



COMUNICAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ATORES GERENCIAIS

Resumo: O estudo objetivou a investigação sobre as concepções e práticas de gerentes da Atenção Primária e Secundária à Saúde sobre a comunicação na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em 2023, em um município da Zona da Mata Mineira, com 13 gerentes entrevistados. A análise de conteúdo revelou que, apesar de reconhecerem a comunicação como essencial para o cuidado integral, persistem falhas que dificultam a transição do cuidado. Os profissionais enfrentam desafios como condições de trabalho precárias, alta rotatividade, ineficácia dos instrumentos disponíveis e falta de resolutividade que fragmentam a rede, resultando em um fluxo de trabalho ineficiente e uma RAS fragmentada. Conclui-se que os gerentes identificam desafios e estratégias para melhorar a comunicação, resultando em um cuidado mais eficiente. Destaca-se a necessidade de promover a articulação entre os serviços, incluindo a contrarreferência do paciente dentro do sistema de saúde.

Descritores: Assistência Integral à Saúde, Atenção à Saúde, Comunicação em Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente.

Communication in the healthcare network: perceptions and practices of managerial actors

Abstract: The study aimed to investigate the concepts and practices of Primary and Secondary Health Care managers regarding communication within the Healthcare Network. This qualitative research was conducted in 2023 in a municipality in the Zona da Mata region of Minas Gerais, with 13 managers interviewed. Content analysis revealed that, despite recognizing communication as essential for comprehensive care, gaps persist that hinder care transitions. Professionals face challenges such as precarious working conditions, high turnover, ineffective available tools, and a lack of resolution that fragment the network, resulting in an inefficient workflow and a fragmented HCN. The conclusion is that managers identify challenges and strategies to improve communication, resulting in more efficient care. The need to promote coordination between services, including patient counter-referral within the healthcare system, is highlighted.

Descriptors: Comprehensive Health Care, Health Care, Health Communication, Continuity of Patient Care.

Comunicación en la red de salud: percepciones y prácticas de los actores directivos

Resumen: El estudio tuvo como objetivo investigar los conceptos y prácticas de los gestores de Atención Primaria y Secundaria en materia de comunicación dentro de la Red de Atención Sanitaria. Esta investigación cualitativa se realizó en 2023 en un municipio de la Zona da Mata, Minas Gerais, con 13 gestores entrevistados. El análisis de contenido reveló que, a pesar de reconocer la comunicación como esencial para la atención integral, persisten brechas que dificultan las transiciones asistenciales. Los profesionales se enfrentan a retos como la precariedad laboral, la alta rotación de personal, la ineficacia de las herramientas disponibles y la falta de resolución, que fragmentan la red, lo que resulta en un flujo de trabajo ineficiente y una red de atención sanitaria fragmentada. La conclusión es que los gestores identifican retos y estrategias para mejorar la comunicación, lo que resulta en una atención más eficiente. Se destaca la necesidad de promover la coordinación entre servicios, incluyendo la contrarreferencia de pacientes dentro del sistema de salud.

Descriptores: Atención Integral de Salud, Atención de Salud, Comunicación en Salud, Continuidad de la Atención al Paciente.

Daniel Reis Correia

Enfermeiro pela Universidade Federal de

Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: daniel.r.correia@ufv.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2087-658X>

João Henrique Corrêa Silva

Graduando em Enfermagem pela

Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa,

MG, Brasil.

E-mail: joao.silva21@ufv.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5587-7906>

Laís Sousa da Silva

Enfermeira pela Universidade Federal de

Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: lais.sousa@ufv.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5044-3887>

Camilo Amaro de Carvalho

Farmacêutico. Docente do curso de

graduação em medicina da Universidade

Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: camilo.carvalho@ufv.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9539-8653>

Renata Oliveira Caetano

Enfermeira pela Universidade Federal de

Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: renata.o.caetano@ufv.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2302-238X>

Marilane de Oliveira Fani Amaro

Enfermeira. Docente do Curso de Graduação

em Enfermagem da Universidade Federal de

Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil.

E-mail: marilane.amaro@ufv.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9495-0861>

Submissão: 09/09/2025

Aprovação: 10/12/2025

Publicação: 13/01/2026



Como citar este artigo:

Correia DR, Silva JHC, Silva LS, Carvalho CA, Caetano RO, Amaro MOF. Comunicação na rede de atenção à saúde: percepções e práticas dos atores gerenciais. São Paulo: Rev Recien. 2026; 16(44):38-51. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2026.16.44004>

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturas organizacionais que integram ações e serviços de saúde em diferentes níveis tecnológicos, apoiados por sistemas técnico-logísticos e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado¹. O dinamismo das RAS depende da comunicação e do trabalho em equipe, essenciais para o cuidado integral. No desenvolvimento deste processo, as estratégias de cuidado continuado são fundamentais para prevenir, proteger, reduzir agravos, promover e recuperar a saúde, abrangendo todas as etapas da assistência ao indivíduo desde o início da vida^{2,3}.

Neste sentido, a concepção da continuidade do cuidado abrange a perspectiva da pessoa como um ser inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) e que deve ser atendido em consonância com as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade^{4,5}. Assim, em benefício do bem-estar individual e coletivo, a prestação de serviços em saúde busca a superação de obstáculos e a implantação de medidas que assistam ao usuário em todos os seus ciclos de vida no processo saúde/doença/cuidado, como ser participante da RAS, abrangendo suas necessidades biopsicossocioespiritual^{1,2}.

A comunicação dentro da continuidade do cuidado se evidencia como fator determinante para o fortalecimento de uma cultura de segurança do usuário, sendo indispensável para um desfecho favorável⁶. Assim, falhas na comunicação podem resultar em uma disfuncionalidade da RAS, resultando em um indivíduo descoberto e desassistido pelo sistema de saúde, ocasionando a

deterioração da sua condição de saúde e provocando possíveis iatrogenias, reinternações, uso de serviços de emergência e/ou outros consequentes danos à saúde coletiva, gerando repercussões negativas na vida do usuário^{6,8,9}.

Destarte, evidências^{8,10} comprovam que a comunicação efetiva é um dos principais fatores na garantia da qualidade e continuidade do cuidado, sendo imprescindível na superação da fragmentação da atenção. Neste âmbito, as ações como a educação em saúde dos pacientes e familiares, planejamento de cuidados, visitas domiciliares, apoio na reabilitação social, autogerenciamento nas ações de autocuidado, evolução e acompanhamento pós-alta são dependentes de uma transição do cuidado competente, impactando diretamente no aumento do uso dos serviços de atenção primária e diminuindo reinternações hospitalares⁷.

Outrossim, constata-se que existem diversos fatores limitantes na atuação dos gestores, em especial do profissional enfermeiro, figura central na organização e gestão do trabalho em saúde, no que diz respeito a comunicação, explícito na sobrecarga de trabalho, consequente falta de tempo e a ausência de suporte estrutural no sistema de saúde^{3,8}. Portanto, a insuficiência de informações na continuidade do cuidado gera incertezas factuais no que tange ao tratamento, aos cuidados e a recuperação, desdobrando-se em repercussões negativas na vida do usuário, principalmente na pouca aderência ao tratamento e na baixa qualidade de vida, reflexos de uma rede assistencial desequilibrada^{9,10}.

Neste âmbito, os mecanismos de referência e contrarreferência são fundamentais para garantir a

continuidade da assistência ao longo da transição do cuidado entre os diferentes serviços da RAS¹¹. Esses instrumentos são essenciais para promover a transferência de informações do indivíduo de um serviço para outro, assegurando a segurança e eficácia em todas as fases do atendimento, desde o início até a alta hospitalar, incluindo o período em que o usuário está no domicílio³. Isso estabelece uma relação horizontal e uma comunicação fluida entre os serviços, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ponto central dessa comunicação^{1,8,11}.

Diante desta exposição, questiona-se: qual a percepção dos gerentes das unidades de atenção primária e secundária à saúde acerca da importância da comunicação na transição do cuidado na RAS? Assim, o presente estudo tem como objetivo compreender as percepções e as práticas dos gerentes da Atenção Primária e Secundária à Saúde, relacionados a comunicação no âmbito da Rede de Atenção à Saúde de um município da Zona da Mata Mineira, Brasil.

Material e Método

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A definição pela abordagem de pesquisa qualitativa, se deu devido a abrangência desde o nível subjetivo e relacional da realidade social, sendo assim tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais a qual estão envolvidos¹². Adotou-se, em seu delineamento, as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹³.

O cenário de estudo foi a Rede de Atenção à Saúde, de um município da Zona da Mata Mineira, Brasil, que dispõe de 21 equipes de APS todas funcionando na lógica da Estratégia Saúde da

Família (ESF) e 07 unidades de Atenção Secundária à Saúde, que dispõem de centros de tratamento especializados em nível ambulatorial de procedimentos de média complexidade. A escolha por esse cenário deve-se ao fato de ser campo de atividades práticas e estágios curriculares dos cursos de enfermagem e medicina de uma universidade federal.

Como critério de inclusão foram utilizados: profissional atuante como gerente da atenção primária ou secundária à saúde, com um ano ou mais na função. Excluíram-se os participantes que, por algum motivo, estavam afastados do cargo no período da coleta de dados ou que se recusaram a participar do estudo. Os profissionais foram convidados a participar por meio de contato via *Email*, telefone e *WhatsApp*. Houve 02 recusas por impossibilidade de participar do estudo, 06 tentativas de contato sem sucesso e 07 trocas de equipe durante o período da coleta de dados. Ao todo, a população do estudo foi constituída por 07 gerentes da APS e 06 gerentes de unidades de atenção secundária, totalizando 13 profissionais.

Foram incluídos na pesquisa, de forma intencional, os profissionais que atuam na RAS que são responsáveis pela gerência das unidades de atenção primária e secundária à saúde, pois são responsáveis pelas estratégias de comunicação e continuidade da assistência na RAS.

A amostragem foi conduzida por conveniência, entre abril e setembro de 2023 por meio de entrevista com roteiro semiestruturado com questões norteadoras que abordavam a concepção e a importância da comunicação em saúde; qual é o impacto da comunicação na saúde do usuário; quais instrumentos que facilitam a

realização da comunicação entre os serviços de saúde; quais são as ações realizadas para garantir uma transição do cuidado integral e efetiva; quais são os desafios na transição do cuidado integral na RAS, além de perguntas sociodemográficas.

As entrevistas foram agendadas previamente durante o contato inicial, condizente a disponibilidade de horário de cada profissional e aconteceram de forma individual e reservada, no local de trabalho de cada entrevistado, conferindo-lhes privacidade e segurança para realização da coleta de dados. As entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores: dois discentes do curso de enfermagem, treinados previamente pela pesquisadora principal com experiência prévia na condução de entrevistas qualitativas.

Todas as entrevistas foram gravadas, em forma de áudio, sendo transcritas na íntegra. Não foi realizado teste piloto. Contudo, conforme as entrevistas eram realizadas, os pesquisadores discutiam seu andamento, com reflexões quanto às lacunas e possíveis formas de aperfeiçoamento. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente 20 minutos.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, dividida em três etapas. A primeira etapa foi realizada a pré-análise realizando a formulação das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa buscando uma familiarização com assunto, facilitando assim a interpretação do sujeito em suas falas e a organização das ideias. A segunda etapa foi a codificação onde os dados coletados nas entrevistas foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata das falas que foram classificadas como

pertinentes na entrevista, em relação a comunicação das RAS. A terceira etapa é a inferência e interpretação onde coloca em destaque as informações fornecidas pela entrevista, através de eixos temáticos¹⁴.

A presente pesquisa foi realizada conforme o preconizado pela Resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal proponente (parecer nº 5.982.578; CAAE: 67053023.9.0000.5153). Para garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E (entrevistado) e de número sequencial de 1 a 13 para se referir aos entrevistados (E1 a E13).

Resultados

Foram entrevistados 13 profissionais, todos eram enfermeiros, a maioria do sexo feminino (92,3%), com idade entre 25 e 46 anos e tempo médio de 6 anos e 4 meses de prestação de serviços na RAS (mínimo: 2 anos e 3 meses, máximo: 13 anos).

Da análise das entrevistas emergiram três categorias: Comunicação no âmbito da RAS: percepção e impacto na assistência ao usuário; A operacionalização da transição do cuidado na RAS; e Desafios e enfrentamentos na transição do cuidado.

Comunicação no âmbito da RAS: percepção e impacto na assistência ao usuário

Os profissionais demonstraram algum conhecimento acerca da comunicação em saúde, elucidando tópicos importantes durante as entrevistas, como a relação entre os diferentes níveis de atenção e a assistência à saúde, o vínculo entre os profissionais e os usuários, a importância da comunicação para a oferta de um cuidado

integral e de qualidade, e a relevância da organização no atendimento à população, como referem:

O meu entendimento é que a comunicação de saúde é variada, ela é baseada em todas informações que você fornece para o paciente com relação ao cuidado, o acesso ao serviço de saúde e a saúde de uma forma integral, ela também tem um outro lado que é a comunicação entre o serviço de saúde que facilita o acesso do paciente, a rede e também o encaminhamento de um serviço ao outro, que é onde a gente tem um buraco muito grande que o paciente acaba sendo maior lesado nesse sistema todo, [...], você ajuda o paciente de uma forma, de ser assistido de uma forma integral que é o nosso objetivo maior, atender o paciente na sua forma mais completa possível. (E3)

Então, comunicação em saúde pra mim é como os profissionais, os funcionários repassam informações do processo de trabalho de um para o outro no dia a dia, na rotina ali do serviço de saúde. Informações que são importantes para o fluxo da unidade, pro funcionamento da unidade, pra uma melhora do atendimento do paciente, da qualidade desse atendimento do paciente, pra uma organização também de todo o serviço. (E8)

Comunicação em saúde é praticamente a nossa melhor ferramenta que a gente tem na atenção básica. É a gente informar a população o serviço que a gente tem, é comunicar com a equipe e fazer o planejamento das ações que a gente tem. Então, comunicação é praticamente tudo. É uma forma de a gente levar informação e de a gente organizar o serviço aqui na unidade também. (E9)

Eu acho que a comunicação é o básico para que o serviço de saúde funcione, seja resolutivo. Seja resolutivo, porque se não houver essa comunicação, vai ficar um serviço desmembrado. (E10)

[...] Por sermos serviços complementares, muitas vezes pra dar certo o que a gente indica aqui, o que a gente tá fazendo pro paciente, precisa ser trabalhado e continuado na atenção primária. E vice-versa, né? Porque muitas vezes a visão que a atenção primária

já tem por um bom tempo de trabalho, de conhecimento com aquele paciente, as informações que eles trazem pra gente, às vezes, dá um diferencial [...]. A gente acolhe, a gente recebe, a gente trata, a gente transmite, transfere novamente pra atenção primária, mas qualquer coisa diferente que aconteça, ele retorna pra gente. É a mesma coisa, ele nunca deixa de ser da atenção primária. Isso é uma coisa que a gente bate muito na tecla. (E13)

Quando indagados sobre a importância da comunicação na transição do cuidado, é possível perceber a convicção de que a comunicação efetiva pode impactar diretamente na saúde dos usuários, minimizando e corrigindo erros, organizando o fluxo assistencial, garantindo a continuidade do cuidado, como relatam:

É muito importante, porque além de organizar o fluxo, vai direcionar o paciente ali e facilitar também o encaminhamento dele dentro do fluxo da rede. Então, se não tem comunicação, fica falha e o paciente fica coitado, igual a bolinha de ping-pong perdido na rede. (E1)

É muito importante, né? Porque quando eu encaminho um paciente, eu espero que esse paciente seja referenciado pra mim, né? Tem a contrarreferência pra mim. Pra mim saber o que eu preciso, o que aconteceu com o paciente, quais os cuidados necessários com esse paciente, né? Então, assim, essa contrarreferência das redes de apoio é muito importante pra gente. E a comunicação com o paciente também, né? A gente orientar o cuidado que o paciente tem que ter em casa. O que o paciente precisa da unidade [...]. Às vezes é muito difícil o paciente entender a importância do autocuidado. (E4)

Muito, eu acredito. Porque essa comunicação é essencial para estar acompanhando o paciente de forma correta e efetiva e assim de forma dinâmica e com resultados positivos. (E7)

Com certeza. Eu acho que a comunicação entre profissional e a comunicação com o paciente, [...] é um desafio muito grande também, você pensar na perspectiva do paciente de saber como acontece [e se ele

conhece] o fluxo assistencial da cidade que ele mora. (E12)

A operacionalização da transição do cuidado na RAS

Esta categoria aborda as ações realizadas e instrumentos utilizados pelos entrevistados na transição do cuidado na RAS. Cabe ressaltar que alguns dos participantes relataram que os instrumentos disponíveis, como as redes sociais, o prontuário e a contrarreferência, não são efetivos, dificultando a comunicação na RAS, como descrito nos relatos abaixo:

Muitas vezes a gente tem a contrarreferência, mas muitas vezes a gente não tem. Então, às vezes fica difícil porque [se] você não é referenciado, você não volta pra mim. Eu não sei o que aconteceu com você. Mas tem que procurar o paciente. Então, assim, eu acho que tinha que precisar mesmo era essa contrarreferência que nem todos os lugares têm. Isso aí pra gente seria fundamental pra gente fazer uma ação excelente, né? (E4)

[...] a comunicação [acontece] via WhatsApp, telefone, via ofício, e-mail, às vezes a reunião que tem entre a secretaria e outros pontos da rede, eles repassam o fluxo para a gente, a gente repassa o fluxo para a equipe, só que eu acho que às vezes tem um problema na questão deste fluxo. (E8)

No meu caso eu utilizo mais o WhatsApp, porque a gente precisa de fotos às vezes para discutir a evolução daquela ferida. Então a gente tem o WhatsApp como um veículo para essa comunicação. É resolutivo, mas às vezes se tivesse um sistema de ligado em rede, como internet, seria mais fácil, mais rápido do que papel [...]. Mas acho que do jeito que estamos fazendo, tem funcionado. 100% não, mas tem funcionado. (E10)

Dentre as ações e os instrumentos utilizados, destacados pelos entrevistados, estão: *whatsapp*, Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ofícios, *e-mail*, guias de encaminhamento, referência e contrarreferência, reuniões intersetoriais e plano de cuidados, como referem:

O PEC veio justamente para armazenar esses dados, antes nós tínhamos esses dados somente no prontuário físico, e a informatização veio justamente ao encontro desse fortalecimento do sistema único de saúde, e além do PEC, como eu disse, reuniões intersetoriais, matriciamentos, onde nós discutimos as ações e os cuidados de pacientes por uma equipe multiprofissional, então as ferramentas que a gente utiliza são essas e que possibilitam um maior atendimento. E fora, ofícios, guias de encaminhamento, guias para o EMAD, referenciamento para a rede hospitalar, para o CAPS, para APAE. (E5)

[...] hoje existe um instrumento padronizado na rede que a atenção primária e a atenção secundária usam, que é o instrumento usado nos PSF, nos CAPS, no CEAE, no UAES, todo mundo usa o mesmo instrumento, é um instrumento de fácil acesso e muito básico. (E12)

Existe sim, por exemplo a saúde pública tem vários departamentos, o NASF, o EMAD, e isso é a referência e contrarreferência, ou seja, eles atendem o paciente dão alta para o paciente passa para a gente e nós continuamos o atendimento domiciliar que seja. Quando vem de um outro local eles vem com a contrarreferência, vem explicando tudo o que aconteceu com o paciente e quais os cuidados de continuação com ele, a agente acompanha o paciente através dessas orientações [...]. (E7)

Desafios e enfrentamentos na transição do cuidado

A partir das entrevistas, foi possível identificar os desafios vivenciados pelos participantes na transição do cuidado efetivo na RAS, evidenciando a necessidade de melhorias. Os principais desafios apontados foram: alta rotatividade de profissionais, questões políticas, fluxo ineficiente no processo de trabalho, falta de motivação profissional, rede de atenção à saúde fragmentada, falta de resolutividade, condições de trabalho deficientes e sobrecarga de trabalho, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Desafios vivenciados em relação à transição do cuidado na RAS. Minas Gerais, Brasil, 2023.

● Alta rotatividade de profissionais; ● Fluxo ineficiente no processo de trabalho; ● Falta de motivação profissional.	[...] a questão de ter muita mudança, sabe, porque às vezes é um fluxo grande, e muita rotatividade entre os profissionais. Às vezes falta um pouco de flexibilidade, de motivação profissional [...]. (E8)
● Rede de atenção à saúde fragmentada; ● Falta de resolutividade; ● Condições de trabalho deficientes.	O papel da gente é tentar organizar o serviço, principalmente para ser mais efetivo. Se eu consigo organizar a minha unidade, ela vai funcionar. Eu vou ter tempo de organizar. Na maioria das vezes, a gente está apagando incêndio, ao invés de estar fazendo o que a gente deveria mesmo [...]. E todo mundo tem que falar a mesma língua. Não adianta uma unidade [seguir] um jeito ou outro e a gestão querer outra coisa. A gestão quer pacientes satisfeitos. Mas, às vezes, a gente está sem [a] mínima condição de serviço. (E9)
● Sobrecarga de trabalho; ● Falta de resolutividade.	E eu entendo que a sobrecarga é grande, é muita coisa que a gente tem que dar conta. É muita coisa. E isso passa despercebido [...]. A gente vê que tem problemas que são resolvíveis. Basta [melhorar] a comunicação. (E11)
● Rede de atenção à saúde fragmentada.	Para mim, eu acho que é a comunicação mesmo, que eu acho que é falha, como eu falei, não isentando a gente. Eu acho que a gente é falho na nossa transmissão, na transição do cuidado, quando a gente se encerra com o processo do paciente ou com a questão deles para cá também. A gente fala muito na transição do cuidado aqui na unidade [...]. Deveria ser contínuo. Porque ele não deixou de ser da atenção primária. Mas a partir do momento que ele passa para a gente, parece que transferiu o paciente por completo. Você pergunta na atenção primária desse paciente, a atenção primária não sabe nada. Mas também, ou falta da gente transmitir e deles também procurarem. Então isso é um desafio muito grande. (E13)
● Fluxo ineficiente no processo de trabalho; ● Rede de atenção à saúde fragmentada.	[...] tem que todo mundo falar as mesmas línguas, saber falar, assim, como que funciona as coisas, né? E cada setor, tipo assim, assumir o que é a sua responsabilidade. (E2)

Fonte: Os autores.

Posteriormente aos desafios mencionados, os entrevistados foram indagados sobre possíveis estratégias para aprimorar a transição do cuidado na RAS. Dentre elas estão: facilitar o acesso, acolher o usuário em sua integralidade, implementar um sistema de informação, incentivar o trabalho em equipe, diminuir a demanda profissional, padronizar um fluxo assistencial, efetivar ferramentas existentes e compreender sobre o funcionamento da RAS, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Estratégias adotadas pelos participantes para aprimorar a transição do cuidado na RAS. Minas Gerais, Brasil, 2023.

● Incentivar o trabalho em equipe. ● Diminuir a demanda profissional.	Eu acho que como enfermeiro e como líder de equipe, acho que o nosso trabalho ele acaba sendo maior nesse sentido, porque além de você estar na assistência direta, na ponta, você ainda tem que conseguir fazer com que toda a sua equipe e as redes de apoio estejam coesas nesse mesmo serviço, então além da parte burocrática que aumentou muito né [...], então acho que o que às vezes dificulta esse cuidado mais integral e essa comunicação mais efetiva é justamente essa falta às vezes de conseguir conciliar essas duas questões, burocracia e assistencialismo né. (E5)
--	---

● Implementar um sistema de informação.	<i>Talvez a implementação de um sistema, unificando a forma de referenciar e contrarreferenciar para todos os órgãos de saúde e profissionais [do município], onde tudo poderia ser de forma informatizada, diminuindo o uso de papel e o risco de perda no caminho. (E6)</i>
● Padronizar o fluxo assistencial.	<i>Aí eu acho que tem que ter uma coisa fixa, padronizada, sabe? E isso normalmente não acontece [...] Eu acho que tendem a ter essa comunicação, mas eu acho que não tem, eu acho que é até chato falar isso, né? (E8)</i>
● Implementar um sistema de informação. ● Efetivar as ferramentas existentes. ● Compreender sobre o funcionamento da rede.	<i>Eu acho que se tivesse como criar esse sistema de informação, saindo do PSF para secundário e terciário, tivesse três níveis de atenção interligados, seria interessante, porque [hoje, eles] são interligados, mas por papel [...]. A gente depende que tudo funcione para que a gente também funcione. É uma rede viva. (E10)</i>

Fonte: Os autores.

Discussão

Segundo as diretrizes do SUS, a saúde é uma política social universal que busca a equidade e a integralidade no atendimento aos pacientes¹⁵. Neste âmbito, destaca-se a integralidade do cuidado, diretriz que perfaz a composição dos serviços de diferentes complexidades assistenciais e densidades tecnológicas, por meio da estruturação da RAS⁹. De acordo com a percepção dos entrevistados neste estudo, a integralidade da RAS, iniciada na APS, refere-se à capacidade de identificar as necessidades dos usuários e fornecer os recursos necessários para uma abordagem adequada, além de desempenhar um papel central na comunicação e coordenação do cuidado.

Por conseguinte, o decreto nº 7.508 de 2011, estabelece que a assistência à saúde deve ser integral, iniciada e concluída na RAS, mediante ao referenciamento do usuário na rede regional e interestadual^{11,16}. No entanto, nos resultados encontrados neste estudo, são identificadas fragilidades na qualidade da assistência, na transmissão de informações e na comunicação entre as equipes, o que compromete a integralidade do cuidado.

Semelhante aos achados deste estudo¹⁷, outra pesquisa buscou compreender a cooperação entre a APS e os ambulatorios de referência. Neste sentido, identificou-se que a comunicação entre os ambulatorios de risco e a atenção primária apresenta fragilidades que prejudicam a transição do cuidado, ressaltando que a referência e contrarreferência são fundamentais para o funcionamento adequado da RAS^{11,17}. Além disso, destaca-se que a troca de informações ineficiente pode resultar em um cuidado incompleto e confuso, afetando a saúde do usuário, assim como mencionado nos depoimentos deste estudo¹⁷.

Em termos gerais, os gestores consideram o acesso à saúde como o grau de facilidade com que as pessoas podem obter cuidados de saúde, principalmente quando se trata de informações essenciais para a prestação de serviços ao usuário, a fim de atender às necessidades da população nos campos do cuidado. Portanto, é crucial que os profissionais sejam responsáveis por uma comunicação eficaz durante a transição do cuidado, pois isso afeta diretamente a saúde do usuário⁷. Isso significa que os profissionais devem se responsabilizar pela oferta de serviços em todos os

pontos de atenção à saúde, reconhecendo as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais dos indivíduos, além de gerenciar as tecnologias necessárias para um cuidado integral^{8,11}.

É importante destacar que o planejamento e a implementação de uma rede de comunicação em saúde deve ser contínuo e envolver a gestão pública e todos os profissionais da saúde, que precisam ser vistos como facilitadores do processo de prestação de serviços³. É necessário um planejamento coordenado entre todos os envolvidos, incluindo os profissionais, os usuários e as famílias, a fim de avaliar e por necessidades de saúde das pessoas que vivem nos territórios.¹⁸

Além disso, para incentivar a participação ativa dos usuários em relação aos serviços de saúde, é fundamental que eles saibam claramente sobre o funcionamento da RAS, tenham vínculo com a equipe de saúde e que participem na construção e modificação da realidade local e regional, com o objetivo de garantir a continuidade da assistência ao usuário e promover a integralidade entre os serviços^{18,19}.

Adicionalmente, estudos^{16,20} indicam que a comunicação desempenha um papel crucial na promoção do cuidado e é um dos principais fatores que contribuem para a satisfação dos usuários. Assim, destaca-se a importância da comunicação horizontal entre profissional e usuário, pois isso favorece a adesão ao tratamento. Assim, esses conceitos se somam a um conjunto de evidências que confirmam as deficiências no desenho das redes regionalizadas e a persistência das desigualdades^{7,17}.

A partir da análise das entrevistas, identificou-

se diversas ações realizadas pelos profissionais para garantir uma transição do cuidado eficiente, envolvendo toda a RAS. Nesse contexto, observou-se que a prática de continuidade do cuidado na área da saúde representa um desafio aos profissionais. Pesquisas²⁰ apontam que é necessário um grande esforço para estabelecer ações coordenadas, integrar as redes de informação e fomentar a colaboração entre os diferentes profissionais, a fim de proporcionar um cuidado integral ao usuário.

Nessa pesquisa, nota-se que a utilização de mecanismos informais de comunicação, como o telefone pessoal e as redes sociais, entre a atenção especializada e a APS são ferramentas importantes para garantir o acompanhamento do usuário e manter a comunicação entre os serviços. No entanto, percebe-se que a falta de troca de informações entre os serviços, seja ela formal ou informal, tem gerado lacunas no processo assistencial e terapêutico dos usuários inseridos na RAS¹⁷.

Ademais, em um contexto de comunicação entre o profissional e o usuário, sabe-se que estratégias de educação em saúde, orientações e acompanhamento pós-referenciação, por meio de contato telefônico, visitas domiciliares, consultas ou sala de espera, são instrumentos imprescindíveis para garantir uma transição adequada do cuidado^{17,21}. No entanto, constatou-se no presente estudo que essa ferramenta foi pouco abordada nos depoimentos, o que resulta em uma falta de compreensão do seu potencial resolutivo.

Nesse sentido, um estudo⁷ recente demonstrou que enfermeiros frequentemente realizam atividades para articular os diversos serviços de saúde, enfatizando que a comunicação entre

diferentes níveis de atenção auxilia na implementação de melhores práticas de transição e na continuidade dos cuidados.

Corroborando com esses achados, um estudo²² internacional implementou um dispositivo chamado "Pré-alta" com o objetivo de melhorar a coordenação entre hospitais e o território, o qual estabelece uma conexão entre os profissionais, o paciente e a família, resultando em um plano de cuidados mais adequado para cada situação.

Além disso, outras estratégias que permeiam toda a produção do cuidado são mencionadas, como o empoderamento do usuário, os projetos terapêuticos compartilhados, a multidisciplinaridade, as ferramentas de microgestão como o Programa Informatizado Hospitalar: *SEa LElvel NEar-real time quality control processing* (SELENE) e a educação permanente²².

Isso está de acordo com alguns achados deste trabalho relacionados aos instrumentos utilizados para garantir a continuação do cuidado, como os ofícios, o PEC e-SUS, os e-mails, os instrumentos de referência e contrarreferência, as reuniões intersetoriais e os planos de cuidados. Esses instrumentos são fundamentais para elaborar, acompanhar e organizar o fluxo de pacientes entre os pontos de atenção da RAS, criando uma relação horizontal, contínua e integrada, que visa a promoção da gestão compartilhada da atenção integral, a tomada de decisões corretas, a integração da equipe e a promoção de diálogos entre os profissionais e os diferentes pontos de atenção²³.

Um estudo²³ realizado em Porto Alegre (RS) analisou a ferramenta do e-SUS AB, sob a perspectiva dos profissionais de saúde. A proposta

do e-SUS AB é informatizar, qualificar, unificar e viabilizar as informações coletadas nas unidades de saúde. O estudo atesta que, apesar dos desafios quanto à capacitação e utilização, o e-SUS AB é um sistema potencializador de informação em saúde, fundamental para melhorar a qualidade do atendimento integral e contínuo, tanto em nível local quanto regional^{23,25}. Além disso, o sistema organiza a demanda da unidade e gerencia as agendas, notificando os procedimentos realizados, contribuindo para uma melhor comunicação e assistência, proporcionando qualidade e segurança ao paciente^{9,24,26}.

Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ propõe a melhoria da qualidade da transferência de informações por meio do uso de tecnologias interativas e eficazes. Nos depoimentos os participantes citaram o PEC, que é um software gratuito disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio da estratégia e-SUS APS, e estabelece como meta aprimorar a comunicação efetiva na área da saúde^{1,5}. No entanto, alcançar um grau de conectividade entre os serviços requer tempo, investimento, capacitação e mão de obra, uma vez que o sistema de saúde abrange uma ampla rede assistencial e diversos usuários que são assistidos por uma variedade de profissionais distribuídos na RAS^{8,11}.

Neste contexto, outra pesquisa²⁷ realizada internacionalmente identificou que o uso de ferramentas de rastreamento de informações e a criação de relatórios significativos são formas eficientes de gerenciar o tempo na produção de cuidados. Assim, recomenda-se o uso de ferramentas padronizadas, como o prontuário eletrônico, para promover a transferência segura de

informações, tendo como vantagem a sua capacidade de reunir e organizar as informações inseridas ao longo da vida, economizando tempo na busca por essas informações e facilitando a prestação de cuidados de saúde^{10,25,27}.

Outro instrumento avaliado e recomendado é a utilização do método SBAR²⁷ (Situação, Breve Histórico, Avaliação, Recomendação), o qual fornece uma estrutura para a comunicação, ajudando a garantir que as informações importantes sejam abordadas dentro de um tempo limitado disponível durante a troca de turno, concentrando-se nas informações mais relevantes e aumentando a eficiência da comunicação^{1,27}.

Neste sentido, no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde^{1,28}. Uma das metas do PNSP, em alinhamento com a OMS, é "melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde", pois a comunicação e a coordenação da equipe são elementos essenciais para a cultura de segurança do paciente²⁸. Portanto, uma comunicação eficaz é fundamental para melhorar o cuidado prestado e superar as barreiras para a continuidade do cuidado^{1,10,28}.

Destaca-se que a comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é crucial para garantir a qualidade e a segurança na prestação de cuidados aos usuários. Para isso, é importante que a comunicação seja efetiva, podendo ser realizada de forma eletrônica, verbal ou escrita, desde que seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreensível para o receptor^{1,20}. Dessa forma, é possível reduzir a ocorrência de erros e melhorar a

segurança do paciente¹.

Vale ressaltar que, para alcançar a resolução dos problemas de comunicação existentes em uma RAS fragmentada, como identificada neste estudo, é importante compreender os problemas reais e potenciais que decorrem dessa disfuncionalidade^{20,24}. Faz-se necessário buscar soluções por meio da organização da gestão do cuidado, do uso de informações e tecnologias de informação em saúde, visando orientar os processos de cuidado a partir de uma perspectiva de atuação mais eficiente^{23,29,30}.

Nesta pesquisa, um ponto crucial está relacionado à alta rotatividade dos profissionais, que geralmente ocorre devido às mudanças de planos da gestão municipal, o que prejudica o acompanhamento adequado do ciclo de vida dos usuários e a continuidade do cuidado^{17,24}. Além disso, a falta de perspectiva de cuidado longitudinal impacta negativamente a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, bem como entre os próprios profissionais⁸.

Ademais, outro desafio mencionado pelos entrevistados foi a falta de resolutividade, a qual aponta para a desorganização da RAS em todos os níveis de complexidade^{7,24,30}. Neste sentido, a RAS se mostra incapaz de atender às necessidades de saúde e promover a interação entre as diferentes dimensões do cuidado e o usuário¹.

Na perspectiva de uma alta hospitalar para o domicílio, por exemplo, espera-se que a rede disponha de protocolos, guias ou instrumentos sistematizados que auxiliem os profissionais a promoverem a transição e a continuidade dos cuidados pós alta hospitalar, entretanto, isto não é a realidade¹⁹.

Ademais, em consonância com os achados desta pesquisa, estudos demonstram a necessidade de melhorias nos sistemas de informação, devido a falhas nos processos de monitoramento e de avaliação das redes²⁴. Outra pesquisa relevante analisou as atividades realizadas pelos enfermeiros na transição do cuidado do paciente com alta hospitalar e encontrou algumas atividades pouco realizadas, como a comunicação com a equipe de saúde de referência do paciente e o acompanhamento após a alta hospitalar. Além disso, outros desafios mencionados foram as dificuldades de integração e a articulação entre os serviços da RAS, pouca formação em serviço e falta de protocolos que auxiliem os profissionais a realizar atividades de transição do cuidado⁷.

De modo geral, apesar das diferentes abordagens destacadas pelos estudos para promover a integralidade, os resultados evidenciam pontos em comum em relação às dificuldades de estabelecer a continuidade e a integralidade nos serviços de APS, especialmente no que diz respeito ao acesso e à continuidade do cuidado através da RAS¹⁵. A falta desses mecanismos resulta em oportunidades perdidas, falta de espaços para compartilhamento de conhecimento e informações, redução da capacidade resolutiva dos serviços, sobrecarga nos serviços de alta complexidade, falta de continuidade na assistência ao usuário e fragmentação do fluxo de atendimento, o que afeta diretamente a saúde do usuário^{3,18,19}.

Nesta perspectiva, a partir da análise das entrevistas, é possível compreender a resolutividade como sendo de extrema importância na articulação de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, capazes de resolver problemas

de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS. Assim, a RAS é organizada em diferentes níveis de complexidade, porém, na prática, o fluxo acaba sendo truncado, burocrático e desarticulado, não levando em consideração as necessidades reais das pessoas e resultando em lentidão e insatisfação, contribuindo para a falta de resolutividade^{7,17,18,30}.

Em vista disso, com base nos depoimentos, percebe-se que um sistema integrado e informatizado seria essencial para a troca de informações entre os serviços de saúde, no entanto, essa realidade ainda não é comum no cenário público brasileiro. A ausência de articulação entre os diferentes pontos de atenção gera uma lacuna no sistema de referência e contrarreferência, o que impede a otimização da assistência e sobrecarrega um sistema já insuficiente para atender as demandas represadas de atenção à saúde³. Esse cenário alerta os gestores de saúde sobre os desafios que devem ser enfrentados para a criação de estratégias comunicacionais entre os diferentes pontos de atenção à saúde, compartilhando responsabilidades e decisões a respeito do paciente e dos recursos disponíveis^{21,24}.

Conclusão

O estudo permitiu a compreensão acerca do conhecimento dos gestores sobre a comunicação na área da saúde e sua importância para fornecer um cuidado de qualidade, impactando diretamente na transição do cuidado. Os participantes destacaram a ineficácia dos instrumentos disponíveis, identificaram os diversos desafios na transição efetiva do cuidado, incluindo fragilidades nas condições de trabalho, alta rotatividade de profissionais e dificuldades na comunicação entre a

equipe de saúde, resultando em um fluxo de trabalho ineficiente e uma RAS fragmentada e ineficaz.

Portanto, é necessário criar estratégias para superar esses desafios, como o fortalecimento da RAS e a integração dos serviços de saúde, por meio da organização dos fluxos de trabalho e instrumentos de comunicação entre os diferentes níveis de assistência. Também é importante destacar a necessidade de promover uma articulação entre os serviços, incluindo a contrarreferência do paciente dentro do sistema de saúde atual.

Como limitação deste estudo, destaca-se que os resultados não permitem ser generalizados para toda a realidade da RAS intersetoriais, municipais e regionais, uma vez que foi investigada apenas uma microrregião como foco da pesquisa. No entanto, os dados fornecidos reforçam a prática multiprofissional na rotina da assistência durante a transição do cuidado. Sugere-se que pesquisas futuras se concentrem na avaliação dos impactos das fragilidades na assistência durante a transição do cuidado, sob a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde, com o objetivo de implementar estratégias que melhorem a comunicação em saúde e a continuidade do cuidado.

Referências

1. Pena MM, Melleiro MM, Braga AT, Meres ALF. Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: uma técnica para a comunicação efetiva. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2021; 11:e3142.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). *Diário Oficial da União*. 2017; 154(183 Seção 1):68-76. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
3. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55:e20210145.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, OPAS. 2015. Disponível em: <http://amb.org.br/wp-content/uploads/2016/02/DCNT.OMS_2015-1.pdf>.
6. Schopf K, Vendruscolo C, Silva CB, Geremia DS, Souza AL, Angonese LL. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2022; 26:e20210178.
7. Silva AG, Mendes JD, Ribeiro EC. Formação em saúde e residência multiprofissional: desafios para a integração no cuidado em rede. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e39241.
8. Oliveira CCRBO, Silva EAL, Souza MKB. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021;31(1):e310105.
9. Nakata L, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc. Anna. Nery*. 2020; 24(2):e20190154.
10. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde Soc*. 2020; 29(3):e190682.
11. Jorge AO, Mendes EV, Carvalho ALB, Lima J. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica sobre a implementação e os desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(7):2789-2800.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista

e aprimorada. 2014; 407.

13. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34:eAPE02631.

14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3a reimp da 1a ed. São Paulo: Editora Almedina. 2016.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2010, seção 1:88. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

16. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, 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 República Federativa do Brasil.* 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

17. Galvão JB, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres na região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(12):e00004119.

18. Fiomari KK, Godoi SS, Campoi AL, Camargo FC, Walsh IAP. A utilização da abordagem familiar por residentes multiprofissionais em saúde: estudo de caso. *Rev APS.* 2020; 23(3):656-671.

19. Santos R, Almeida M, Fernandes L, Oliveira J, Lima R. Avaliação da continuidade do cuidado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2022; 56:e03785.

20. Janett RS, Yeracaris PP. Electronic medical records in the american health system: challenges and lessons learned. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020; 25(4):1293-1304.

21. Shibukawa BMC, Piran CMG, Araújo CRS, Furtado MD, Merino MFGL, Higarashi IH. Processo de cotutela de crianças de alto risco:

avaliação da Rede Mãe Paranaense. *Rev Rene.* 2022; 23:e80702.

22. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Bernardino E. A continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29:e20180332.

23. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, Gaete RAC, Perez G, Fabriz LA, et al. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Caderno de Saúde Pública.* 2021; 37(6):e00219520.

24. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021; 26(10):4769-4782.

25. Macedo AS, Gontijo TL, Brito CJ, Sanhudo NF, Faria LR, Cavalcante RB. Implantação de um prontuário eletrônico à luz da Teoria Ator - Rede. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2021; 30:e20200123.

26. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2019; 35(2).

27. Sheila JL, Anderson A. Time Management Strategies for New Nurses. *AJN.* 2020; 120(12).

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Alexandre Rocha Santos Padilha. *Diário Oficial da União, Brasília.* 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

29. Gontijo TL, Lima PKM, Guimarães EAA, Oliveira VC, Quites HFO, Belo VS, et al. Informatização da atenção primária à saúde: o gestor como agente de mudança. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(2): e20180855.

30. Katz N, Roman R, Rados DV, Oliveira EB, Schmitz CAA, Gonçalves MR, et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do Telessaúde (RS). *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(4):1389-1399.