

Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde

Care coordination: an analysis based on the experiences of primary care doctors (abstract: p. 18)

Coordinación del cuidado: un análisis a partir de la experiencia de médicos de la Atención Primaria de la Salud (resumen: p. 18)

Raphaela Silva Tavares Lacerda^(a)

<raphaelast@hotmail.com> 

Patty Fidelis de Almeida^(b)

<pattyfidelis@id.uff.br> 

^(a) Pós-graduanda no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (Mestrado Profissional - ProfSaúde), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF).

^(b) Instituto de Saúde Coletiva, UFF. Rua Marquês do Paraná, 303, 3º andar, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24070-035.

Resumo

O objetivo é analisar a experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre conhecimento, uso e reflexões para melhoria da coordenação do cuidado. Foi realizado estudo transversal com utilização do COORDENA-BR com médicos da APS, em Niterói/RJ/BR. Os profissionais reconheciam a importância da coordenação, ainda que não ocorresse, e confiavam nas habilidades clínicas dos médicos da Atenção Especializada (AE). Não havia indicação de seguimento e reconhecimento da centralidade da APS pelos pares da AE. O envio da referência, o recebimento do resumo de alta hospitalar e o uso de protocolos foram recorrentes, o recebimento da contrarreferência não. Não eram realizadas sessões clínicas compartilhadas e os médicos da APS não consultavam os especialistas para esclarecimento de dúvidas. Os resultados expressam a insuficiência de condições tecnológicas, organizacionais e de valores para que a APS assuma a coordenação do cuidado no SUS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Coordenação do cuidado. Integração de sistemas. Niterói.

Introdução

Pessoas com doenças crônicas e em situação de maior vulnerabilidade social necessitam de mais cuidados, demandam serviços com maior frequência e concomitantes, em diferentes especialidades e níveis de atenção^{1,2}. A coordenação do cuidado representa uma das funções estratégicas dos sistemas de saúde na medida em que permite que os pontos de atenção possam operar de forma conectada e interdependente². Quando desenvolvida – entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e de outros pontos da rede –, o usuário pode ter acesso aos cuidados necessários, em tempo oportuno e de forma contínua. Argumenta-se que o respeito aos saberes e expectativas dos usuários deve ser parte das estratégias de coordenação² a serem desenvolvidas com qualidade aceitável, humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica³.

Reconhecida como atributo essencial da APS⁴, para que a coordenação do cuidado possa acontecer, um conjunto de elementos são necessários, inclusive aqueles relacionados aos demais níveis assistenciais⁵. Por meio da coordenação, busca-se assegurar o trânsito seguro e confiável dos usuários pelo sistema de saúde, desde os processos de referência até a troca de conhecimentos e informações clínicas entre os vários profissionais, o que exige definição de competências e responsabilidades entre os serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵.

Quando um usuário é conduzido a um ponto de atenção de forma equivocada ou desnecessária, considera-se que houve problemas na identificação das necessidades e/ou falhas na comunicação⁶. O crescente número de pessoas com agravos crônicos sob responsabilidade sanitária da APS aumenta a necessidade de cuidados promocionais, preventivos, de vigilância em saúde e fortalecimento de seu escopo de práticas. Ao mesmo tempo, amplifica a importância da relação coerente e contínua entre os níveis assistenciais⁷.

Esforços para a organização dos pontos das RAS, integrados e integrais, podem beneficiar um conjunto de atores que orbitam os sistemas de saúde, entre os quais os profissionais, pela oportunidade de apoio e aprendizado mútuo⁸. Um modelo *transmural* integrado exige compartilhamento de informações entre especialistas e clínicos gerais para garantir a continuidade do cuidado. Nesse sentido, é dependente de uma comunicação eficaz e eficiente, facilitada em sistemas com a função de *gatekeeper* obrigatória⁷, como no caso brasileiro, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em sistemas públicos universais, a integração entre níveis assistenciais, além de conduzir a melhores resultados em saúde, colabora para o fortalecimento da função de *gatekeeping* e alinhamento dos processos de trabalho⁹. Por conseguinte, a integração e a comunicação são um aspecto crucial para o desenvolvimento de uma cultura de grupo ao facilitar o desenvolvimento de um senso compartilhado de atuação entre as equipes e incentivar o exercício da colaboração interprofissional¹⁰.

O curso seguido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos trinta anos, com todos os limites e resultados bem-sucedidos, reflete desafios que também são globais, entre os quais a necessidade de coordenação do cuidado⁵. O objetivo deste artigo é analisar a experiência de médicos da APS em relação ao conhecimento, ao uso e a

reflexões para melhoria da coordenação entre níveis assistenciais. Este trabalho enfoca a coordenação vertical¹¹, ou seja, aquela que envolve a integração entre os níveis da RAS, mais especificamente entre médicos da APS e da atenção especializada (AE).

Metodologia

Foi realizado estudo transversal com médicos que atuavam no Programa Médico de Família (PMF) nas sete regionais de saúde do município de Niterói/RJ/BR. Privilegiou-se a avaliação da coordenação entre níveis de atenção – APS e AE – na percepção e na experiência de médicos da APS com base na aplicação do instrumento COORDENA-BR^{®(c)}.

O cenário do estudo foi Niterói/RJ, município de médio porte com 515.317 habitantes, pioneiro na reformulação da APS no Brasil. Na década de 1990, inspirado no modelo cubano de assistência, implementou o PMF¹². Atualmente, a rede de APS está composta por 43 módulos de PMF nos parâmetros de equipes de Saúde da Família, três Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Havia sete Policlínicas Regionais, principal referência de especialidades para a APS, que também operavam com equipes básicas que atendiam à parcela da população fora de abrangência das unidades de PMF¹³.

Para coleta de dados foi utilizado o questionário COORDENA-BR[®], adaptado, traduzido para o português e validado. O instrumento baseia-se no modelo teórico para análise da coordenação entre níveis assistenciais desenvolvido por Vázquez *et al.*¹⁴ e Vargas *et al.*¹⁵, composto por questões fechadas e abertas. O questionário foi digitalizado utilizando-se o *software KoboTollbox 1.4.8*[®], disponível em *tablets*, marca Samsung[®]. Para aplicação, foram realizadas entrevistas presenciais nos respectivos locais de trabalho dos médicos – módulos do PMF – com duração média de 25 minutos. As questões abertas foram registradas em diários de campo e identificadas por respondente para posterior categorização.

Embora se trate de instrumento validado e utilizado em outros cenários, foi realizado pré-teste com um médico do PMF, com vistas a observar as pequenas adequações em função das especificidades da rede de saúde do município de Niterói.

Foram realizadas 51 entrevistas de 69 possíveis (médicos em atuação nas equipes de PMF agosto/2021 segundo informações disponibilizadas pela gestão municipal), entre os meses de agosto/2021 e julho/2022. O critério de inclusão foi atuação mínima de três meses na equipe de PMF no mês anterior à realização das entrevistas. A escolha justificou-se por serem os profissionais mais diretamente envolvidos nas ações de coordenação e com maior relação com os demais especialistas, uma vez que as referências eram feitas quase exclusivamente pelos médicos da APS. A aplicação dos questionários foi previamente agendada diretamente com os envolvidos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

É importante destacar que, no período de realização do estudo, em função da pandemia de Covid-19 e do concurso público realizado pela Fundação gestora da APS no município, muitas equipes se encontravam em vacância de médicos. No período da

^(c) Disponível em: https://www2.equity-la.eu/upload/seccions/files/COORDENA_BR%202017.pdf

coleta, alguns profissionais foram contratados, contudo não incluídos no estudo por não atenderem ao critério de atuação mínima de 3 meses na equipe.

O modelo teórico desenvolvido por Vázquez *et al.*¹⁴ e Vargas *et al.*¹⁵ foi utilizado para análise da coordenação entre níveis assistenciais. O questionário, que reflete categorias da coordenação e guiou a apresentação dos resultados, está dividido em seis blocos: 1) experiência de coordenação da informação e da gestão da clínica entre níveis assistenciais (coerência/consistência da atenção, seguimento, acessibilidade entre níveis); 2) fatores de interação dos profissionais relacionados à coordenação entre níveis; 3) conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação; 4) sugestões para a melhoria da coordenação; 5) fatores organizacionais, laborais e atitudes relacionados à coordenação entre níveis; 6) perfil dos entrevistados. Este artigo analisa as dimensões 1, 3, 4. Variáveis dos blocos 5 e 6 foram utilizadas para apresentar a caracterização dos participantes do estudo.

Foi realizada análise descritiva das variáveis por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). O instrumento COORDENA-BR[®] é composto por questões abertas e fechadas com alternativas de resposta dispostas em uma escala *Likert*, questões dicotômicas (sim/não) e outras com múltiplas alternativas de resposta. Algumas variáveis de interesse foram categorizadas para melhor compreensão dos resultados. As questões abertas foram registradas no momento da entrevista e agregadas conforme análise temática.

Este estudo fez parte de um projeto mais amplo intitulado: “Coordenação e continuidade dos cuidados entre APS e AE no município de Niterói”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas, sob parecer n. 4.456.756 e CAAE 34986920.8.0000.8160, com anuência do município.

Resultados

Características da amostra

Dos 51 médicos da APS participantes, a maioria era do sexo feminino (63%). Concentravam-se na faixa etária de 35 a 49 anos (45%) e apenas dois eram estrangeiros. A maioria possuía alguma especialidade médica, sendo a mais frequente Medicina de Família e Comunidade. A totalidade possuía vínculos precários ou temporários. A carga horária de trabalho, em sua grande parte, era de 32 horas, e uma parcela expressiva mantinha vínculo com o setor privado (42%). Quase metade dos entrevistados (47%) tinha de 12 a 47 meses de experiência no PMF no qual atuavam no momento da entrevista (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes da pesquisa, Niterói/RJ, Brasil, 2022.

CARACTERÍSTICAS	N = 51 (%)
Sexo	
Feminino	32 (62,8)
Masculino	19 (37,2)
Idade	
25-34	11 (21,6)
35-49	23 (45,1)
50-74	17 (33,3)
Nacionalidade	
Brasil	49 (96,1)
Outros (Cuba e Peru)	2 (3,9)
Especialização médica	
Sem título de especialidade	6 (11,8)
Com título de especialista em Medicina de Família e Comunidade	22 (43,1)
Residentes em Medicina de Família e Comunidade*	9 (17,6)
Ginecologia/obstetrícia	3 (5,9)
Pediatria	2 (3,9)
Clínica médica	2 (3,9)
Dermatologia	2 (3,9)
Medicina do Trabalho	2 (3,9)
Vínculo	
Contrato por tempo determinado	39 (76,4)
Mais Médicos	6 (11,8)
Residente	6 (11,8)
Remuneração	
Assalariado	39 (76,5)
Bolsista	12 (23,5)
Horas de trabalho por semana	
20-32 horas	39 (76,47)
≥ 40 horas	12 (23,53)
Trabalha no setor privado	
Sim	21 (42,2)
Não	30 (58,8)
Tempo de experiência no local de trabalho (em meses)	
4-12 meses	11 (21,6)
12-47 meses	25 (49,0)
48-119 meses	5 (9,8)
≥ 120 meses	10 (19,6)

Fonte: Elaboração própria.

* Residência em curso no período da pesquisa.

Coordenação da informação e da gestão da clínica entre níveis assistenciais na experiência dos médicos da APS

A maioria dos médicos da APS (90%) afirmou não trocar informações com os especialistas sobre os atendimentos de usuários em comum, embora todos



considerassem de grande importância (Tabela 2). A totalidade encaminhava os usuários ao especialista quando necessário, 80% estavam de acordo com os tratamentos prescritos pelos colegas da AE e poucos mencionaram repetir os exames (18%). A maioria (74,5%) não percebia contradições ou duplicações nos tratamentos entre os níveis (Tabela 2).

Percentual expressivo de médicos da APS referiu que o especialista não encaminhava o usuário para consulta de acompanhamento (43%). Ainda assim, a maioria reportou que tal consulta ocorria (71%), mesmo sem a recomendação dos médicos da AE (80%). Na mesma direção, grande parte dos médicos da APS (84%) não consultava os especialistas sobre dúvidas relacionadas ao seguimento (Tabela 2).

A acessibilidade entre níveis foi um aspecto crítico, na medida em que os tempos de espera para consulta na AE foram considerados longos, o que não se repetiu em relação à consulta na APS na percepção dos médicos (Tabela 2).

Por fim, os médicos da APS não percebiam articulação do cuidado prestado aos usuários pelos médicos da AE (Tabela 2).



Tabela 2. Experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde sobre a coordenação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022.

DIMENSÕES DA COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS	N = 51 (%)
Coordenação da informação	
Os médicos da APS e AE trocam informações sobre os pacientes em comum	
Sim	5 (9,8)
Não	46 (90,2)
As informações trocadas seriam necessárias para a atenção dos pacientes	
Sim	51 (100)
Coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais	
Consistência/Coerência da atenção entre níveis	
Médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando necessário	
Sim	51 (100,0)
Os médicos da APS repetem os exames que já foram realizados em outro nível	
Sim	9 (17,6)
Não	41 (80,4)
NS/NR	1 (2,0)
Os médicos da APS estão de acordo com os tratamentos indicados por médicos de outro nível	
Sim	41 (80,4)
Não	10 (19,6)
Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos prescritos por médicos da APS e da AE	
Sim	12 (23,5)
Não	38 (74,5)
NS/NR	1 (2,0)
Seguimento do paciente entre níveis	
Especialistas encaminham os pacientes à APS para consulta de acompanhamento	
Sim	29 (56,9)
Não	22 (43,1)
Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS	
Sim	36 (70,6)
Não	15 (29,4)
Os especialistas fazem recomendações/orientações ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes	
Sim	10 (19,6)
Não	41 (80,4)
Os médicos da APS consultam os especialistas quando têm dúvidas sobre o acompanhamento dos pacientes	
Sim	7 (13,7)
Não	43 (84,3)
NS/NR	1 (2,0)
Acessibilidade entre níveis de atenção	
O paciente espera muito tempo para consulta com especialista	
Sim	41 (80,4)
Não	8 (15,7)
NS/NR	2 (3,9)
Após a consulta com o especialista, o paciente espera muito tempo por uma consulta na APS	
Sim	9 (17,6)
Não	42 (82,4)
Percepção geral sobre a coordenação do cuidado entre níveis assistenciais	
A atenção prestada pelos médicos da AE e da APS na rede é articulada	
Sim	5 (5,0)
Não	46 (95,0)

Siglas: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada; NS – Não Sabe; NR – Não Respondeu.

Fonte: Elaboração própria.

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

Nas questões abertas sobre as razões para repetição dos exames, os profissionais mencionaram diversos aspectos, entre os quais os mais frequentes foram: retenção dos exames no outro nível de atenção, principalmente exames laboratoriais, acarretando falta de acesso aos resultados; quando os resultados vinham com alteração e era necessária confirmação para acompanhamento; resultado dúbio, insuficiente, sem laudo, laudo vencido, inconsistência técnica, dúvida no diagnóstico; discrepância entre os sinais clínicos e laboratoriais; por não saber o motivo pelo qual foi pedido o exame; e o longo tempo entre o pedido do exame e a realização.

Conhecimento e utilização dos mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais

A quase totalidade dos entrevistados indicou a utilização de formulário de referência, resumo de alta hospitalar e protocolos compartilhados entre níveis. Entretanto, nenhum reportou sessões clínicas entre APS e AE. Pouco mais da metade (67%) indicou existência de telefone institucional (Tabela 3).

Em relação à frequência de utilização dos instrumentos, embora todos os médicos da APS tenham referido envio do formulário de referência, o recebimento da contrarreferência era baixo ou inexistente (88%). Ao contrário, o recebimento do resumo de alta hospitalar era alto (80%), assim como o uso de protocolos (Tabela 3).

Tabela 3. Existência e frequência de utilização dos instrumentos de coordenação entre níveis assistenciais, médicos da Atenção Primária à Saúde, Niterói/RJ, Brasil, 2022.

EXISTÊNCIA DO INSTRUMENTO	N = 51 (%)
Formulário de referência e contrarreferência	
Sim	51 (100,0)
Resumo de alta hospitalar	
Sim	50 (98,0)
Não	1 (2,0)
Protocolos compartilhados entre níveis	
Sim	47 (92,1)
Não	3 (5,9)
NS/NR	1 (2,0)
Sessões clínicas conjuntas entre médicos APS e AE	
Não	51 (100,0)
Telefone institucional	
Sim	34 (66,7)
Não	17 (33,3)
Frequência*	
Envio do formulário de referência	n=51
Alta	51 (100,0)
Recebimento do formulário de contrarreferência	n=51
Alta	6 (11,8)
Baixa	31 (60,8)
Nunca	14 (27,4)
Recebimento do resumo de alta hospitalar	n=50
Alta	41 (80,4)
Baixa	9 (19,6)
Utilização dos protocolos compartilhados	n=47
Alta	47 (100)

Siglas: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada.

Fonte: Elaboração própria.

Alta frequência – sempre e muitas vezes; Baixa frequência – às vezes e muito poucas vezes; Nunca – frequência nula.

* Questões respondidas apenas pelos profissionais que reconheceram a existência do instrumento.

Não havia dificuldades para o uso da referência para 76,5% dos médicos da APS. Em relação à contrarreferência, na quase totalidade das avaliações, o usuário se responsabilizava pelo trânsito do documento. As informações mais frequentes eram referentes a diagnóstico, tratamento e exames, porém não recebidas em tempo oportuno para a tomada de decisão (Tabela 4).

A quase totalidade dos médicos da APS reportou receber o resumo de alta pelo próprio usuário (98%), em tempo oportuno para a tomada de decisão (84%) e sem dificuldades para utilizá-lo (86%) (Tabela 4). Em relação às informações mais frequentes, as mais citadas foram: motivo da internação, diagnóstico e tratamento farmacológico.

A maioria dos médicos da APS seguia as recomendações dos protocolos (98%) e não encontrava dificuldades para utilizá-los (87%).

Tabela 4. Características da utilização dos mecanismos de coordenação entre níveis assistenciais, médicos da Atenção Primária à Saúde, Niterói/RJ, Brasil, 2022.

CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO	
Referência e contrarreferência	
Dificuldades para utilização da referência ^a	n = 51
Sim	11 (21,5)
Não	39 (76,5)
NS/NR	1 (2,0)
Envio da referência ^b	n = 38
Pela central de regulação via fluxo desde a UBS	35 (92,1)
Pelo paciente	3 (7,9)
Recebimento da contrarreferência ^b	n = 37
Pela central de regulação via fluxo desde a UBS	2 (5,4)
Pelo paciente	35 (94,6)
Informações da contrarreferência ^{b,c}	n = 37
Diagnóstico	35 (94,6)
Tratamento	34 (91,9)
Exames	15 (40,5)
História clínica do paciente	9 (24,3)
Dados de identificação pessoal	8 (21,6)
Motivo de referência	8 (21,6)
Outras informações	2 (5,4)
Nenhuma	1 (2,7)
A informação da contrarreferência responde ao motivo da referência ^b	n = 37
Alta	29 (78,4)
Baixa	7 (19,9)
Nunca	1 (2,6)
A contrarreferência é recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão ^b	n = 37
Alta	14 (37,7)
Baixa	22 (59,6)
Nunca	1 (2,7)
Resumo de alta hospitalar	
Dificuldades para utilização do instrumento ^a	n = 50



CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO	
Sim	12 (24,0)
Não	38 (76,0)
Recebimento do resumo de alta hospitalar ^b	n = 50
Pelo paciente	50 (100,0)
Outros	
Informações da alta hospitalar ^{b,c}	n = 50
Motivo da internação	42 (84,0)
Diagnóstico	41(82,0)
Tratamento farmacológico	39 (78,0)
Procedimentos realizados	37 (74,0)
Indicações para o acompanhamento	36 (72,0)
Resultados de exames	35 (70,0)
Outras informações	2 (4,0)
A alta hospitalar é recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão ^b	n = 50
Alta	42 (84,0)
Baixa	6 (12,0)
Nunca	2 (4,0)
Protocolos compartilhados	
Dificuldades para utilização do instrumento ^a	n = 47
Sim	6 (12,8)
Não	41 (87,2)
Seguem recomendações dos protocolos ^b	n = 47
Alta	46 (97,9)
Baixa	1 (2,1)
Foram elaborados considerando o ponto de vista dos médicos dos distintos níveis ^b	n = 47
Alta	35 (74,5)
Baixa	7 (14,9)
Nunca	4 (8,5)
NS/NR	1 (2,1)
Participação em capacitações para utilização dos protocolos compartilhados ^b	n = 47
Alta	36 (76,6)
Baixa	11 (23,4)

Siglas: UBS – Unidade Básica de Saúde; NS – Não Sabe; NR – Não Respondeu.

Fonte: Elaboração própria.

a – Questões respondidas apenas pelos profissionais que reconheceram a existência do instrumento, segundo a Tabela 3.

b – *n* definido pelo número de profissionais que apresentaram alguma frequência de utilização do instrumento, conforme a Tabela 3.

c – Questões de múltipla escolha que admitiam mais de uma resposta.

“sempre” e “muitas vezes” = alta frequência; “às vezes” e “muito poucas vezes” = baixa frequência; e “nunca” = frequência nula.

Um conjunto de perguntas abertas buscou qualificar as informações acerca da finalidade e das dificuldades para a utilização dos mecanismos de coordenação, cujas respostas foram agrupadas por meio da análise temática no Quadro 1. Asteriscos destacam as respostas mais frequentes.

Quadro 1. Finalidade e dificuldades para a utilização dos mecanismos de coordenação dos cuidados, médicos da Atenção Primária à Saúde, Niterói/RJ, Brasil, 2022.

FINALIDADE DA UTILIZAÇÃO
Motivos para a utilização dos formulários de referência
Suspeita diagnóstica, clínica, resumo, descrever quadro/história clínica, exames, conduta e solicitação da avaliação do especialista*
Para encaminhar para as especialidades e exames que exigem o preenchimento do formulário*
Solicitar apoio, conduta clínica, apoio diagnóstico*
Para que o especialista conheça a história clínica do paciente para melhor avaliação do caso e de seu diagnóstico
Passar o máximo de informação de forma sucinta não apenas sobre a queixa pela qual está encaminhando
Resolução de casos clínicos complexos que necessitam da avaliação de um especialista, como hipertensos e diabéticos refratários aos tratamentos clínicos
Para detalhar o quadro e anotar resultados de exames que indiquem o motivo da indicação ao encaminhamento
História familiar
Para especificar a demanda do paciente
Dificuldades relacionadas à contrarreferência
Dificuldade de leitura, legibilidade da letra*
Por ser manuscrito, vem com rasura e danos no papel, impressão ruim*
Falta de retorno da contrarreferência, só recebe a receita*
Muita procura/demanda para pouco profissional
Dificuldade em obter resposta
Motivos para a não utilização da contrarreferência pelos médicos da AE
Não compreende a importância ou como funciona a rede e não acha importante o retorno para a PMF, falta de interação entre os níveis*
Sobrecarga e falta de tempo durante a consulta*
O médico não tem acesso ao formulário da referência (pois é conduzido pelo paciente) que se perde, o paciente não entrega a contrarreferência na APS*
Falta de explicação ao paciente para entregar o formulário na APS
Falta de orientação das chefias dos serviços especializados
Falta de hábito
Falta de compromisso com o paciente
Não sabe responder
Não acredita ou não se preocupa em realizar a contrarreferência
Preguiça, pressa durante o atendimento, má vontade, só realiza as anotações no próprio prontuário
Os especialistas não têm paciência
O médico especialista pede para ficar com o formulário de contrarreferência
Motivos para utilização do resumo de alta hospitalar
Estabelecer e guiar a conduta de acompanhamento clínico e continuidade do tratamento na APS*
Motivo da internação, tratamento, medicação, exames realizados, condições da alta e orientação quanto aos cuidados pós-alta*
Referências e acompanhamento do quadro do paciente: adaptação da medicação, encaminhamento para especialistas, solicitação de exames de imagens*
Informar o histórico do paciente de forma confiável
Motivo da internação, duração da internação, alta de todos os setores – Psicologia, Fisioterapia, etc
Manter a linha do cuidado e prevenir novos eventos, evitando nova internação
Para fornecer um panorama da saúde do paciente na internação e propor futuras intervenções
Motivos para o não recebimento do resumo de alta hospitalar
O paciente perde, extravia ou esquece de levar o documento durante o atendimento na APS*
O paciente alega não ter recebido
O paciente sai à revelia da internação
Devido à não gravidade do quadro, paciente não considera importante e não traz
Falta informação dos direitos do paciente e alguns serviços não fornecem
O serviço hospitalar não percebe a necessidade de acompanhamento no PMF



FINALIDADE DA UTILIZAÇÃO
Negligência do profissional e do paciente
Motivos para utilização dos protocolos
Padronização da conduta*
Melhor manejo terapêutico, auxiliar na conduta clínica, facilitar o atendimento, orientações para o tratamento e acompanhamento com base em evidências*
Conhecimento, aprimoramento e atualização
Para seguir o que se preconiza em relação à prevenção, ao tratamento e à linha de cuidado
Tirar dúvidas, consultar os fluxos
Para alguns agravos específicos – tuberculose, HIV, epidemias/surtos, casos mais complexos
Criados para serem cumpridos

Siglas – AE – Atenção Especializada; APS – Atenção Primária à Saúde; PMF – Programa Médico de Família

Fonte: Elaboração própria.

* - Respostas que obtiveram maior frequência de respostas.

Reflexões e sugestões para melhoria da articulação entre níveis assistenciais

Por meio das perguntas abertas, foi possível que os médicos expressassem sugestões para a melhoria da coordenação do cuidado, agrupadas pela análise temática. As mais citadas se referiram à **necessidade de informatização da rede** e dos prontuários, somados à sensibilização ou/e à capacitação dos especialistas com relação ao preenchimento da contrarreferência. De todo modo, a maior parte das sugestões demandavam ações e atividades conjuntas entre médicos da APS e AE que pudessem melhorar a comunicação e sensibilizar os demais níveis quanto à função do PMF na RAS (Quadro 2).

Quadro 2. Sugestões para melhoria da coordenação entre níveis assistenciais, médicos da Atenção Primária à Saúde, Niterói/RJ, Brasil, 2022.

MEDIDAS/SUGESTÕES	N	FALAS PARTICIPANTES DA PESQUISA
Prontuário eletrônico e integrado/informatização da rede	15	Ter os prontuários interligados seria um sonho... A informatização traria modernização e praticidade...
Sensibilização/capacitação dos médicos AE sobre a importância do envio/preenchimento da contrarreferência	14	Responder a contrarreferência e com letra legível ajudaria demais...
Capacitações do PMF conjuntamente com os outros serviços da rede	7	Capacitações conjuntas com todos da rede proporcionaria um aprendizado enorme..
Sessões clínicas compartilhadas	6	Sessões clínicas para debate de casos clínicos seria enriquecedor...
Atividades conjuntas e interação entre médicos do PMF e AE: encontros, reuniões	6	Atividades para pontuar os erros e os acertos...
Melhorar a comunicação e a troca de informações entre os profissionais PMF e AE	6	Criar um meio de troca de informações estreitando os laços...
Sensibilização/capacitação para que o médico AE conheça o funcionamento e a rotina dos médicos do PMF	3	Entender e compreender a nossa realidade...
Supervisão de área e direção AE colaborar na integração	3	Ter apoio de todos os níveis...
Contato por telefone/WhatsApp	2	Estreitar os laços em prol do paciente via telefone...
Agendamento realizado diretamente pelo médico PMF	2	Autonomia para agendamento direto pelo PMF...
Contratação de mais especialistas	1	Deveria ter mais vagas na AE...
Fortalecimento da APS	1	A APS é carente de muita coisa devido ao foco hospitalar...

Siglas: AE – Atenção Especializada; PMF – Programa Médicos de Família.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A coordenação do cuidado, em sinergia com o acesso (porta de entrada), a integralidade, a longitudinalidade, a centralidade na família, nos territórios e na cultura, compõe a imagem objetivo de uma APS forte, “coração” do sistema de saúde¹⁶, capaz de direcioná-la aos princípios inclusivos do SUS. Embora tenham sido eleitos os médicos, busca-se refletir sobre a coordenação como um atributo dos sistemas, das equipes e dos profissionais de saúde comprometidos com o trabalho em redes.

Os resultados indicam que os médicos reconhecem a importância da coordenação da informação clínica, ainda que ela não aconteça. Reafirma-se a ausência de coordenação de mão dupla, ou seja, na percepção dos profissionais da APS, os médicos da AE parecem não reconhecer a importância do cuidado longitudinal e sua *práxis* é vista com desconfiança, não sendo a recíproca verdadeira^{7,17}. Embora a interação entre os profissionais evite encaminhamentos desnecessários¹⁸, a ausência de relação entre médicos da APS e AE é uma evidência deste estudo.

Um achado positivo é a indicação de alto grau de coerência da atenção, o que é um indicativo de disposição às medidas pró-coordenação^{14,15}. Ainda que a coesão tenha sido percebida, as causas para repetição de exames sinalizam problemas de fluxo informacional na RAS. Na medida em que a rede não é informatizada, os resultados dos exames, por vezes, se perdem, não chegam em tempo, resultando em novas solicitações. Como parte do mesmo problema, a referência ainda é conduzida pelo usuário, assim como a alta hospitalar e a contrarreferência. Em um município urbano, com longa trajetória de APS, cabe refletir sobre as barreiras que se colocam à completa informatização das UBS. As políticas e iniciativas federais, em alguns contextos municipais e estaduais, parecem exercer baixa influência e despertam pouco interesse na implantação planejada e sistematizada de tecnologias¹⁹. Esse é um tema a ser aprofundado por outros estudos com vistas a identificar obstáculos à ampla informatização e conexão da RAS em municípios com perfil semelhante.

No caso estudado, interroga-se sobre as razões que levam à manutenção da pobre comunicação entre profissionais de saúde, que colabora para um conjunto de desfechos negativos no processo assistencial⁷. Vários dispositivos que podem estimular a comunicação mútua e melhorar o relacionamento entre os profissionais são sinérgicos às tecnologias leves²⁰. Entre os quais, se destacam as sessões clínicas compartilhadas, matriciamento, elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular, realização de consultas compartilhadas entre Nasf e equipes APS, grupos de trabalho entre APS, AE e gestão^{5,17} que, complementarmente, podem ser operados por tecnologias digitais.

Ainda que a comunicação seja um aspecto crítico da formação dos profissionais, argumenta-se que essa é uma habilidade essencial do cuidar em saúde²¹ e que há espaços para melhorias impulsionadas pelas gestões municipais em sinergia com os trabalhadores da saúde. A implementação de processos participativos que incentivem a coordenação é lenta e gradual e exige apoio institucional, investimentos e consideração das especificidades locais para consolidação das mudanças²².

Longos tempos de espera para as atenções especializadas e hospitalares são um problema mundial, agravado pela Covid-19, e ameaçam a legitimidade dos sistemas

públicos de saúde²³. Nesse sentido, a coordenação do cuidado pela APS teria também, como um de seus objetivos, estreitar as relações com os serviços e profissionais responsáveis pela retaguarda terapêutica. O objetivo é viabilizar o acesso mais rápido e oportuno aos procedimentos diagnósticos²⁴, ainda que não resolva todos os desafios da insuficiente provisão de AE²⁵.

Embora a comunicação face a face entre os profissionais de saúde seja a mais recomendada, a modalidade escrita constitui o meio mais usual⁷. O resultado deste e outros estudos^{5,26,27} indica ser alto o envio da referência, e residual a contrarreferência, que, além do mais, quando enviada, não é recebida em tempo oportuno e não responde ao motivo da referência, indicando problemas de quantidade e qualidade.

Os médicos da APS elencam a falta de conhecimento pelos pares em relação à sua função na RAS e desconhecimento da necessidade de acompanhamento longitudinal nos territórios, problemas identificados por vários estudos. A sobrecarga assistencial também é uma barreira às ações de coordenação na APS e na AE, e carece de ações gerenciais e incentivos institucionais para que possa ser desenvolvida²⁷.

De toda forma, destaca-se a alta frequência de recebimento do resumo de alta, indicando que esse instrumento parece estar institucionalizado na atenção hospitalar, como também encontrado em outras realidades^{27,28}. Esse é um achado relevante na medida em que, mesmo em uma rede que não conta com prontuário integrado e informatizado, o resumo de alta parece ser um instrumento acessível. Interessante observar que tal padrão não é observado em relação à contrarreferência dos serviços de AE que atuam no mesmo espaço regional, como no caso analisado.

Telefones e aplicativos móveis são usados para acompanhamento dos usuários com agravos crônicos em diversos cenários²⁹. O uso de tais tecnologias, intensificado com a pandemia de Covid-19, mostra a premente necessidade de desenvolvimento de soluções tecnológicas. Os aplicativos gerenciados e monitorados pelos profissionais de saúde permitem acompanhar grupos de pacientes em um tempo significativamente menor se comparado ao telefone móvel³⁰. Nesse sentido, parecem urgentes os investimentos para que os profissionais tenham dispositivos móveis institucionais com planos de dados como parte de seu instrumental de trabalho.

As sugestões apresentadas para a melhoria da articulação entre os níveis ratificam o reconhecimento da necessidade de colaboração interprofissional; porém, mais que isso, expressam a insuficiência de condições tecnológicas, organizacionais e relacionadas aos valores e representações da APS no sistema de saúde. As ausências se expressam, entre outros fatores, na indisponibilidade de tecnologias de informação (prontuários informatizados) e de comunicação básicas e conhecidas (por exemplo, a contrarreferência), bem como na insuficiência de políticas (inclusive educacionais) e recursos compatíveis com a centralidade que a APS deveria ocupar no SUS. De toda forma, há reconhecimento da relevância do contato interprofissional como facilitador da coordenação, sendo esse um campo que necessita de recursos e valorização das gestões da saúde.

Como limitação, a investigação não abrangeu outros atores (gestores, usuários e profissionais da AE) e fontes que pudessem precisar a implementação e a utilização dos mecanismos de coordenação na RAS. Um dos desafios para a realização de estudos que



envolvam médicos é a adesão e a disponibilidade para participação, exigindo repetidos retornos do pesquisador aos serviços de saúde.

Considerações finais

Ainda que os esforços para enfrentar a oferta de cuidados fragmentados possam ser do tipo *bottom up* ou *top down*, focados na APS ou nos demais níveis assistenciais, argumenta-se a necessidade urgente de introdução, indução e efetivo uso de tecnologias (velhas e novas) que promovam respostas coordenadas aos problemas de saúde, com melhor eficiência, qualidade e segurança. Por fim, este estudo se soma ao conjunto de evidências que reafirmam serem as RAS, integradas e integrais, uma das bases de sustentação de sistemas universais de saúde, sendo necessários esforços intencionais para direcionar ações e recursos à promoção da coordenação do cuidado, um de seus pilares.

Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O estudo “Coordenação e continuidade dos cuidados entre APS e AE no município de Niterói” foi financiado por meio do Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA), parceria da Prefeitura Municipal de Niterói-RJ e Universidade Federal Fluminense.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio por meio de Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) à Almeida PF.

Conflito de interesse

Ambas as autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Aylene Emilia Moraes Bousquat

Submetido em

15/12/22

Aprovado em

08/05/23

Referências

1. Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives. London: LSE Health; 2013.
2. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care Coordination Atlas Version 4. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
3. Jesus RPFS, 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(65):423-34.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
5. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovannella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018; 42 Spec No 1:244-60.
6. 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 Saude Publica*. 2019; 35(4):e00119318.
7. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015; 69(11):1257-67.
8. Carmone AE, Kalaris K, Leydon N, Sirivansanti N, Smith JM, Storey A, et al. Developing a common understanding of networks of care through a scoping study. *Health Syst Reform*. 2020; 6(2):e1810921.
9. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med*. 2010; 152(4):247-58.
10. Gocan S, Laplante MA, Woodend K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. *J Res Interprof Pract Educ*. 2014; 3(3):1-19.
11. Almeida PF, Giovannella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):286-98.
12. Hübner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis*. 2007; 17(1):173-91.
13. Prefeitura Municipal de Niterói. Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói: 2022-2025 [Internet]. Niterói: Prefeitura de Niterói; 2021 [citado 10 Dez 2022]. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1046:pmsp-2021
14. 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(7):e007037.
15. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger J-P, Vázquez ML. 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(6):736-48.



16. Rede de Pesquisa em APS. Em defesa da Atenção Primária à Saúde forte e abrangente, coração do Sistema Único de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017 [citado 10 Dez 2022]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/b74adf494bc494eeda56abb5d84426870715586b.PDF>
17. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad Saude Publica*. 2021; 37(2):e00022020.
18. Magalhães HM Jr, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saude Debate*. 2017; 51:14-29.
19. Cavalcante RB, Esteves CJS, Gontijo TL, Brito MJM, Guimarães EAA, Barbosa SP. Computerization of primary health care in Brazil: the network of actors. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(2):337-44.
20. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14 Supl 1:1523-31.
21. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saude Soc*. 2014; 23(4):1356-69.
22. Vázquez M-L, Miranda-Mendizabal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez A-S, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, López-Vázquez J, et al. Evaluating the effectiveness of care coordination interventions designed and implemented through a participatory action research process: Lessons learned from a quasi-experimental study in public healthcare networks in Latin America. *PLoS One*. 2022; 17(1):e0261604.
23. Ebbevi D, Hasson H, Lönnroth K, Augustsson H. Challenges to ensuring valid and useful waiting time monitoring - a qualitative study in Swedish specialist care. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1):1024.
24. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saude Debate*. 2014; 38 Spec No:252-64.
25. Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2022; 27(10):4025-38.
26. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRJ, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:213.
27. Mendes LS, Almeida PF. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Rev Saude Publica*. 2020; 54:121.
28. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for Primary Health Care: Spanish practice. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29:e20180332.
29. Kondylakis H, Katehakis DG, Kouroubali A, Logothetidis F, Triantafyllidis A, Kalamaras I, et al. COVID-19 Mobile Apps: A Systematic Review of the Literature. *J Med Internet Res*. 2020; 22(12):e23170.
30. Shah SS, Safa A, Johal K, Obika D, Valentine S. A prospective observational real world feasibility study assessing the role of app-based remote patient monitoring in reducing primary care clinician workload during the COVID pandemic. *BMC Fam Pract*. 2021; 22(1):248.



Abstract

The aim of this study was to explore the experiences of primary care doctors regarding the use of knowledge and reflection to improve care coordination. We conducted a cross-sectional study with primary care doctors in Niterói, Rio de Janeiro using the COORDENA-BR questionnaire. The doctors recognized the importance of coordination, although it did not occur, and trusted the clinical skills of specialty doctors. There was no indication that their peers in specialty care recognized and promoted the centrality of primary care. Referrals, receipt of hospital discharge summaries and use of protocols were common; counter-referrals to primary services was not common. Clinical sharing sessions were not held and primary care doctors did not consult specialists to clear up doubts. The findings reveal that the coordination of care under Brazil's public health system by primary care services is hampered by lack of technological resources, organization, and values.

Keywords: Primary health care. Care coordination. System integration. Niterói.

Resumen

El objetivo es analizar la experiencia de médicos de la Atención Primaria de la Salud (APS) sobre conocimiento, uso y reflexiones para la mejora de la coordinación del cuidado. Se realizó un estudio transversal con utilización del COORDENA-BR con médicos de la APS, en Niterói (Estado de Río de Janeiro, Brasil). Los profesionales reconocían la importancia de la coordinación, aunque no ocurriera, y confiaban en las habilidades clínicas de los médicos de la Atención Especializada (AE). No había indicación de seguimiento y reconocimiento de la centralidad de la APS por los pares de la AE. Fueron recurrentes el envío de la referencia, el recibo del resumen de alta hospitalaria y el uso de protocolos, pero no el uso de la contra-referencia. No se realizaban sesiones clínicas compartidas y los médicos de la APS no consultaban a los especialistas para aclarar dudas. Los resultados expresan la insuficiencia de condiciones tecnológicas, organizacionales y de valores para que la APS asuma la coordinación del cuidado en el SUS.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Coordinación del cuidado. Integración de sistemas. Niterói.