

Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados

Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors

Experiencia de coordinación del cuidado entre médicos de la atención primaria y especializada y factores relacionados

Livia dos Santos Mendes ¹
Patty Fidelis de Almeida ²
Adriano Maia dos Santos ¹
Isabella Chagas Samico ³
Jéssica Prates Porto ¹
María-Luisa Vázquez ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00149520

Resumo

O artigo analisa a coordenação da informação e da gestão clínica entre níveis assistenciais na experiência de médicos e explora fatores laborais, organizacionais, de atitude frente ao trabalho e de interação relacionados. Trata-se de estudo transversal com aplicação do questionário COORDENA-BR à amostra de 64 médicos da atenção primária à saúde (APS) e 56 da atenção especializada (AE) da rede pública em um município de médio porte. Os resultados mostram limitada articulação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com diferenças entre APS e AE. Não há troca de informações sobre diagnóstico, tratamento e exames. Médicos da APS concordam mais com os tratamentos indicados na AE do que o contrário, porém a repetição de exames não é frequente. Médicos da APS encaminham pacientes para AE quando necessário. A maioria dos médicos da AE não realiza encaminhamento para consulta de acompanhamento, quando necessário, e não faz orientações para a APS, que por sua vez, não esclarece dúvidas com o profissional da AE. Ambos referem longos tempos de espera para consulta especializada. Vínculos laborais temporários são mais frequentes na APS. O tempo de consulta foi considerado insuficiente para a coordenação. A maioria dos médicos não pretendia mudar de emprego, embora seja elevada a insatisfação com os salários e o trabalho. Médicos não se conhecem pessoalmente e os especialistas não identificam o médico da APS como coordenador do cuidado. Políticas e ações para a garantia de condições estruturais de melhoria do acesso, de condições de trabalho e de adaptação mútua mais favoráveis precisam ser implementadas de forma sistêmica para o conjunto dos serviços do Sistema Único de Saúde.

Níveis de Atenção à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Integralidade em Saúde; Avaliação em Saúde

Correspondência

P. F. Almeida
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.
Rua Marquês de Paraná 303, 3º andar, Niterói, RJ
224030-100, Brasil.
pattyfidelis@id.uff.br

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Vitória da Conquista, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

³ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil.

⁴ Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, Espanha.



Introdução

Em sistemas de saúde orientados pela atenção primária à saúde (APS) espera-se que este nível desempenhe a função de coordenar o cuidado do paciente ao longo do *continuum* assistencial^{1,2}. A busca da integração da atenção é um componente fundamental das reformas dos sistemas de saúde, considerado central para o enfrentamento dos desafios colocados pelo envelhecimento populacional e, especialmente, pelo aumento da carga de doenças crônicas, que necessitam, com frequência, de atenção de diversos provedores e serviços ao longo do tempo³. A coordenação do cuidado se apresenta como um dos resultados da integração assistencial e pode ser definida como a conexão de todos os serviços e ações relacionados à atenção do paciente, de forma que, independentemente do local onde sejam ofertados, se harmonizem e alcancem um objetivo comum, sem conflitos⁴.

Em uma lógica sistêmica, com o objetivo de superar a fragmentação e alcançar atenção continuada, as redes integradas de serviços de saúde, baseadas no fortalecimento da APS como porta de entrada e ordenadora dos fluxos aos demais serviços, tem sido uma estratégia adotada em diversos sistemas de saúde². Na América Latina, a maioria dos países, a partir dos anos 2000, promoveram reformas dos modelos assistenciais, com base em uma proposição de APS abrangente⁵. No entanto, permanecem os desafios para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e intrínsecos à APS na assunção da coordenação do cuidado entre níveis assistenciais^{6,7}.

A coordenação dos cuidados pode ser analisada em diferentes perspectivas. No Brasil, uma das concepções mais difundidas e utilizadas refere-se à coordenação vertical, que ocorre entre os níveis de atenção do sistema de saúde; e a coordenação horizontal que acontece em um mesmo nível de atenção, quer seja no interior da própria APS ou da atenção especializada (AE), e no território, por meio de relações intersetoriais⁷. No país, a dificuldade para se alcançar melhor coordenação tem sido imputada às dificuldades para garantir a integração entre os níveis assistenciais, seja pela baixa utilização de tecnologias de informação e comunicação, pela falta de definição de fluxos assistenciais na RAS, como também pela insuficiente retaguarda terapêutica especializada, considerada um grande gargalo do Sistema Único de Saúde (SUS)^{7,8}.

Na literatura há um vasto conjunto de definições para a coordenação do cuidado. Aller et al.⁹ e Vázquez et al.¹⁰, com base na definição de Longest & Young⁴, identificam três tipos de coordenação do cuidado entre níveis: da informação, da gestão clínica e administrativa, os dois primeiros, foco deste artigo. A coordenação da informação clínica envolve a transferência e o uso das informações sobre o paciente entre diferentes serviços e níveis de atenção. A coordenação da gestão clínica se expressa na prestação sequencial e complementar do cuidado e abrange três dimensões: coerência da atenção, acompanhamento dos usuários entre níveis e acessibilidade entre níveis assistenciais. A coordenação administrativa faz referência às atividades administrativas necessárias para o acesso entre níveis de atenção (como circuitos administrativos, central de regulação, definição de fluxos, entre outros).

Para alcançar maior coordenação clínica, intervenções podem ser implantadas no nível macro (políticas de promoção das RAS, sistemas de pagamento), meso (organização das redes de saúde) e micro (mecanismos e instrumentos de coordenação)¹⁰. Tais estratégias são potencialmente capazes de melhorar o intercâmbio de informação, aumentar a consistência da atenção e a acessibilidade entre os níveis, evitando repetições desnecessárias de exames e longos tempos de espera para consultas especializadas^{10,11}. Fatores de ordem organizacional (disponibilidade, tempo durante e após as consultas para a utilização dos mecanismos de coordenação) e outros relacionados à atitude frente ao trabalho (satisfação com o trabalho) e de interação entre os profissionais (confiança, conhecimento e considerar o médico da APS como responsável pela função de coordenação) podem favorecer ou constringer a coordenação do cuidado¹¹.

No âmbito do SUS, são menos frequentes os estudos que analisam a coordenação do cuidado na perspectiva de médicos da APS, principal responsável pelo desempenho do papel de filtro aos demais níveis assistenciais, e também médicos da AE que recebem e compartilham a atenção dos usuários referenciados, como os realizados por Vázquez et al.¹¹, Jesus et al.¹² e Oliveira et al.¹³. A necessidade de colaboração interníveis é cada vez mais relacionada à oferta de atenção segura e de qualidade, embora sejam reconhecidas barreiras organizacionais (indisponibilidade de tempo, escassez de estruturas, regras e recursos para comunicação), profissionais (diferentes características e valores pessoais, sociais e comunicacionais), entre outras, que desafiam a atuação mais articulada¹⁴. Conhecer a expe-

riência e a percepção de profissionais que compartilham o cuidado dos usuários na RAS pode favorecer a implantação de arranjos que incentivem uma cultura profissional mais receptiva à cooperação e ao diálogo. O presente artigo tem como objetivo analisar a experiência e percepção de médicos da APS e da AE sobre a coordenação da informação e gestão clínica entre níveis assistenciais e explorar fatores laborais, organizacional, de atitude frente ao trabalho e de interação relacionados.

Métodos

Desenho e área do estudo

É um estudo transversal, baseado em um inquérito, com aplicação do questionário *COORDENA-BR* a médicos da APS e da AE da rede SUS de um município de médio porte da Região Nordeste (aproximadamente 340 mil habitantes/2019), Brasil. A rede básica era composta por 42 unidades básicas de saúde (UBS), nas quais atuavam 44 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 7 UBS tradicionais, sendo a cobertura pela APS de 60% (47% ESF e 13% UBS tradicionais)¹⁵. Dentre os serviços da rede especializada própria municipal foram selecionados um Centro de Especialidades Médicas que concentrava a maior parte da oferta das consultas especializadas (angiologia, anestesia, cardiologia, cirurgia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, mastologia, nefrologia, neurologia, oncologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, reumatologia, urologia); um ambulatório de saúde mental; uma clínica de reabilitação (ortopedia e angiologia); e duas UBS tradicionais nas quais atuavam alguns especialistas (ginecologistas/obstetras e hematologista pediatria) como referência para a APS. Foram excluídos os prestadores privados individuais e unidades especializadas que não recebiam referência direta da APS.

População de estudo e amostra

A população de estudo foi composta por todos os médicos da APS (ESF e UBS tradicionais) e especialistas de serviços municipais que recebiam referências regulares no momento de início do campo (junho/2019), segundo informações da gestão municipal. Foram entrevistados 120 dos 136 médicos em atuação (88,2%). Sujeitos entrevistados e perdas, conforme serviço de atuação, estão descritos na Tabela 1.

Instrumento

Foi usado para a coleta de dados o questionário *COORDENA-BR* (http://www.equity-la.eu/upload/seccions/files/COORDENA_BR%282%29.pdf), adaptado, traduzido para o português e validado, que se baseia no modelo teórico para avaliação da coordenação entre níveis assistenciais desenvolvido por Vázquez et al.¹⁰ e Vargas et al.¹⁶. O instrumento foi digitalizado utilizando-se o software KoboTollbox 1.4.8 (https://downloadapk.net/down_KoBoCollect.4511263.html), disponível em *tablets*, marca Samsung, modelo Galaxy Tab A.

O questionário completo aborda: (1) experiência de coordenação da informação e gestão da clínica entre níveis assistenciais, suas respectivas dimensões e percepção geral sobre a coordenação; (2) fatores de interação dos profissionais relacionados à coordenação entre níveis; (3) conhecimento e uso de mecanismos de coordenação; (4) sugestões para a melhoria da coordenação; (5) fatores organizacionais, laborais e atitudes relacionados à coordenação entre níveis; (6) dados sociodemográficos dos entrevistados. Neste artigo, serão analisados os dados obtidos nas seções 1, 2 e 5 do *COORDENA-BR*.

Coleta de dados

Para a aplicação do questionário foram realizadas entrevistas presenciais nos respectivos locais de trabalho dos médicos, com duração média de 26,6 minutos, gravadas em aparelho de áudio para transcrição e categorização das questões abertas, no período de junho a outubro de 2019. Para a garantia da

Tabela 1

Médicos da atenção primária à saúde (APS) e da atenção especializada (AE) entrevistados por serviço de saúde de atuação. Município de médio porte, Região Nordeste, Brasil, 2019.

Tipo de serviço APS e AE	Médicos (n)	Perdas n (%)	Entrevistados n (%)
Médicos da APS			
Médicos da ESF			
Zona Rural	16	2 (12,5)	14 (87,5)
Zona Urbana	28	2 (7,1)	26 (92,9)
Total de médicos da ESF	44	4 (9,1)	40 (90,9)
Total de médicos de UBS	26	2 (7,7)	24 (92,3)
Total de médicos da APS	70	6 (8,6)	64 (91,4)
Médicos especialistas			
Centro de especialidades médicas	52	9 (17,3)	43 (61,4)
Ambulatório de saúde mental	5	-	5 (100,0)
Clínica de reabilitação	2	-	2 (100,0)
UBS	7	1 (14,3)	6 (85,7)
Total de médicos especialistas	66	10 (15,2)	56 (84,8)
Total de médicos e de entrevistados	136	16 (11,7)	120 (88,2)

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: unidades básicas de saúde.

Fonte: elaboração própria.

qualidade da coleta e confiabilidade dos dados, procedeu-se o monitoramento direto das atividades de campo e a avaliação do preenchimento de todos os questionários no banco de dados.

Variáveis e análise dos dados

Este estudo analisou as variáveis relacionadas à coordenação da informação clínica e à gestão clínica entre APS e AE, que compõem o *COORDENA-BR* (Quadro 1), bem como as condições de trabalho (tipo de vínculo, de remuneração, carga horária semanal, tempo de experiência no local de trabalho, trabalho adicional no setor privado), organizacional (tempo de consulta suficiente para a coordenação clínica); de atitude frente ao trabalho (pretensão de mudar de trabalho nos próximos seis meses, satisfação com o salário e com o trabalho) e relacionais ou interacionais (confiança nas habilidades clínicas, conhecer pessoalmente o médico do outro nível e considerar o médico da APS como responsável pela função de coordenação). Para as repostas foi utilizada a escala de Likert (sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes e nunca; concordo totalmente, concordo, não concordo, nem discordo, discordo e discordo totalmente) e repostas dicotômicas (sim/não). Foi realizada análise descritiva das variáveis, conforme nível assistencial, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Algumas variáveis de interesse foram dicotomizadas para a melhor comparação. As repostas “sempre, muitas vezes” e “concordo totalmente, concordo” foram consideradas sim e “às vezes, muito poucas vezes e nunca” e “não concordo, nem discordo, discordo e discordo totalmente” como não. Os dados foram processados no programa Stata, versão 15.0 (<https://www.stata.com>). As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e pelo teste exato de Fisher.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 3.334.464 e CAAE: 09503419.1.0000.5556 com anuência do município.

Quadro 1

Tipos de coordenação entre níveis assistenciais, dimensões/atributos e itens/perguntas relacionados.

Tipo de coordenação	Dimensões/Atributos	Itens/Perguntas
Coordenação da informação entre níveis	Troca, pertinência e uso da informação clínica entre níveis de atenção	<ol style="list-style-type: none"> Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum (diagnóstico, tratamentos, exames)? Estas informações são as necessárias para a atenção aos pacientes? Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, levam em consideração as informações trocadas entre si sobre os pacientes?
Coordenação da gestão clínica entre níveis	Consistência da atenção entre níveis de atenção	<ol style="list-style-type: none"> Os médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando necessário? Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram? Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes? Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da APS e especialistas, incluindo você, prescrevem?
	Seguimento do paciente entre níveis de atenção	<ol style="list-style-type: none"> Os especialistas encaminham os pacientes para APS para consulta de acompanhamento, quando necessário? Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS? Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes? Os médicos da APS consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes?
	Acessibilidade entre níveis de atenção	<ol style="list-style-type: none"> Quando é encaminhado ao especialista, o paciente tem acesso à consulta pelo sistema público de saúde? Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta? Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da APS espera muito tempo até o dia da consulta?

APS: atenção primária à saúde.

Fonte: construído com base em COORDENA-BR.

Resultados**Características da amostra**

A maioria dos médicos entrevistados era do sexo masculino (56,7%), sendo na APS a maioria de sexo feminino (54,7%). Os profissionais da APS estavam na faixa etária de 25 a 34 anos (40,6%) e a maioria dos médicos da AE tinha entre 35 e 49 anos (60,7%), possuía maior tempo de formado e era egresso de universidades públicas (55,4%). Na APS, 62,5% dos médicos eram egressos de faculdades privadas e em torno de 59,4% ainda não tinham Residência Médica, sendo que apenas quatro profissionais estavam em processo de realização da Residência em Medicina de Família e Comunidade (Tabela 2).

Experiência de coordenação entre níveis assistenciais

Apenas 4,2% dos médicos da APS e da AE afirmaram haver troca frequente de informações clínicas (diagnóstico, tratamento e exames) dos usuários cujo cuidado era compartilhado, ainda que a maioria (83,9%) a considerasse necessária, sobretudo entre os profissionais da APS (93,6%), quando compa-

Tabela 2

Caracterização da amostra. Município de médio porte, Região Nordeste, Brasil, 2019.

Características	APS [n = 64] n (%)	AE [n = 56] n (%)	Total [n = 120] n (%)
Sexo			
Feminino	35 (54,7)	17 (30,4)	52 (43,3)
Masculino	29 (45,3)	39 (69,6)	68 (56,7)
Idade (anos)			
25-34	26 (40,6)	11 (19,6)	37 (30,8)
35-49	22 (34,4)	34 (60,7)	56 (46,7)
50-74	16 (25,0)	11 (19,6)	27 (22,5)
Nacionalidade			
Brasileira	64 (100,0)	56 (100,0)	120 (100,0)
Tempo de formado (anos)			
≤ 2	15 (23,4)	0 (0,0)	15 (12,5)
3-10	26 (40,6)	15 (26,8)	41 (34,2)
11-20	7 (10,9)	24 (42,8)	31 (25,8)
> 20	16 (25,0)	17 (30,4)	33 (27,5)
Instituição de formação			
Pública	24 (37,5)	31 (55,4)	55 (45,8)
Particular	40 (62,5)	25 (44,6)	65 (54,2)
Especialização médica			
Sem Residência	38 (59,4)	0 (0,0)	38 (31,7)
Residentes em Medicina de Família e Comunidade *	4 (6,2)	0 (0,0)	4 (3,3)
Cirurgia	0 (0,0)	9 (16,1)	9 (7,5)
Ginecologia/Obstetrícia	3 (4,7)	5 (8,9)	8 (6,7)
Pediatría	7 (10,9)	0 (0,0)	7 (5,8)
Clínica médica	6 (9,4)	0 (0,0)	6 (5,0)
Psiquiatria	0 (0,0)	5 (8,9)	5 (4,2)
Endocrinologia	2 (3,1)	4 (7,1)	6 (5,0)
Outros	4 (6,3)	33 (58,9)	37 (30,8)

APS: Atenção primária à saúde; AE: atenção especializada.

Fonte: elaboração própria.

* Residência em curso no período da pesquisa.

rados aos da AE (72,5%) ($p = 0,008$). Maior percentual de especialistas (80%) referiu que os médicos levavam em consideração as informações clínicas, quando compartilhadas (Tabela 3).

Em relação à coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais, houve diferenças significativas entre a experiência de médicos da APS e da AE quanto à coerência da atenção prestada. Aproximadamente um terço dos especialistas (30,4%) afirmou concordar com os tratamentos indicados pelos médicos da APS, e, ao contrário, a maioria dos médicos da APS afirmou concordar com os tratamentos da AE (70,3%) ($p < 0,001$). Ainda assim, cerca de 72,5% dos médicos referiram não haver contradições entre os tratamentos prescritos nos dois níveis assistenciais, com frequência superior entre os médicos da APS (82,8%), quando comparada à experiência dos médicos da AE (60,7%) ($p = 0,010$). Baixo percentual de médicos de ambos os níveis (11,7%) considerou que os exames eram repetidos de forma habitual. A quase totalidade dos médicos da APS (95,3%) referiu encaminhar os usuários ao especialista quando necessário; a proporção dos médicos da AE que considerou os encaminhamentos da APS necessários foi menor (53,6%) ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3

Experiência de médicos da atenção primária à saúde (APS) e da atenção especializada (AE) sobre a coordenação entre níveis assistenciais. Município de médio porte, Região Nordeste, Brasil, 2019.

Dimensões coordenação entre níveis assistenciais	APS [n = 64] n (%)	AE [n = 56] n (%)	Total [n = 120] n (%)	Valor de p
Coordenação da informação				
Os médicos da APS e AE trocam informações sobre os pacientes em comum				0,663
Sim	2 (3,1)	3 (5,4)	5 (4,2)	
Não	62 (96,9)	53 (94,6)	115 (95,8)	
As informações trocadas são as necessárias para a atenção dos pacientes *	[n = 47]	[n = 40]	[n = 87]	0,008
Sim	44 (93,6)	29 (72,5)	73 (83,9)	
Não	3 (6,4)	11 (27,5)	14 (16,1)	
Médicos da APS e AE levam em consideração as informações trocadas sobre os pacientes *				0,209
Sim	32 (68,1)	32 (80,0)	64 (73,6)	
Não	15 (31,9)	8 (20,0)	23 (26,4)	
Coordenação da gestão clínica entre níveis				
Consistência/Coerência da atenção entre níveis				
Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos indicados por médicos de outro nível				< 0,001
Sim	45 (70,3)	17 (30,4)	62 (51,7)	
Não	19 (29,7)	39 (69,6)	58 (48,3)	
Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos prescritos por médicos da APS e da AE, incluindo você				0,010
Sim	11 (17,2)	21 (37,5)	32 (26,7)	
Não	53 (82,8)	34 (60,7)	87 (72,5)	
Não sabe/Não respondeu	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (0,8)	
Os médicos da APS e AE, incluindo você, repetem os exames que já foram realizados em outro nível				0,790
Sim	7 (10,9)	7 (12,5)	14 (11,7)	
Não	57 (89,1)	49 (87,5)	106 (88,3)	
Médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando necessário				< 0,001
Sim	61 (95,3)	30 (53,6)	91 (75,8)	
Não	3 (4,7)	26 (46,4)	29 (24,2)	
Seguimento do paciente entre níveis de atenção				
Especialistas encaminham os pacientes para APS para consulta de acompanhamento				0,341
Sim	33 (51,6)	24 (42,9)	57 (47,5)	
Não	31 (48,4)	32 (57,1)	63 (52,5)	
Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS				0,003
Sim	26 (40,6)	11 (19,6)	37 (30,8)	
Não	38 (59,4)	40 (71,4)	78 (65,0)	
Não sabe/Não respondeu	0 (0,0)	5 (8,9)	5 (4,2)	
Os especialistas fazem recomendações/orientações ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes?				0,004
Sim	4 (6,3)	14 (25,0)	18 (15,0)	
Não	60 (93,7)	42 (75,0)	102 (85,0)	

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Dimensões coordenação entre níveis assistenciais	APS [n = 64] n (%)	AE [n = 56] n (%)	Total [n = 120] n (%)	Valor de p
Os médicos da APS consultam os especialistas quando têm dúvidas sobre o acompanhamento dos pacientes				0,281
Sim	6 (9,4)	2 (3,6)	8 (6,7)	
Não	58 (90,6)	54 (96,4)	112 (93,3)	
Acessibilidade entre níveis de atenção				
O paciente tem acesso à consulta com especialista pelo sistema público de saúde				< 0,001
Sim	23 (35,9)	43 (76,8)	66 (55,0)	
Não	41 (64,1)	13 (23,2)	54 (45,0)	
O paciente espera muito tempo para a consulta com especialista				0,004
Sim	60 (93,7)	42 (75,0)	102 (85,0)	
Não	4 (6,3)	14 (25,0)	18 (15,0)	
Após a consulta com o especialista, o paciente espera muito tempo por uma consulta na APS				< 0,001
Sim	4 (6,3)	9 (16,1)	13 (10,8)	
Não	60 (93,7)	35 (62,5)	95 (79,2)	
Não sabe/Não respondeu	0 (0,0)	12 (21,4)	12 (10,0)	
Percepção geral sobre a coordenação do cuidado entre níveis assistenciais				
A atenção prestada pelos médicos da AE e da APS na rede é articulada				1,000
Sim	5 (7,8)	4 (7,1)	9 (7,5)	
Não	59 (92,2)	52 (92,9)	111 (92,5)	

Sim: sempre e muitas vezes; Não: às vezes, muito poucas vezes e nunca.

Fonte: elaboração própria.

Nota: em negrito valores de $p < 0,05$.

* A questão não foi respondida pelos médicos que referiram nunca haver trocado informações com outros médicos.

A maioria dos médicos de ambos os níveis (65%) disse que não eram realizadas consultas de acompanhamento na APS após atendimento com o especialista, percentual maior entre os médicos da AE (71,4%) em relação aos médicos da APS (59,4%) ($p = 0,003$). Recomendações e orientações para a APS eram muito pouco frequentes (15%), sendo que 25% dos especialistas referiram realizá-las e apenas 6,3% dos médicos da APS tinham esta percepção ($p = 0,004$). Igualmente, proporção muito baixa de profissionais (6,7%) disse que os médicos da APS consultavam os especialistas para esclarecimentos de dúvidas em relação ao seguimento dos usuários (Tabela 3).

Quanto à acessibilidade entre níveis assistenciais, aproximadamente a metade dos médicos (55%) considerou que os pacientes tinham acesso à consulta especializada pelo SUS, sendo a maioria entre os especialistas (76,8%) e apenas um terço dos médicos da APS (35,9%) ($p < 0,001$). Quanto ao tempo de espera para consultas especializadas, tanto profissionais da APS (93,7%) quanto da AE (75%) referiram ser longos, com diferenças significativas ($p = 0,004$). Apenas 6,3% dos médicos da APS e 16,1% dos especialistas consideraram que o tempo de espera para consulta na APS, pós-consulta especializada, era longo ($p < 0,001$), sendo que 21,4% dos médicos de AE não souberam ou não responderam. Por fim, só uma pequena minoria (7,5%) dos médicos de ambos os níveis disse que a atenção prestada na rede pelos médicos de APS e AE era articulada (Tabela 3).

Fatores laborais, organizacional, de atitude frente ao trabalho e de interação relacionados à coordenação clínica entre níveis assistenciais

Vínculos trabalhistas temporários foram mais frequentes entre os profissionais da APS (67,2%) ($p < 0,001$). Nesse caso, destacou-se que 37,5% eram médicos brasileiros que faziam parte do Programa Mais Médicos, vigente à época. Entre os especialistas foi observado maior percentual de estatutários (42,9%) e a totalidade era assalariada ($p < 0,001$). Os médicos da APS apresentaram maior carga horária de dedicação ao serviço se comparados aos especialistas. A grande maioria dos especialistas também trabalhava no setor privado (92,9%), ao contrário dos médicos da APS (48,4%) ($p < 0,001$). A maioria dos especialistas (62,5%) apresentou 4 anos ou mais de experiência no local de trabalho, entre médicos da APS o percentual foi de 43,7% (Tabela 4).

Quanto aos fatores organizacionais, apenas 17,2% dos médicos da APS consideraram o tempo da consulta suficiente para exercer atividades de coordenação clínica e 39,3% dos especialistas o considerou suficiente ($p = 0,007$) (Tabela 4).

Em relação à atitude frente ao trabalho, a grande maioria dos especialistas (92,9%) e dos médicos da APS (78,1%) não pretendia mudar de emprego ($p = 0,024$), embora fosse elevada a insatisfação com os salários (60,8%), principalmente na AE (71,4%) ($p = 0,026$), e com o trabalho de forma geral (82,5%), também maior entre os médicos especialistas (85,7%) (Tabela 4).

Sobre os fatores de interação ou relacionais, a maioria dos médicos da APS (70,3%) se considerou o profissional responsável pelo acompanhamento dos usuários em sua trajetória assistencial e apenas 17,9% dos especialistas ($p < 0,001$) reconheceram tal função. A quase totalidade dos entrevistados (90%) não conhecia pessoalmente os médicos do outro nível. O percentual de 73,4% dos médicos da APS afirmaram confiar nas habilidades clínicas dos especialistas e cerca de 53,6% ($p = 0,024$) dos especialistas afirmaram confiar nos profissionais da APS.

Discussão

No Brasil, sobretudo com a expansão da ESF, o atributo da coordenação do cuidado vem ocupando lugar central na organização do SUS e da APS, frente à necessidade de provisão de cuidados integrais e integrados. As principais ações e políticas buscaram fortalecer a posição da ESF na rede assistencial, promover a integração entre níveis e interfaces com a regulação assistencial, além de fortalecer a integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território⁷. Ainda assim, são reconhecidos os limites de tais iniciativas e grande diversidade loco-regional das experiências implantadas. Os resultados deste estudo sinalizam uma limitada coordenação da informação e da gestão clínica entre os níveis assistenciais e uma percepção geral de médicos da APS e da AE de que não há articulação da atenção prestada na RAS. É expressa através de uma experiência com insuficiente comunicação entre os níveis de atenção, devido a escassa troca de informações clínicas entre os médicos acerca dos usuários, cujo cuidado é compartilhado nos diferentes níveis. Além disso, é evidenciada, também, por uma baixa concordância entre os profissionais em relação aos tratamentos indicados, principalmente, por parte dos médicos da AE, o que, conseqüentemente, traz sérios prejuízos para seguimento dos usuários entre os níveis de atenção. São reconhecidas, ainda, dificuldades de acessibilidade entre os níveis assistenciais.

Em relação à coordenação da informação clínica^{10,17}, os resultados indicam não haver troca frequente de informações sobre os pacientes compartilhados entre APS e AE e são mais desfavoráveis se comparados a outra investigação semelhante em um cenário nacional distinto¹¹. Ainda assim, destaca-se melhor experiência, sobretudo na APS, quanto à necessidade das informações clínicas para o processo de cuidado e, em ambos os níveis, a valorização das informações, quando compartilhadas. Tais evidências parecem ressaltar a necessidade e, também, um panorama favorável à implantação de mecanismos de coordenação clínica de adaptação mútua (baseadas no *feedback*). Esses mecanismos favorecem a comunicação e a troca de informação entre os profissionais para o planejamento compartilhado do cuidado com a utilização de ferramentas, tais como: de comunicação direta (telefone, e-mail), sistemas de informação compartilhados (prontuário eletrônico compartilhado) e incentivos à utilização de formulário de referência e contrarreferência¹⁸.

Tabela 4

Fatores laborais, organizacional, de atitude frente ao trabalho e de interação relacionados à coordenação clínica entre níveis assistenciais. Município de médio porte, Região Nordeste, Brasil, 2019.

Fatores relacionados	APS [n = 64] n (%)	AE [n = 56] n (%)	Total [n = 120] n (%)	Valor de p
Laborais				
Vínculo				< 0,001
Contrato por tempo determinado	15 (23,4)	21 (37,5)	36 (30,0)	
Contrato por tempo indeterminado	10 (15,6)	11 (19,6)	21 (17,5)	
Estatutário	11 (17,2)	24 (42,9)	35 (29,2)	
Mais Médicos	24 (37,5)	0 (0,0)	24 (20,0)	
Residente	4 (6,3)	0 (0,0)	4 (3,3)	
Remuneração				< 0,001
Assalariado	36 (56,3)	56 (100)	92 (76,7)	
Bolsista	28 (43,7)	0 (0,0)	28 (23,3)	
Horas de trabalho por semana				0,071
20-32	42 (65,6)	45 (80,4)	87 (72,5)	
≥ 40	22 (34,4)	11 (19,6)	33 (27,5)	
Trabalha no setor privado				< 0,001
Sim	31 (48,4)	52 (92,9)	83 (69,2)	
Não	33 (51,6)	4 (7,1)	37 (30,8)	
Tempo de experiência no local de trabalho (em meses)				0,159
4-12	16 (25,0)	7 (12,5)	23 (19,2)	
12-47	20 (31,3)	14 (25,0)	34 (28,3)	
48-119	18 (28,1)	20 (35,7)	38 (31,7)	
≥ 120	10 (15,6)	15 (26,8)	25 (20,8)	
Organizacional				
Tempo de consulta suficiente para a coordenação entre níveis				0,007
Sim *	11 (17,2)	22 (39,3)	33 (27,5)	
Não **	53 (82,8)	34 (60,7)	87 (82,5)	
Atitudinais				
Pretensão de mudar de trabalho nos próximos 6 meses				0,024
Sim ***	14 (21,9)	4 (7,1)	18 (15,0)	
Não #	50 (78,1)	52 (92,9)	102 (85,0)	
Satisfação com o salário				0,026
Sim ***	31 (48,4)	16 (28,6)	47 (39,2)	
Não #	33 (51,6)	40 (71,4)	73 (60,8)	
Satisfação com o trabalho				0,386
Sim ***	13 (20,3)	8 (14,3)	21 (17,5)	
Não #	51 (79,7)	48 (85,7)	99 (82,5)	

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Fatores relacionados	APS [n = 64] n (%)	AE [n = 56] n (%)	Total [n = 120] n (%)	Valor de p
Interacionais				
Médicos da APS são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória assistencial				< 0,001
Sim *	45 (70,3)	10 (17,9)	55 (45,8)	
Não **	19 (29,7)	46 (82,1)	65 (54,2)	
Conhece pessoalmente os médicos do outro nível de atenção				0,807
Sim *	6 (9,4)	6 (10,7)	12 (10,0)	
Não **	58 (90,6)	50 (89,3)	108 (90,0)	
Confia nas habilidades clínicas dos médicos do outro nível de atenção				0,024
Sim *	47 (73,4)	30 (53,6)	77 (64,2)	
Não **	17 (26,6)	26 (46,4)	43 (35,8)	

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada.

Fonte: elaboração própria.

Nota: em negrito valores de $p < 0,05$.

* Sim = sempre e muitas vezes;

** Não = às vezes, muito poucas vezes e nunca;

*** Sim = concordo totalmente e concordo;

Não = não concordo, nem discordo; discordo e discordo totalmente.

Foram encontradas discordâncias sobre tratamentos e encaminhamentos inadequados, sobretudo, na experiência de médicos da AE, resultado semelhante ao de outros estudos ^{11,12,19}. Possíveis problemas na qualidade das referências promovem deslocamentos de acompanhantes e pacientes e favorecem o uso inapropriado de serviços especializados, aumentando os tempos de espera e agravando as dificuldades de acesso à retaguarda terapêutica ^{12,20}. Além disso, planos terapêuticos discordantes podem gerar percepção de descontinuidade e insegurança quanto à qualidade do cuidado, sendo considerada uma expressão da falta de coerência da atenção ^{16,21}.

Resultados mais favoráveis e concordantes foram encontrados quanto a não repetição de exames, um dos efeitos positivos da existência de coordenação clínica ²², talvez, em parte, explicado pelo reconhecimento por parte dos profissionais da insuficiência de recursos especializados na RAS, fator estrutural que mitiga o acesso a estes procedimentos pelo SUS e, muitas vezes, gera compra direta de serviços pelos usuários nos prestadores privados ^{19,23}.

Em relação ao seguimento do paciente entre níveis assistenciais, os resultados foram bastante negativos, com maior intensidade na experiência dos médicos da AE. Os profissionais reconhecem a falta de comunicação: por um lado, identifica-se a ausência de recomendações ou orientações enviadas à APS e, por outro, médicos da APS não costumam esclarecer dúvidas sobre o seguimento dos usuários junto aos pares da AE. Estudos apontam que existe associação entre o fato do médico, independentemente da sua função, reconhecer o profissional do primeiro nível como coordenador da atenção e o estabelecimento de uma relação mais responsável e colaborativa com vistas à articulação do cuidado entre níveis ^{11,24}, o que, mais uma vez, reforça a necessidade de medidas para fortalecer a posição central da APS na rede, sua legitimidade profissional e social no SUS ²⁵, ao mesmo tempo em que se garanta a disponibilidade de mecanismos que facilitem a comunicação formal e informal entre profissionais.

Problemas de acessibilidade à AE, com longos tempos de espera, foram referidos de forma mais expressiva pelos médicos da APS que, como responsáveis pela referência dos usuários e acompanhamento longitudinal, acabam por desempenhar o papel de observatório das barreiras de acesso aos demais níveis ²⁶. Silva et al. ²⁷, em um estudo numa região de saúde, mostram que consultas especializadas para cirurgia vascular, proctologia, geriatria, endocrinologia e neurologia foram avaliadas

como inexistentes ou como vazio assistencial, seguidas de um conjunto de outras especialidades (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia) cuja oferta foi considerada insuficiente. Tais achados reforçam que a escassez ou mesmo inexistência da oferta de atenção especializada é um grande gargalo e problema estrutural do SUS^{8,27}. Além disso, longos tempos de espera para consulta com especialistas acarretam atraso diagnóstico e prejudicam o tratamento adequado dos pacientes¹¹, fatores que também contribuem para a insatisfação dos médicos com o trabalho²⁸, sendo esta uma questão a ser observada pelas gestões do SUS.

Sobre as condições laborais, no cenário estudado, médicos da APS apresentam vínculos mais precários, caracterizados por contratos por tempo determinado e bolsas (Programa Mais Médicos ou Residência), fator que influencia a rotatividade de profissionais deste nível de atenção²⁹. No cenário nacional, o recrudescimento de políticas ultraneoliberais com a fragilização de direitos trabalhistas, torna ainda mais desafiante o enfrentamento da rotatividade que, ademais, implica a perda de profissionais já capacitados. A instituição de vínculos mais estáveis com contratos permanentes, entre outros fatores, está associada a experiências mais positivas de coordenação¹⁶.

Vázquez et al.¹¹ indicam que a satisfação com o trabalho e o salário influencia a percepção sobre a coordenação do cuidado. Embora médicos da APS e da AE se mostrassem insatisfeitos com o trabalho, a quase totalidade dos especialistas não pretendia mudar de emprego, talvez por manterem vínculos mais estáveis, longo tempo de permanência nos serviços de saúde municipais e inserção concomitante na rede privada. De toda forma, a intenção de permanência parece ser um aspecto positivo para investimentos na qualificação profissional por meio de educação permanente, valorização e melhoria das condições organizacionais e laborais, associadas a políticas para a despreciação dos vínculos trabalhistas.

Em relação às condições organizacionais, o tempo suficiente disponível durante a consulta influencia positivamente as percepções sobre a coordenação¹¹. Profissionais consideram insuficiente o tempo das consultas para a atividade de coordenação. Sobre os médicos da APS incide grande pressão assistencial, visto atenderem à demanda programada (caso dos especialistas) e à demanda espontânea, entre outras atividades advindas da inserção territorial^{30,31}. É reconhecido que as funções dos médicos da APS ampliaram, absorvendo atenções antes prestadas em outros níveis³² e, no caso brasileiro, incorporando ações e programas que foram descentralizados³³ sem a devida formação em Medicina de Família e Comunidade, padrão-ouro para a atuação neste nível de atenção. Tais fatores podem dificultar o exercício de atividades de coordenação que demandam adequado preenchimento das guias de referência e prontuários, manutenção de contato com especialistas, entre outras atividades que, além do mais, não costumam ser remuneradas por esquemas de pagamento por desempenho. Nesse sentido, ações de coordenação não se desenvolverão espontaneamente, sem garantia de condições organizacionais e de esquemas de incentivo³².

Sobre os fatores relacionais, médicos da mesma RAS não se conhecem pessoalmente, sendo que especialistas não reconhecem o papel de coordenador do colega da APS e muitos não confiam nas suas habilidades clínicas, resultado sinérgico a outros encontrados neste estudo e que indicam o comprometimento do acompanhamento longitudinal, mais apropriadamente conduzido por médicos do primeiro nível¹. A escassez ou a inexistência de mecanismos que favoreçam o contato direto entre os profissionais e a rotatividade ajudam a compreender o problema¹¹. Além disso, a confiança nas habilidades do profissional do outro nível contribui para que haja uma maior receptividade da informação compartilhada¹¹.

Como limitação do estudo, não foram realizadas análises de associações entre percepções sobre coordenação e fatores organizacionais, laborais e relacionais, atendo-se à descrição e à análise minuciosa da experiência de médicos acerca de práticas de coordenação. Embora as perdas tenham sido inexpressivas, um dos desafios para a realização de estudos que envolvam médicos é a adesão e a disponibilidade para a participação, exigindo repetidos retornos do pesquisador aos serviços de saúde. Destaca-se que o estudo utilizou instrumento aplicado em cenários nacional e internacional, que ao revelar a experiência e a percepção de médicos, não apenas da APS, mas também da AE, permite uma compreensão ampla da coordenação do cuidado entre níveis que, afinal, têm como um de seus pilares a relação interprofissional interníveis, além de identificar muitas áreas passíveis de intervenção para a melhoria.

Considerações finais

É necessário reconhecer que o compartilhamento cotidiano de informações não faz parte dos processos de trabalho de médicos da APS e AE, sendo um campo a ser aprimorado. O estudo indica que o lugar ocupado pela APS no SUS ainda não a habilita ao exercício da coordenação do cuidado entre níveis na RAS que, por sua vez, enfrenta problemas não superados de subfinanciamento que dificultam o acesso aos serviços de retaguarda terapêutica. Como seria possível à APS ser coordenadora do cuidado se os demais profissionais não a reconhecem neste lugar? No país, políticas públicas de valorização da APS e de seus profissionais não acompanharam o ritmo de expansão da ESF³⁴. Ao mesmo tempo, promover maior permanência e formação conjunta dos profissionais poderia facilitar o conhecimento dos fluxos assistenciais e especificidades da RAS, favorecer as relações interprofissionais interníveis e o reconhecimento mútuo dos processos de trabalho. Os resultados sugerem que a retórica da coordenação do cuidado permanece circunscrita à APS e não faz parte do modus operandi da RAS, e muitos são os fatores que a dificultam. Políticas e ações para garantir condições estruturais mais favoráveis para melhoria do acesso, do trabalho e da adaptação mútua precisam ser implementadas de forma sistêmica, reforçando a premissa de que a coordenação do cuidado é dependente de arranjos que promovam condições e incentivem a colaboração entre o conjunto dos trabalhadores e dos serviços do SUS.

Colaboradores

L. S. Mendes foi responsável pela coleta dos dados, concepção, interpretação dos resultados e redação do manuscrito. P. F. Almeida foi responsável pela concepção, interpretação dos resultados e redação dos manuscrito. A. M. Santos e I. C. Samico participaram da análise crítica e revisão do manuscrito. J. P. Porto colaborou na metodologia, revisão do manuscrito e interpretação dos dados quantitativos. M.-L. Vázquez participou da interpretação dos resultados, revisão e redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final para publicação.

Agradecimentos

P. F. Almeida é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e agradece o apoio recebido para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

Informações adicionais

ORCID: Livia dos Santos Mendes (0000-0001-6053-8484); Patty Fidelis de Almeida (0000-0003-1676-3574); Adriano Maia dos Santos (0000-0001-9718-1562); Isabella Chagas Samico (0000-0002-8338-7946); Jéssica Prates Porto (0000-0002-0720-1230); María-Luisa Vázquez (0000-0002-6903-7413)

Referências

- Starfield B. Atenção primária de saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
- European Union. Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
- Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny A, editors. Health care management. 4th Ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
- Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2:e00118816.
- World Health Organization. Primary health care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 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* 2018; 42 (spe1):244-60.
- Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis (Rio J.)* 2010; 20:953-72.
- Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit* 2013; 27:207-13.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5:e007037.
- 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* 2017; 182:10-9.
- Jesus RPF, Santo ACGE, 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)* 2018; 22:423-34.
- 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* 2019; 35:e00119318.
- Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2020; 34:332-42.
- Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. Informação e gestão da atenção básica (e-Gestor). <http://egestorab.saude.gov.br> (acessado em 18/Mai/2019).
- Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira Silva MR, Unger J-P, Vázquez M-L. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31:736-48.
- Aller M-B, Vargas I, Coderch J, Vázquez M-L. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res* 2017; 17:842.
- Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20:485-95.
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MR, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med* 2014; 106:204-13.
- Almeida PF, Santos AM. Primary health care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saúde Pública* 2016; 50:80.
- Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16 Suppl 1:1081-96.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MR, De Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26:360-7.
- Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00004119.

24. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, 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* 2018; 33:494-504.
25. Almeida PF, Fausto MC, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 29:84-95.
26. Cecílio LC, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:2893-902.
27. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1109-20.
28. Gittell JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Hum Resour Manag J* 2008; 18:154-70.
29. Giovanella L, Mendonça MH, Fausto MC, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2697-708.
30. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen AC, Lauar TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2739-48.
31. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00102917.
32. Bodenheimer T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008; 358:1064-71.
33. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018; 42 (spe1):208-23.
34. Batista SR, Almeida MM, Trindade TG. Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, editores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 313-36.

Abstract

The article analyzes the coordination of information and clinical management between levels of care in physicians' experience and explores related labor and organizational factors and attitudes towards the work and interaction. This is a cross-sectional study with application of the COORDENA-BR questionnaire to a sample of 64 primary healthcare (PHC) physicians and 56 specialized care (SC) from the public system in a medium-sized Brazilian city. The results show limited linkage of care in the Healthcare Network (RAS), with differences between PHC and SC. There is no exchange of information on diagnosis, treatment, or tests. Physicians in PHC agree more on the treatments prescribed by the specialists than vice versa, but repetition of tests is not frequent. PHC physicians refer patients to SC when necessary. Most medical specialists do not refer patients for follow-up consultations in PHC when necessary and do not give orientation to PHC physicians, who in turn fail to resolve their doubts with SC. Both PHC and specialties report long waiting times for specialist consultations. Temporary employment contracts are more common in PHC. Consultation time was considered too short for coordination between the two. Most physicians do not plan to change jobs, despite their heavy dissatisfaction with wages and work. Physicians do not know each other personally, and specialists do not identify physicians in PHC as the coordinators of care. Policies and measures to guarantee structural conditions to improve access, working conditions, and more favorable mutual adaptation need to be implemented systemically to the set of services in the Brazilian Unified National Health System (SUS).

Health Care Levels; Comprehensive Health Care; Integrality in Health; Health Evaluation

Resumen

El artículo analiza la coordinación de la información y gestión clínica entre niveles asistenciales en la experiencia de médicos y explora factores laborales, organizativos, de actitud frente al trabajo y de interacción relacionados. Se trata de un estudio transversal con aplicación del cuestionario COORDENA-BR; la muestra cuenta con 64 médicos de la atención primaria en salud (APS) y 56 de la atención especializada (AE) de la red pública en municipios de tamaño medio. Los resultados muestran una limitada coordinación del cuidado en la Red de Atención en Salud (RAS), con diferencias entre APS y AE. No existe intercambio de información sobre diagnóstico, tratamiento y exámenes. Médicos de la APS están más de acuerdo con los tratamientos indicados en la AE que lo contrario, a pesar de que la repetición de exámenes no es frecuente. Médicos de la APS dirigen pacientes a la AE cuando es necesario. La mayoría de los médicos de la AE no realiza derivaciones a consultas de seguimiento, cuando es necesario, y no realiza orientaciones para la APS que, a su vez, no aclara dudas con el profesional de la AE. Ambos refieren largos tiempos de espera para una consulta especializada. Los vínculos laborales temporales son más frecuentes en la APS. El tiempo de consulta se consideró insuficiente para la coordinación. La mayoría de los médicos no pretendía cambiar de empleo, aunque sea elevada la insatisfacción con salarios y trabajo. Los médicos no se conocen personalmente y los especialistas no identifican al médico de la APS como coordinador del cuidado. Políticas y acciones para la garantía de condiciones estructurales de mejoría en el acceso, de condiciones de trabajo y de adaptación mutua más favorables necesitan ser implementadas de forma sistémica para el conjunto de los servicios del Sistema Único de Salud (SUS).

Niveles de Atención de Salud; Atención Integral de Salud; Integralidad en Salud; Evaluación en Salud

Recebido em 04/Jun/2020

Versão final reapresentada em 17/Ago/2020

Aprovado em 20/Ago/2020