem os mecanismos de articulação como facilitadores do processo, levando a problemas para coordenação e continuidade do cuidado. Bousquat *et al.*<sup>30</sup>, analisando, a coordenação do cuidado pela AP para pacientes com doenças crônicas e sua interface com a RAS, concluíram a existência de fragilidades na função de coordenador do cuidado da AP e a ausência de fluxos organizados na RAS, destacando como impacto a falta de garantia de integralidade, acesso e oferta de serviços de saúde de qualificados. Evidências semelhantes são identificadas em outros contextos na América Latina, inclusive no tocante à comunicação incipiente entre profissionais e dificuldades na implementação e uso de mecanismos de coordenação entre níveis de atenção<sup>13-15,17-19</sup>.

A padronização da assistência foi o principal motivo de utilização apontado pelos profissionais da AE. Oliveira *et al.*<sup>16</sup>, no estudo sobre os mecanismos de articulação, constataram falhas no uso, atribuídas a barreiras nas políticas públicas e deficiência na organização das redes de saúde. Mesmo havendo disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho, as questões estruturais, organizacionais, de recursos humanos e de gestão desenvolvem um problema sistêmico de deficiência da oferta de ações e cuidados de saúde, o que influencia negativamente a qualidade da atenção percebida tanto pelos usuários quanto por profissionais<sup>31</sup>.

Os poucos relatos de dificuldades na utilização da LCD foram atribuídos à deficiência na estrutura dos serviços, apesar do aumento relevante no investimento em infraestrutura<sup>26</sup>. Porém, apesar dos avanços, persiste a precariedade na oferta dos serviços de saúde, pois a maioria não dispõe de estrutura adequada<sup>14</sup>.

A pesquisa-ação participativa<sup>7,8</sup>, utilizada nas etapas de desenho e implantação das reuniões conjuntas, representou uma estratégia importante e adequada à realidade local, com reconhecido potencial de envolvimento dos profissionais, visando melhorar a qualidade da atenção. O trabalho realizado contribuiu para o desenvolvimento da autocrítica e a reflexão sobre necessidade de mudanças. Esse tipo de pesquisa também possibilitou à equipe envolvida a oportunidade de capacitação contínua ao longo do processo. Neste estudo, a participação em capacitações apresentou resultado com diferença estatística significativa, sinalizando uma

expressiva participação da AP. Outros estudos corroboram com este resultado, uma vez que indicam que a AP oportuniza mais ações direcionadas à qualificação dos profissionais e da rede do que a AE<sup>1,14,29</sup>.

Os resultados oriundos do desenho e implantação da LCD são concordantes com a literatura ao sinalizar para a relevância deste mecanismo de coordenação do cuidado para a RAS e reforça a importância desta experiência ser replicada também no campo da gestão, intervindo nos determinantes sociais e impactar no processo saúde-doença. A construção do cuidado com foco nos usuários e suas necessidades, indica a premência de uma boa articulação entre a macro e micropolítica, com a finalidade de promover a gestão compartilhada do paciente nos diferentes níveis de atenção e poder garantir a integralidade do cuidado e melhores resultados<sup>13</sup>.

### **Conhecimento, participação e uso da Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental**

A saúde mental não se dissocia da saúde geral. As demandas estão presentes nas queixas dos usuários que chegam aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção<sup>32</sup>. Dessa forma, destaca-se a importância da articulação entre níveis para se alcançar maior resolubilidade aos casos.

O déficit de profissionais, a dificuldade da gestão em garantir a presença de especialistas e a elevada demanda na área da saúde mental foram a base para a construção do componente Discussão Conjunta de Casos em Saúde Mental (SM) da intervenção no município de Caruaru. No entanto, um número reduzido de entrevistados afirmou conhecer o componente, o que pode ser justificado pela troca de equipe de gestão e da rotatividade de profissionais da assistência, tendo dificuldade para mobilizar os atores locais implicados no planejamento da intervenção que alterou prioridades de agendas e tomada de decisões<sup>21</sup>.

A Discussão Conjunta de Casos em SM foi considerada útil e com conteúdo adequado por todos os entrevistados. Destes, a maior parte dos profissionais (AP e AE) atribuem como principal motivo de utilização a discussão de casos clínicos. A discussão dos casos fortalece a capacidade de avaliação da gravidade, dos riscos e vulnerabilidades, oportunizando encaminhamentos adequados aos serviços especializados, destacando-se como potente instrumento de condução dos casos e prevenção à crise<sup>33</sup>. A discussão dos casos ainda não foi plenamente sistematizada nas redes de saúde e, por isso, depende de arranjos de equipes de especialistas e equipe de referência<sup>33,34</sup>. Figura como principal ferramenta para a articulação entre os serviços, capaz de contribuir substancialmente para melhoria da qualidade dos atendimentos realizados na AP à oportunidade de partilha de conhecimentos e responsabilidades entre profissionais e serviços<sup>34</sup>.

O modelo de matriciamento foi eleito como projeto piloto para discussão de casos<sup>21</sup>. O apoio matricial é uma ferramenta na articulação de informações entre níveis de atenção, na reorganização das atividades em saúde mental, com repercussão na maior resolubilidade dos casos<sup>33</sup>. Uma característica marcante do apoio matricial é sua dependência de tecnologias imateriais e relacionais. A capacidade de comunicação, forma de trabalho e a interdisciplinaridade são atributos essenciais ao seu funcionamento, possibilitando a corresponsabilização dos atores envolvidos e o compromisso com as demandas existentes, ampliando e diversificando o cuidado com a saúde mental no território<sup>34</sup>.

Partindo da concepção do território como ambiente vivo, destaca-se sua característica ampla e flexível de possibilitar tanto o espaço de crise quanto de reabilitação, o que torna possível a construção de diferentes arranjos entre equipes de referência e especialistas de acordo com as distintas realidades<sup>35</sup>.

A semelhança na percepção dos profissionais da AP e AE quanto à Discussão Conjunta de Casos em SM está relacionada com as alterações ocorridas após a mudança da gestão municipal e de parte dos profissionais da rede. A transformação no perfil de algumas unidades especializadas possibilitou melhorias no processo de trabalho; maior apoio da nova gestão municipal, com impulso ao desenvolvimento do componente Discussão Conjunta de Casos em SM; a institucionalização da Norma Operacional de Assistência e a estruturação da rede de saúde mental. Apesar da diminuição do ritmo da implantação da intervenção, as reformulações resultaram em aspectos positivos no sentido da criação de um espaço inovador para o desenvolvimento da intervenção<sup>21</sup>.

Outro aspecto de relevância na compreensão da percepção similar entre os diferentes níveis de atenção é a característica de maior sensibilidade dos profissionais da saúde mental no entendimento da transversalidade do cuidado. Hirdes<sup>36</sup> afirma que os processos de trabalho estão apoiados em tecnologias sustentadas por relações individualizadas entre especialistas e profissionais de referência, partindo da noção de processo implicada no trabalho e a complexidade dos campos de interação.

Embora considerando-se algumas limitações decorrentes do tamanho da amostra, os resultados deste estudo sugerem a premência de investimento em capacitação contínua dos profissionais, consolidar as práticas do matriciamento, a coordenação dos casos e acompanhamento longitudinal e a sistematização de encontros regulares entre profissionais para discussão dos casos e monitoramento das atividades. Indica que as intervenções são estratégicas para a melhoria da comunicação e da cooperação entre os profissionais, visando promover avanços na articulação entre os níveis de atenção.

## CONCLUSÃO

A intervenção Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção foi percebida como fundamental para a melhoria da articulação e cooperação entre os profissionais da atenção primária e especializada. Apresentou-se adequada à realidade local, contribuindo para o maior engajamento dos profissionais e como uma estratégia determinante para modificar a situação problema.

A construção participativa fomentou o desenvolvimento do exercício da percepção da forma de atuação dos participantes e reflexão sobre a necessidade de mudanças, bem como a implicação de cada profissional neste processo, ampliando as chances de melhorar a coordenação, a continuidade e a qualidade da assistência com vistas à integralidade do cuidado.

Ademais, os achados do estudo acerca da implantação de uma intervenção com foco na melhoria da comunicação e da integração assistencial pode apoiar a prática profissional nos serviços, a realização de estudos semelhantes em outros contextos e a replicabilidade da intervenção em outros municípios e regiões.

**Observação:** este artigo foi extraído da dissertação: “Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção: Percepção dos Médicos em uma Rede Municipal de Saúde de Pernambuco”, do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08]; 23(2): 431-435. DOI: 10.1590/1413-81232018232.16152017.
2. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08];23(6): p. 1763-76. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018.
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08];42(spe1):244-60. DOI: 10.1590/0103-11042018S116.
4. 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* 2011 jun 28.
5. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, Silva MRF, Paepe P, Vázquez ML. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*

- [internet]. 2015 [acesso em 2022 set. 08]; 30:705–17. DOI:10.1093/heapol/czu048.
6. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2022 set. 08]; 33 Suppl 2:e00118816. DOI: 10.1590/0102-311X00118816.
  7. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* [internet]. 2015 [acesso em 2022 set. 08]; 5:e007037. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007037.
  8. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* [internet]. 2017 [acesso em 2022 set. 08]; 182:10-19. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.04.001.
  9. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, P Paepe. Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev. panam. salud pública*. [internet]. 2009 [acesso em 2022 set. 08]; 26:360-7. DOI: 10.1590/s1020-49892009001000012.
  10. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2010 [acesso em 2022 set. 08]; 14(34): 593-606. DOI: 10.1590/S1414-32832010005000010.
  11. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2022 set. 08]; 21(3):843-851. DOI: 10.1590/1413-81232015213.08572015.
  12. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 [acesso em 2022 set. 08]; 23(2): 399-407. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000200016.
  13. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2015 [acesso em 2022 set. 08]; 15:213. DOI 10.1186/s12913-015-0882-4.
  14. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Mendes MFM, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac. sanit.* [internet]. 2020 [acesso em 2022 set. 08]; 34(4):340-94. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.09.009.
  15. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan* [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08]; 33(4):494-504. DOI: 10.1093/heapol/czy016.
  16. Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*[internet]. 2019 [acesso em 2022 set. 08]; 35(4):e00119318. DOI: 10.1590/0102-311X00119318.
  17. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gac. sanit.* [internet]. 2021 [acesso em 2022 set. 08]; 35(2):177-185. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.06.005.

18. Luján AIC, Loaiza DMC, Bandala MAS, Rojas VG. Percepción sobre la coordinación de la atención: el caso de las redes de servicios de salud de Xalapa y Veracruz, México, en el periodo 2014-2016. *Rev. gerenc. políticas salud.* [internet]. 2020 [acesso em 2022 set. 08]; 19:1-21. DOI: 10.11144/Javeriana.rgps19.pcac.
19. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, Paepe P, Lorenzo IV, Vázquez ML. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Rev. Salud Pública (Córdoba)* [internet]. 2019 [acesso em 2022 set. 08]; 23(1):26-40. DOI: 10.31052/1853.1180.
20. Jesus RPF, Santo AC, Mendes MFM, Samico IC. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08]; 22 (65):423-34. DOI: 10.1590/1807-57622017.0026.
21. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Relatório técnico da pesquisa Equity LA II: Resultados da avaliação da intervenção no Brasil. Recife: Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP); 2018. p. 92-111.
22. Rodrigues TCAG. Reuniões Conjuntas entre Níveis de Atenção: Percepção dos Médicos em uma Rede Municipal de Saúde de Pernambuco. [dissertação] [internet]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; 2020. [acesso em 2022 set.08]. Disponível em: <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/611>.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada: estimativas da população residente em 2019. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [acesso em 2022 set. 08]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=resultados>
24. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2013 out 23.
25. Campos GWS, Júnior NP. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2022 set. 08]; 21(9):2655-63. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18922016.
26. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2022 set. 08]; 35(10):e00178619. DOI: 10.1590/0102-311X00178619.
27. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde debate.* [internet]. 2015 [acesso em 2022 set. 08]; 39(106):637-47. DOI: 10.1590/0103-110420151060003006.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde 2017 set 21.
29. Purim KSM, Borges LMC, Possebom AC. Perfil do médico recém-formado no sul do Brasil e sua inserção profissional. *Rev. Col. Bras. Cir.* [internet]. 2016 [acesso em 2022 set. 08]; 43(4):295-300. DOI: 10.1590/0100-69912016004006.
30. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHD, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2022 set. 08]; 22 (4):1141-54. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016.

31. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. [internet]. 2018; 42(spe1):208-23. DOI: 10.1590/0103-11042018S114.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília: Editora MS; 2013 [acesso em 2022 set. 08]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
33. Penido CMF, Castro BP, Coimbra JR, Baker VDSIS, Franco RF. Saúde mental na atenção básica: dividir ou somar apoios matriciais? *Rev. polis psique*. [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08]; 8 (1):33-51. DOI: 10.22456/2238-152X.80415.
34. Hirdes A, Silva MKR. Articulação entre apoio matricial em saúde mental e redes de atenção. *Psicol. estud*. [internet]. 2017 [acesso em 2022 set. 08]; 22(3): 383-94. DOI: 10.4025/psicolestud.v22i3.32579.
35. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2019 [acesso em 2022 set. 08]; 23: e180617. DOI: 10.1590/Interface.180617.
36. Hirdes, A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. *Saúde debate*. [internet]. 2018 [acesso em 2022 set. 08]; 42(118):656-68. DOI: 10.1590/0103-1104201811809.

Artigo recebido em setembro de 2022

Versão final aprovada em dezembro de 2022