



Raphaela Silva Tavares Lacerda

Conhecimento e utilização de instrumentos de coordenação do cuidado:
experiências de médicos da Atenção Primária à Saúde no município de Niterói/RJ

Niterói
2022

Raphaela Silva Tavares Lacerda

Conhecimento e utilização de instrumentos de coordenação do cuidado:
experiências de médicos da Atenção Primária à Saúde no município de Niterói/RJ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica

Orientadora: Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida

Niterói

2022

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

L131c Lacerda, Rahaela
Conhecimento e utilização de instrumentos de coordenação
do cuidado : experiências de médicos da Atenção Primária
à Saúde no município de Niterói/RJ / Rahaela Lacerda. -
2023.
82 f.: il.

Orientador: Patty Almeida.
Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal
Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, 2023.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Coordenação do
Cuidado. 3. Integração de Sistemas. 4. Niterói. 5.
Produção intelectual. I. Almeida, Patty, orientador. II.
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva.
III. Título.

CDD - XXX

Raphaela Silva Tavares Lacerda

Conhecimento e utilização de instrumentos de coordenação do cuidado:
experiências de médicos da Atenção Primária à Saúde no município de Niterói/RJ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 26/10/2022

Banca Examinadora

Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Andréa Neiva da Silva
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por ter me dado forças quando nem eu mesma achei que tivesse, por ter me permitido viver esse sonho tão distante para tantas pessoas que, assim como eu, vêm de realidades muito difíceis, em que tentam diariamente nos provar que não somos capazes; mas Deus vem, e capacita. Faz ser real. Ele me permitiu errar, acertar, corrigir, melhorar. Fez com que eu acreditasse mais em mim, pois sempre sofri com a Síndrome da Impostora, achando que tudo o que eu fazia estava aquém do que realmente era necessário. Escrevo em lágrimas pela gratidão de Ele ter tornado tudo possível.

À minha querida orientadora Patty Fidelis, que mesmo que quisesse, não conseguiria descrever em palavras o quanto foi fundamental nesse processo. Nunca desistiu de mim, sempre com palavras positivas e presente em todos os momentos. Disponível e participativa. Eu, que sempre achava que não correspondia à altura, e ela vinha e me mostrava o melhor caminho, entendendo minhas fragilidades, mas, acima de tudo, trabalhando minhas maiores potências. Gratidão eterna!

Aos membros dessa banca examinadora, Profa. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos e Profa. Dra. Andréa Neiva da Silva que mesmo com uma agenda de trabalho intensa disponibilizaram seu tempo para estar nesse momento mágico da minha vida.

Aos meus queridos amigos, que compreenderam que o momento era de frear a vida social, para mergulhar na vida acadêmica. E aos amigos que fiz aqui no curso: surreal a nossa conexão e cumplicidade. Choramos e rimos muito juntos. Levarei vocês para a vida. Muito obrigada, **Átila, Bianca, Cassiana, Flávia, Luísa, Richardson**. Sem vocês, não seria possível. Formamos o time LACRADORES!!!

À FMS de Niterói pela dispensa semanal durante o curso para que pudesse me dedicar nesse processo de formação, que, sem dúvida, agregará e contribuirá para melhoria da qualidade da assistência prestada à nossa população. **À FeSaúde**, que manteve essa liberação e se esforça incansavelmente para incentivar seus profissionais a se qualificarem.

Aos meus novos, antigos e eternos amigos do trabalho, que estiveram sempre ao meu lado, dando força, sendo colo, ombro, incentivo; em especial a **Denise Erbas e Ana Paula Gregório**, pessoas que jamais esquecerei onde quer que esteja profissionalmente.

À minha família, que nunca mediu esforços para me apoiar em todas as decisões que tomei, e não foi diferente durante essa jornada mais desafiadora da minha vida. Sem vocês, certamente não seria possível: em especial, **Leandro**, meu esposo e companheiro de 22 anos, e **Nátaly**, minha filha linda. Obrigada por segurarem tudo, sempre, o tempo todo.

Aos meus pais, Nádia e José Carlos, que me ensinaram desde muito pequena que a educação seria a saída da realidade difícil em que vivíamos, que me mostraram que conhecimento empodera e que ninguém tira e faz chegar a lugares inimagináveis como este aqui.

Por fim, a todos que contribuíram para que conseguisse chegar até aqui e me estimulou todas as vezes que pensei em desistir.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Rede de serviços municipais de Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada segundo regional de saúde, Niterói/RJ, 2022	31
Quadro 2 – Motivos mencionados para repetição de exames, médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	42
Quadro 3 – Motivos para a utilização dos formulários de referência pelos médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	44
Quadro 4 – Motivos para o não recebimento do formulário de contrarreferência pelos médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	45
Quadro 5 – Dificuldades na utilização do instrumento de referência segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2021	46
Quadro 6 – Motivos para utilização do resumo de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	47
Quadro 7 – Motivos para utilização do resumo de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	47
Quadro 8 – Motivos para utilização dos protocolos segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	48
Quadro 9 – Sugestão para melhoria da coordenação entre níveis assistenciais, médicos da Atenção Primária à Saúde, Niterói/RJ, Brasil, 2022	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Médicos da Atenção Primária à Saúde entrevistados por serviço de Unidade de PMF, Niterói, 2021/2022	34
Tabela 2 – Caracterização da amostra, Niterói/RJ, Brasil, 2022	39
Tabela 3 – Experiência de médicos da APS sobre a coordenação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022	40
Tabela 4 – Fatores profissionais relacionados com a articulação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022	42
Tabela 5 – Existência e frequência de utilização dos instrumentos de coordenação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022	43
Tabela 6 – Formas de envio/condução do instrumento de referência, segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022.....	45
Tabela 7 – Formas de recebimento do instrumento de contrarreferência, segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022.....	45
Tabela 8 – Informações mais frequentes no formulário de contrarreferência segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	46
Tabela 9 – Características das informações do instrumento de contrarreferência segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022.....	46
Tabela 10 – Características das informações do instrumento de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022.....	48
Tabela 11 – Informações mais frequentes no formulário de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022.....	48
Tabela 12 – Características de uso dos protocolos e linhas de cuidado segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022.....	49
Tabela 13 – Fatores laborais, organizacional e de atitude ante o trabalho e de interação relacionados com a coordenação clínica entre níveis assistenciais segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AE	Atenção Especializada
AEIS	Áreas de Especiais Interesse Social
APS	Atenção Primária à Saúde
CnR	Consultório na Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESAÚDE	Fundação Estatal de Saúde de Niterói
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMF	Programa Médico de Família
PROFSAÚDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo central analisar e caracterizar a coordenação dos cuidados à partir da visão de médicos da Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas a qualificar e a fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os objetivos específicos foram: avaliar se médicos da APS e da Atenção Especializada (AE) conhecem e utilizam mecanismos de coordenação do cuidado; analisar a experiência e a percepção sobre a coordenação da informação e gestão clínica entre níveis; e identificar características laborais, organizacionais, de atitude ante o trabalho e de interação relacionadas com a coordenação do cuidado. Foi realizado estudo transversal nas Unidades do Programa Médico de Família (PMF) do município de Niterói por meio da aplicação do instrumento COORDENA-BR[®] – “Questionário de articulação/coordenação entre os níveis de atenção” – a 51 médicos do PMF entre 2021 e 2022. Os resultados indicaram que os médicos da APS reconheciam a importância da coordenação da informação clínica, ainda que esta não ocorresse. Os profissionais não apontaram problemas de coerência da atenção entre níveis e confiavam nas habilidades clínicas dos médicos da AE. No sentido contrário, havia ausência de indicação de seguimento pela APS por parte dos pares da AE e falta de comunicação. O acesso à AE era mediado por longos tempos de espera, o que não se percebia em relação às consultas na APS. As causas da repetição de exames indicaram problemas de fluxo informacional decorrentes da precária informatização da RAS. A supervisão de área era reconhecida como estratégica para facilitar a coordenação. O envio da referência foi recorrente, enquanto o recebimento da contrarreferência, residual e conduzido pelos usuários. Havia percepção de falta de reconhecimento pelos médicos da AE da centralidade da APS na RAS e desconhecimento da necessidade de acompanhamento longitudinal nos territórios. Destacou-se a alta frequência de recebimento do resumo de alta. Não eram realizadas sessões clínicas compartilhadas. O uso dos protocolos clínicos era alto, sobretudo para casos mais complexos. Os vínculos laborais eram precarizados ou temporários, e não havia cumprimento das 40 horas pela maioria, que se mostrava insatisfeita com o trabalho, mas não com os salários. A manutenção de vínculos concomitantes com a rede privada era praticada por quase metade dos médicos da APS. Os resultados indicam a impotência de os médicos da APS exercerem a coordenação do cuidado pela insuficiência de condições materiais, tecnológicas, organizacionais, ou aquelas relacionadas com valores e representações relativas ao cumprimento do seu papel na RAS. De toda forma, há reconhecimento da relevância do contato interprofissional como facilitador da coordenação, sendo este um campo que necessita de recursos e valorização das gestões municipais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Cuidado. Integração de Sistemas. Niterói.

ABSTRACT

The main objective of this dissertation is to analyze and characterize the coordination of care in the experience of Primary Health Care (PHC) physicians, with a view to qualifying and strengthening the Health Care Networks (RAS). The specific objectives are: to assess whether PHC and specialized care (AE) physicians know and use care coordination mechanisms, to analyze the experience and perception on the coordination of information and clinical management between levels, and to identify labor, organizational, and attitude towards work and interaction characteristics related to the coordination of care. A cross-sectional study was carried out in the Family Doctor Program (PMF) Units of the city of Niterói through the application of the instrument COORDENA-BR[®] – “Questionnaire of articulation/coordination between the levels of care” to 51 doctors of the PMF between 2021 and 2022. The results indicated that PHC physicians recognized the importance of coordinating clinical information, even if it did not occur. Professionals did not indicate problems with the consistency of care between levels and relied on the clinical skills of the AE physicians. On the other hand, there was no indication of follow-up by the APS by the AE peers and lack of communication. Access to EC was mediated by long waiting times, which was not perceived in relation to consultations in PHC. The reasons for the repetition of exams indicated information flow problems resulting from the poor computerization of the RAS. Area supervision was recognized as strategic to facilitate coordination. The sending of the reference was recurrent, while the receipt of the counter-referral was residual and conducted by the users. There was a perception of lack of recognition by AE doctors of the centrality of PHC in the RAS and lack of knowledge of the need for longitudinal monitoring in the territories. The high frequency of receiving the discharge summary was highlighted. Shared clinical sessions were not held. The use of clinical protocols was high, especially for more complex cases. The employment relationships were precarious or temporary and the 40 hours were not fulfilled by the majority, who were dissatisfied with the work, but not with the salaries. The maintenance of concomitant links with the private network was practiced by almost half of the PHC physicians. The results indicate the impotence of PHC physicians to exercise care coordination due to the insufficiency of material, technological, organizational conditions, or those related to values, meanings and representations related to fulfilling their role in RAS. In any case, there is recognition of the importance of interprofessional contact as a facilitator of coordination, which is a field that needs resources and appreciation of municipal administrations.

Keywords: Primary Health Care. Care Coordination. Systems integration. Niterói.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA APS E SEU PAPEL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	19
2.2 COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E OS DESAFIOS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO	24
2.3 ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA APREFEIÇOAMENTO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	27
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 DESENHO E ÁREA DO ESTUDO.....	29
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA	29
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
3.4.1 Médicos do Programa Médico de Família.....	33
3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	36
3.6 ESTRATÉGIA PARA MOBILIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E OS DESAFIOS DO CAMPO	36
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
4 RESULTADOS	39
4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	39
4.2 EXPERIÊNCIAS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS.....	39
4.3 FATORES PROFISSIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS	42
4.4 CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS	43
4.4.1 Experiências com o instrumento de referência e contrarreferência.....	44
4.4.2 Experiências com o instrumento de alta hospitalar	47
4.4.3 Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre os níveis assistenciais	48
4.5 FATORES LABORAIS, ORGANIZACIONAIS E ATITUDINAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO	49

4.6 SUGESTÕES PARA MELHORIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS	
ASSISTENCIAIS	51
5 DISCUSSÃO	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – Questionário COORDENA-BR.....	68
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	78
ARTIGO.....	84

APRESENTAÇÃO

Como gestora e formadora de profissionais de saúde, que acredita no Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, na Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada do usuário ao serviço público, entendo que grande parte do êxito para consolidação desse processo acontece quando ampliamos nosso conhecimento e agregamos diversos “saberes” ao nosso fazer profissional. A relação teoria-prática, por meio do processo ensino-aprendizagem, fortalece as práticas e iniciativas no SUS.

Iniciei minha trajetória profissional, na área da saúde, em 2004, na rede privada, atuando como técnica de enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital de grande porte no município de Niterói. Não demorou muito para que eu percebesse que não estava feliz no que fazia. Tinha a sensação diária de que poderia ter feito muito mais para que os pacientes não chegassem àquele setor no grau de dependência e fragilidade que se encontravam.

Tive a oportunidade de, em 2005, participar do processo seletivo para técnica de Enfermagem na comunidade em que morava, Vila Ipiranga, pois seria implantada uma unidade do Programa Médico de Família (PMF) naquela localidade. Eram quatro vagas, e consegui ser contemplada. Um novo mundo se abria; e eu, que até então nem sabia o que era APS, passei a mergulhar nesse lugar de descobertas e encontros.

Entre pacientes e parceiros do território, fui descobrindo um universo gigantesco de possibilidades, que eram as que eu interrogava enquanto trabalhava na rede hospitalar. Em pouco tempo, senti necessidade de buscar novos conhecimentos, pois, à medida que os dias passavam, percebia o impacto que o lapso temporal longe da academia tinha me causado. Foram cinco anos do término do Ensino Médio até a entrada no curso técnico. O dinheiro era curto, portanto, faculdade naquele momento não era viável.

Após dois anos atuando como técnica e tendo a certeza do que queria para minha vida profissional, decidi, então, em 2007, prestar vestibular para uma universidade privada e dar continuidade ao que parecia impossível diante da realidade que vivi. Fui mãe aos 15 anos, e isso só me fez mais forte e corajosa para dar à minha filha as oportunidades que eu não tive ou que surgiram com muitas dificuldades.

Iniciei na graduação em Enfermagem em 2008, na Faculdade Anhanguera; concluí em 2011 e, em 2012, após participar do processo seletivo no PMF, iniciei minha trajetória como enfermeira. Durante a faculdade, dividia meus turnos entre trabalhar durante o dia no PMF

como técnica de enfermagem, estudar à noite e tentar, aos fins de semana, quando não tinha estágio, dar atenção à minha família, que foi crucial para que tudo pudesse se tornar realidade.

Durante os três anos que atuei como enfermeira em uma unidade do PMF, sempre fui preceptora de alunos da Universidade Federal Fluminense (UFF); e eles me fizeram perceber a real importância do processo ensino-aprendizagem. Os alunos, sempre famintos por conhecimento e experiência, despertaram em mim a necessidade de qualificação, para lhes proporcionar melhores encontros. Foi quando, ainda em 2012, iniciei a especialização em Saúde da Família na UNASUS/UERJ. Concluí em 2013 e, a partir daí, mergulhei na prática. Após esses três anos na ponta, fui convidada para assumir a supervisão de enfermagem, com o objetivo de facilitar alguma sistematização dos processos de trabalho da enfermagem no PMF Niterói, respeitando sempre as especificidades das equipes e dos territórios.

No PMF, o enfermeiro era uma figura muito recente, e não tínhamos ainda uma normativa que definisse suas práticas e organização do processo de trabalho. Mesmo com o Protocolo de Enfermagem da Região Metropolitana II aprovado, o município opta por dar outra característica à figura do enfermeiro, dando-lhe caráter gerencial, afastando da assistência, com ênfase nas atividades administrativas e educativas. Os primeiros profissionais iniciaram o trabalho em dezembro de 2010, mas, somente em 2018, tivemos a completude do quadro, com um enfermeiro por equipe de saúde da família. Urgia a necessidade de repensar as práticas. Em parceria com o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa de Niterói (NEPP) e com os Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, formamos um colegiado para construir, de forma coletiva, a “Normatização das Práticas Assistenciais e de Acompanhamento de Enfermagem”, vigente até o início deste ano. Em 2016, fui convidada a assumir a função de Apoiadora Regional, da Regional de Saúde Norte 1, onde exerço minhas funções atualmente. Nessa função, desempenho desde ações de educação permanente e continuada para as equipes até articulação com os diversos equipamentos sociais do território, incluindo as lideranças comunitárias.

Com as mudanças estruturais e organizacionais ocorridas no município, a partir de 2022, a APS passou ser gerida pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde). Nesse cenário, passei a exercer minhas funções, ainda na Coordenação Regional da Norte 1, mas agora como empregada pública dessa Fundação, após aprovação em concurso público e convite para permanecer no cargo de gestão. O município avança na perspectiva de regularização de vínculos laborativos, precarizado desde 2018, com contratos temporários e sem garantias trabalhistas.

Durante minha trajetória profissional, sempre tive uma inquietação com a descontinuidade do cuidado e a incapacidade do serviço e de os profissionais responderem

adequadamente às demandas trazidas pela população, além da falta de instrumentos de gestão para planejar e avaliar a atenção em saúde de forma coordenada, bem como da dificuldade ou ausência de diálogo entre os profissionais da APS e os demais profissionais da Redes de Atenção à Saúde (RAS) – sobretudo médicos – principais responsáveis pelas referências aos serviços de retaguarda terapêutica. Isso é uma das faces desse problema, amplamente identificado pela literatura e estudos sobre o tema, como também observado por mim no cotidiano da prática.

A partir dessas experiências, percebi muitas fragilidades e obstáculos para o trabalho em rede. Inúmeros são os desafios, e lidar com eles me motivou a aprofundar esse tema em uma volta à academia. Foi quando decidi participar do processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde/UFF. Não desisti, insisti, consegui e aqui estou, pronta e disponível para buscar o que sempre me deu confiança, autonomia e segurança: a constante busca pelo conhecimento que possa conduzir ao aperfeiçoamento da minha prática profissional e fortalecimento do SUS.

1 INTRODUÇÃO

A fragmentação do cuidado representa uma das principais barreiras para o alcance de melhores resultados em saúde, qualidade da atenção, satisfação do usuário, entre outros aspectos (OPAS, 2005). Mudanças demográficas e epidemiológicas, amplificadas pelas desigualdades de acesso aos serviços de saúde, tornam ainda mais urgentes políticas, estratégias e práticas para mitigar a fragmentação do cuidado nas RAS. Pessoas portadoras de doenças crônicas, com mais fragilidades e incapacidades, bem como aquelas em situação de maior vulnerabilidade social, necessitam de mais cuidados e demandam serviços com maior frequência e concomitantes, em diferentes especialidades e níveis de atenção, o que exige interdependência entre os pontos da RAS (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

No Brasil, a proposta da constituição de regiões e redes de saúde ganhou relevância na agenda política a partir de 2010, tendo por objetivo combater a fragmentação da atenção, ampliar o acesso, garantir a equidade e a universalidade (ALMEIDA *et al.*, 2018a), embora a necessidade de constituição de redes regionalizadas não seja nova e faça parte da agenda da Reforma Sanitária brasileira. As RAS representam a organização do conjunto de serviços de saúde, de forma não hierárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral à determinada população (BRASIL, 2010). Nesse sentido, uma rede integrada, desde a APS até os pontos de atenção com maior densidade tecnológica, colabora para que o usuário tenha acesso aos cuidados necessários, em tempo oportuno e de forma contínua, respeitando seus saberes e atendendo às suas expectativas.

Quando temos os serviços da APS organizados e como coordenadores do cuidado, estes tendem a ser mais eficazes no gerenciamento da atenção e na oferta apropriada de ações de acordo com as necessidades da população. Em todas as áreas da assistência à saúde, a coordenação do cuidado é fundamental, estando relacionada com melhores resultados, seja na adequada alocação dos recursos públicos, seja na satisfação dos usuários (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Esse atributo tem sido apontado como um importante mecanismo para reduzir as barreiras de acesso, oferecendo uma assistência mais integrada e eficiente, que beneficia a estruturação do sistema de modo geral (KRINGOS *et al.*, 2015).

No que se refere ao atributo coordenação do cuidado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que, quando viabilizado por uma rede de serviços, é capaz de ofertar uma resposta integral e articulada em todos os níveis de atenção (WHO, 2008). Ao ser entendido como a articulação entre os serviços de saúde, independentemente do local onde sejam prestados, pode garantir a sincronização em torno de um mesmo objetivo (TERRAZA NÚÑEZ;

VARGAS LORENZO; VÁZQUEZ NAVARRETE, 2006). Envolve, ademais, a realização de ações que conjugam o planejamento da assistência e de fluxos, o compartilhamento de informações sobre o processo assistencial entre os pontos de atenção e o monitoramento de pacientes com diferentes necessidades (ALELUIA *et al.*, 2017). Também é essencial que esse sistema seja fortalecido pela troca de informações entre as equipes de saúde.

As ações de coordenação, dessa forma, devem ser entendidas em uma perspectiva dinâmica, como algo que se adapta ao perfil do sistema, bem como às especificidades dos grupos e indivíduos que demandam o cuidado e a oferta de serviços (ALMEIDA *et al.*, 2018b). Contudo, estudo realizado por Fausto e colaboradores (2014) evidencia que as estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado no sistema brasileiro ainda são incipientes e insuficientes, tornando relevante o estudo dessa temática com vistas a subsidiar estratégias de gestão e as políticas públicas.

Embora muitas sejam as estratégias reconhecidas para alcançar melhor coordenação do cuidado, pode-se levar em conta que o fortalecimento da APS é uma das mais efetivas para obtenção de cuidados integrais e integrados (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). O ano de 1991 pode ser considerado um marco na reforma da APS no município de Niterói, que buscou na experiência cubana de medicina de família as bases para implantação do PMF, iniciado em 1992, por meio de um convênio internacional de cooperação. Niterói passou a contar com a assessoria técnica permanente do diretor da Policlínica Lawton, de Havana, para elaboração de uma proposta adaptada à realidade brasileira (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Inicialmente, foi desenvolvida uma investigação no território por intermédio de trabalho de campo, levando em conta as características geográficas e epidemiológicas das áreas habitadas por população de baixa renda, elaborando-se um primeiro projeto que contemplava 12 áreas populacionais. Os especialistas selecionados, no total de 11 profissionais niteroienses, foram treinados em Havana, no Hospital Pediátrico Docente William Soler e no Policlínico Docente Lawton, pioneiro da medicina de família em Cuba. Esses profissionais replicaram os componentes metodológicos adaptados à realidade do município para todos os profissionais que atuariam no PMF no município (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Atualmente, o PMF é a principal porta de entrada aos serviços de saúde da população das Áreas de Especiais Interesse Social (AEIS) e áreas com vazios sanitários, ou seja, territórios com grandes distâncias geográficas entre o usuário e unidades de saúde. Em setembro de 2022, contamos com 217.839 usuários cadastrados (população de áreas de alta vulnerabilidade social), compreendendo 45% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do PMF, sendo 90% da população cadastrada nas AEIS. O município conta, ainda, com 8

Policlínicas Regionais, 2 Policlínicas de Especialidades, 4 Unidades Básicas de Saúde e 2 equipes de Consultório na Rua (CnR).

No ano de 2022, foi iniciado processo de transição da gestão da rede de atenção básica, que passou a ser operada pela FeSaúde, por meio de um contrato de gestão, firmado entre a Fundação Estatal e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esse processo de mudança gerou impactos na prestação de serviços à população, por ter ocorrido de forma desarticulada com o restante da RAS, cujos serviços especializados e hospitalares encontram-se sob outras estruturas de gestão. Outro desafio é a vacância em relação à categoria médica, que, justificando carga horária não compatível com seus vínculos trabalhistas, salários defasados se comparados aos municípios vizinhos e falta de benefícios, como pagamento por titulação e lotação em áreas de difícil provimento, não se interessa pelas vagas disponíveis, problemas que enfrentamos há algum tempo, que não foi solucionado com a realização do concurso público.

É nesse cenário que o presente estudo foi realizado, em meio à pandemia provocada pela COVID-19 e as intensas mudanças na gestão da APS no município. O objetivo principal foi analisar e caracterizar a coordenação do cuidado na experiência dos médicos da APS que atuam no PMF. Como objetivos específicos, buscou-se avaliar se esses profissionais conhecem e utilizam mecanismos de coordenação para garantia de percurso do usuário pela RAS de forma sincronizada e em tempo oportuno; identificar características dos vínculos laborais, organizacionais, de atitude ante o trabalho e de interação relacionados com a coordenação do cuidado; além de identificar proposições dos profissionais envolvidos para alcance de cuidados mais integrados.

O estudo fez parte de um projeto mais amplo aprovado pelo Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados, parceria da Prefeitura Municipal de Niterói-RJ, UFF e Fundação Euclides da Cunha, em consonância com o “Plano Estratégico Niterói que Queremos” em sua diretriz “Saudável”, linha de pesquisa e extensão “Gestão do cuidado e Redes de Atenção à Saúde”. Nesse sentido, faz parte de um esforço institucional de qualificação dos serviços e cuidados de saúde no município – por meio da parceria entre gestão municipal e UFF, e de formação da força de trabalho em saúde por meio da qualificação dos profissionais da APS por intermédio do ProfSaúde.

Buscando atender aos objetivos do estudo, os resultados da dissertação estão organizados a partir desta introdução, seguida pela revisão da literatura e pelo percurso metodológico. A revisão de literatura se concentra na discussão sobre a APS na coordenação do cuidado na RAS, bem como nos desafios da comunicação interprofissional e algumas estratégias para seu aperfeiçoamento. A discussão busca cotejar os resultados à literatura. Por

fim, nas considerações finais, são apresentados alguns caminhos possíveis para o alcance de uma efetiva coordenação e continuidade do cuidado dos usuários da RAS do município de Niterói.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA APS E SEU PAPEL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Entre os países latino-americanos, a exemplo do que acontece em todo o mundo, a coordenação do cuidado é tida como componente essencial de uma APS abrangente (OPAS, 2005; WHO, 2008; HAGGERTY; YAVICH; BÁSCOLO, 2009). Está diretamente relacionada com a qualidade da atenção prestada e com a garantia de assistência adequada em momento oportuno. A coordenação pode ser compreendida como a articulação dos diversos serviços e ações relativos à atenção, voltada ao alcance de uma resposta integral e integrada (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; STARFIELD, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2010). Essa integração precisa estar amparada em uma rede prestadora de serviços resolutiva e dinâmica, que consiga, sobretudo, atender às especificidades e singularidades da população. Segundo Mendes (2010), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitam ofertar uma atenção contínua e integral se coordenada pela APS. A atenção deve ser prestada no tempo e lugar certo, a um custo corretamente estipulado, com qualidade aceitável, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica (JESUS *et al.*, 2018).

Questões relacionadas com a coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial e ausência de comunicação entre níveis são temas recorrentes nas discussões sobre a organização do sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010). A diversidade e a complexidade das necessidades de saúde diante da transição nutricional, epidemiológica e demográfica, aliadas aos avanços tecnológicos incorporados à assistência, promoveram, de certa forma, ampliação do arsenal terapêutico disponível e configuraram um padrão de múltiplos contatos com profissionais e serviços de saúde, sobretudo nos casos de multimorbidade (OVRETVEIT, 2011; VÁZQUEZ NAVARRETE *et al.*, 2015), evidenciando a necessidade de utilização de estratégias de coordenação do cuidado. O uso de instrumentos para a comunicação e articulação do cuidado entre níveis assistenciais fortalece a coerência, a eficiência e a qualidade da atenção (AKBARI, 2008).

A gestão dos cuidados de saúde primários melhora o padrão dos cuidados em geral ao diminuir os obstáculos em todos os estágios e ao coordenar ações e recursos no mesmo estágio do sistema de saúde e em todo o território. Encontramos uma variedade de definições para coordenação do cuidado na literatura internacional, muitas das quais incluem elementos de

integração vertical e horizontal entre ações, serviços e diferentes profissionais de saúde, assim como o uso de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento de cuidados, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários e monitoramento de planos terapêuticos e necessidades de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018). Nesse contexto, a coordenação se refere ao processo de formação de relações a fim de realizar o propósito mais amplo de fornecer/encontrar as expectativas e desejos dos usuários na prestação de assistência de alta qualidade (ALELUIA *et al.*, 2017). O ato de organização envolve a coordenação planejada de operações incluindo dois ou mais indivíduos (abarcando o sistema de serviço/usuário de saúde) e a gestão de serviços, no intuito de proporcionar uma provisão suficiente de tratamento. O planejamento dos cuidados – que conecta cultura, cuidados e serviços farmacêuticos – está na vanguarda dessa operação (CFF, 2016).

Quanto mais indivíduos e recursos estiverem envolvidos na prestação de tratamento, e quanto mais difícil a intervenção para resolver um problema, mais trabalho de equipe será necessário para obter o resultado pretendido, como no caso de doenças crônicas que requerem o uso de múltiplos serviços. Como resultado, a coordenação não pode ser vista como um estado fixo ou predeterminado. Para ser funcional, portanto, ela deve ser formulada em uma perspectiva diversa, adaptada às especificidades do sistema, sofisticação e grau de fragmentação, bem como às características específicas e especiais das classes e indivíduos com os quais e em cujo serviço o sistema reside (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Dessa forma, a coordenação exige o desenvolvimento de redes complexas, colaboração e convergência entre os atores e recursos envolvidos (JESUS *et al.*, 2018).

As parcerias interpessoais e intraorganizacionais são aplicadas de várias formas no processo de prestação de serviços aos indivíduos, o que leva a três tipos de coordenação do cuidado. Segundo Contandriopoulos e colegas, (2001, p. 45):

A coordenação sequencial, onde um usuário encontra profissionais ou organizações em ordem durante um episódio de doença (por exemplo, um paciente com pneumonia que é enviado a um pneumologista pelo médico da APS); a coordenação recíproca, onde um usuário é visto por muitos profissionais ou organizações ao mesmo tempo (por exemplo, um usuário hipertenso que é seguido por muitos profissionais ao mesmo tempo) e a coordenação coletiva (por exemplo, no caso de um paciente com câncer que é simultaneamente seguido por especialistas como um oncologista, fisioterapeutas, psicólogos, profissionais de cuidados paliativos e um médico de APS, que discutem o caso e compartilham decisões).

As falhas de coordenação são comuns e afetam os usuários e suas famílias, particularmente nos pontos de transferência entre serviços, quando um usuário tem que replicar sua experiência ao procurar novos prestadores clínicos (no mesmo serviço ou em serviços diferentes), ou quando ele tem que repetir exames após ir de um local de tratamento para outro. Nessas situações, pode-se concluir que há pouca cooperação quando: o paciente torna-se o principal instrumento de coordenação e a falta de tais mecanismos desperdiça tempo e energia, resultando em ineficiências no setor de saúde (ALELUIA *et al.*, 2017).

O melhor modelo de coordenação deve ser adaptado às necessidades dos usuários, ao contexto dos serviços de saúde, suas competências e formas organizacionais únicas, de modo a produzir arranjos consistentes com essas necessidades e especificidades para incluir uma solução legítima e válida para as questões de saúde da população (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Fluxos e contrafluxos de pessoas, objetos e documentos, assim como a aplicação de diferentes mecanismos e instrumentos, são usados para fazer cumprir tais arranjos (ALMEIDA *et al.*, 2018).

De acordo com McDonald e colaboradores (2014), os pontos de vista e o engajamento individual/familiar e do provedor de saúde nos processos de avaliação e coordenação são essenciais. Outrossim, sucessos e deficiências na busca por maior coordenação podem ser interpretados e planejados de forma diferente dependendo da perspectiva. Ademais, uma boa prestação de cuidados requer a inclusão da experiência dos usuários, provedores de saúde e gerentes de sistemas durante a elaboração do plano de cuidados. Todas essas perspectivas estão interligadas, e o comportamento e as políticas devem ser avaliados à luz de seu impacto sobre essas três dimensões.

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe multiprofissional e o olhar interdisciplinar vêm garantindo bons resultados, com maior integração terapêutica, repercutindo de forma positiva no cuidado em saúde, assegurando um cuidado mais ordenado e eficaz (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A coordenação precisa ocorrer tanto dentro de uma equipe de saúde como entre unidades, assim como entre as unidades e os dispositivos de diagnóstico e assistência terapêutica diversas. A coordenação garante a passagem segura e confiável do paciente pelo sistema de saúde, determinando quando o usuário deve e precisa ser encaminhado, que conhecimentos devem ser trocados entre os vários serviços e como as competências e papéis são definidos nessa situação (BRASIL, 2013). Quando um paciente é conduzido a um ponto de atenção de forma equivocada ou desnecessária, considera-se que houve problemas na identificação dessas necessidades e/ou falha na comunicação (SAMICO *et al.*, 2019).

De diferentes maneiras, a coordenação como método para enfrentar a heterogeneidade de tratamento, frequentemente, reflete os objetivos básicos dos sistemas de saúde. Diferentes serviços utilizam as mesmas ferramentas e processos. Já os objetivos podem ser um pouco diferentes. Há interesses comerciais, por exemplo, em redes privadas e princípios de universalização e justiça social em sistemas públicos (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Os conceitos de coordenação horizontal e vertical são amplamente conhecidos e utilizados no Brasil. A coordenação horizontal é representada pelas políticas e acordos necessários para coordenar programas e ações de saúde no mesmo nível de atenção, envolvendo, inclusive, equipamentos territoriais para além do setor saúde (intersetorial). Já a vertical envolve a integração entre os níveis da RAS. Como resultado, a coordenação implica a formação de relações entre organizações (do mesmo ou de diferente nível, das mesmas ou de diferentes instituições) e indivíduos (dos mesmos ou de diferentes serviços, das mesmas ou de diferentes instituições) (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A coordenação entre os níveis assistenciais e a coordenação lateral representam a base para a coordenação clínica a ser operada por profissionais em estabelecimentos de saúde, particularmente em relação a sistemas universais como o SUS. Por consequência, para que a coordenação ocorra, a rede de atendimento deve ser geograficamente identificada, com uma demografia definida, responsabilidades e deveres para todos os provedores de saúde e uma função que se estenda além da capacidade de um único nível da estrutura (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

A rede regionalizada é um mecanismo-chave para alcançar uma assistência sanitária de qualidade equitativa, com valores em torno do conceito de saúde como um bem público. O conceito de comunidade em espaços geográficos particulares é um problema-chave na criação de redes de serviços regionalizadas, a fim de garantir um acordo de saúde integrado. Como resultado, é uma ferramenta eficaz para a cobertura, fornecendo serviços de alta qualidade, melhorando a eficácia do sistema de saúde e reduzindo a desigualdade. A APS é parte dessa rede regionalizada, e sua missão é assegurar que todos nas regiões de saúde tenham acesso rápido e adequado ao cuidado médico e de reabilitação, seja ambulatorial ou hospitalar. Consequentemente, a capacidade da APS de desempenhar o papel de coordenadora de atendimento é determinada por sua localização na rede, seja ela mais central ou periférica (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Como um dos elementos para coordenar a provisão de recursos, um sistema de saúde que procura atender aos interesses e aos desejos dos usuários deve compreender seu ponto de vista e interesse em determinar sua estratégia terapêutica. Os usuários buscam soluções para

suas demandas e desejam ter suas expectativas atendidas no sistema de saúde. Para que a APS seja colocada na estrutura como o condutor desejado, ela deve levar em conta as preferências dos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Por outra via, nos últimos oito anos, políticas públicas – como Requalifica UBS, Programa Mais Médicos, PMAQ e e-SUS – convergiram para melhorar e qualificar a APS (GIOVANELLA *et al.*, 2015) e, nesse sentido, poderiam ser consideradas políticas pró-coordenação na medida em que apenas uma APS forte poderia assumir tal função na RAS (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Na mesma linha, aumentar a cobertura da APS, fortalecer as equipes multiprofissionais, com um maior número de equipes completas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), incluindo a expansão da saúde bucal, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a garantia de médico nas equipes, a expansão do escopo da prática de outros profissionais – coordenação clínica por enfermeiras e fortalecimento da coordenação horizontal por ACS –; assim como garantir um ambiente seguro e protegido para os pacientes, também podem colaborar para ampliar as possibilidades de o primeiro nível coordenar os cuidados (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Para os profissionais de saúde, estabelecer relações efetivas entre os pontos de tratamento requer consciência do fornecimento e da disponibilidade de instalações, o que exige uma definição clara dos sistemas de referência, a presença de canais de informação bem estabelecidos e, o mais importante, ferramentas de apoio clínico adequadas (MENDES; ALMEIDA, 2020).

A troca de conhecimentos entre os diferentes pontos de tratamento deve ser fluida do ponto de vista do contato interprofissional. Nesse sentido, as estratégias de acomodação mútua que incluem oportunidades de interações formais e informais entre os trabalhadores do SUS são estratégias de reconhecida importância para promover a continuidade do tratamento (MENDES; ALMEIDA, 2020).

A fragmentação é um fenômeno do SUS que influencia o interesse dos usuários em suas trajetórias de tratamento, resultando em serviços descontinuados. Muitos fatores implicam o desalinhamento do tratamento, ocasionado pela inadequação da coordenação entre os pontos da RAS, como a falta de funções e fluxos definidos e pactuados, regulações deficitárias e a insuficiente oferta de especialidades, necessárias à completude da assistência ao usuário (ALMEIDA *et al.*, 2019). Não obstante os serviços especializados, o sistema de saúde brasileiro ainda sofre com a ineficiência de uma política efetiva voltada à AE, inclusive espaços de

cogestão, tão necessários para um fazer em saúde de forma mais participativa e igualitária (BAHIA, 2009).

A superação das características hegemônicas do modelo de saúde, que ainda são marcadas pela divisão entre níveis e pela falta de dedicação ao trabalho em rede e a processos mais laterais e interdisciplinares, é um desafio tanto para as equipes de APS quanto para os profissionais em outros níveis.

A oferta de médicos para a APS é um bom preditor de como os serviços de saúde são orientados (OPAS, 2008). É reconhecido que, no Brasil, há uma escassez de médicos em determinados territórios, particularmente com qualificação para atuação na APS – que está exposta às possibilidades municipais de recrutamento e manutenção de especialistas, cedendo às imposições comerciais em desvantagem de suas diretrizes e às necessidades de bem-estar dos territórios, devido à falta de uma estrutura nacional para a valorização (trabalhista, social e financeira) da mão de obra (CUBAS *et al.*, 2017).

Finalmente, em meio aos obstáculos, a proposta de um “plano estratégico pró-coordenação” reconhece o progresso alcançado, bem como a incompletude das medidas implementadas, que precisam ser ampliadas, aperfeiçoadas ou reinventadas. O curso seguido pelo SUS nos últimos 30 anos, com todas as suas limitações e desafios, bem como suas conquistas e sucessos, reflete desafios que também são globais, como a melhoria da coordenação do cuidado.

2.2 COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E OS DESAFIOS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A comunicação é um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, o que permite exercer a colaboração interprofissional efetiva (GOCAN; LAPLANTE; WOODEND, 2014).

Segundo Dow e colaboradores (2017), a prática interprofissional colaborativa em saúde é uma das principais estratégias para melhorar os resultados das ações em saúde em todo o mundo. Sua implementação contribui de forma cooperativa para o cuidado e para a melhoria do acesso à saúde, aperfeiçoa a utilização dos recursos, aprimora a eficiência dos serviços, apura os resultados e racionaliza os custos (ADAMS *et al.*, 2014). Ao contrário da fragmentação e, muitas vezes, da sobreposição caracterizada pelo trabalho multiprofissional, o trabalho interprofissional busca respeitar saberes, práticas, conhecimentos prévios de todos, respeitando

as singularidades, tomando decisões de forma coletiva e compartilhada, por meio de diálogo e respeito mútuo.

Para Barr e Low (2013), a prática interprofissional colaborativa está em processo de construção no Brasil, e tem sido inserida na formação profissional por meio da Educação Interprofissional (EIP), que é alcançada a partir da interação de duas ou mais profissões que aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado. Nesse sentido, para alcançar a prática interprofissional colaborativa, alguns domínios foram afirmados como essenciais, de acordo com o referencial teórico de competências interprofissionais da Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): participação dos usuários, famílias e comunidade; comunicação interprofissional; clarificação de papéis profissionais; funcionamento das equipes; liderança colaborativa; e resolução de conflitos. O reconhecimento dessas competências contribui de forma conjunta para refletir o percurso terapêutico do usuário pela RAS, ação necessária para garantia da integralidade da assistência. Entre estes, a comunicação interprofissional foi reconhecida como primordial e mais presente nos demais domínios, que são: cuidado centrado no paciente, cliente e família; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Argumenta-se, nesse sentido, que a comunicação é um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, o que permite exercer a colaboração interprofissional efetiva (GOCAN; LAPLANTE; WOODEND, 2014). As pesquisas mostram o papel de destaque da comunicação interprofissional, com garantias às práticas de melhor coordenação do cuidado, visto que esta garante a transversalidade da assistência e a centralidade no indivíduo/família e entende que o profissional de saúde precisa, cada vez mais, qualificar as relações e colaborar entre si (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Sabe-se da complexidade dos casos atendidos na APS e da escassez de recursos para atender plenamente às demandas diárias, haja vista a magnitude das situações e a ineficiência da RAS. A comunicação efetiva garante que esse usuário seja atendido de forma resolutiva, a partir do conceito ampliado de saúde, em que os sujeitos implicados são responsáveis sanitários pela população adscrita e respeitam o cuidado compartilhado, com o apoio dos NASF-AB, buscando a integralidade e qualidade do acesso nos pontos de atenção à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Para Costa (2016), ainda há resistência na ruptura de modelos educacionais hegemônicos, o que reverbera na forma de atenção à saúde pautada na divisão do trabalho.

Portanto, faz-se necessário reafirmar a complementariedade das profissões e respeito às especificidades de cada uma, com vistas à melhora da qualidade da atenção.

Romper paradigmas culturais não é tarefa trivial na APS, e uma comunicação efetiva pode ser uma importante e estratégica ferramenta para esse processo. Há, na estrutura educacional, uma visão de negação do valor da pluralidade profissional em saúde, a partir de barreiras como a educação por disciplinas, as quais limitam o desenvolvimento da compreensão e da comunicação (GOCAN; LAPLANTE; WOODEND, 2014). Nessa perspectiva, urge a necessidade da revisão de grades curriculares das universidades, com intuito de ultrapassar as barreiras da seletividade e minimizar a desintegração no cuidado ao usuário. Decerto, o trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade ainda são incipientes nas universidades brasileiras, que mantêm hegemonicamente um padrão de ensino uni profissional e tradicional (DIAS *et al.*, 2016).

Segundo Previato e Baldissera (2018), a condução do processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador é um desafio vivenciado pelas equipes da APS na concretização da prática interprofissional colaborativa. Um importante e imprescindível aliado a esse processo de transformação das práticas são as metodologias ativas de aprendizado, uma vez que elas abordam a realidade de forma colaborativa. Para Moran (2015), essas metodologias são pontos de partida no alcance de processos mais avançados de reflexão e de reelaboração de novas práticas. Essa colaboração assume especial importância no contexto da saúde coletiva, a partir da premissa de que o SUS é interprofissional e que congrega diferentes profissões para atuarem de forma integrada (MORIN, 2000).

A melhoria da coordenação da atenção entre os níveis, ou seja, APS e AE, é uma preocupação de longa data nos sistemas de saúde da América Latina, o que é evidenciado por sucessivas tentativas de organizar o sistema de referência e fazer os serviços de saúde funcionarem como uma rede (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Estudos realizados por Vázquez Navarrete e colaboradores (2017), em seis países da América Latina, mostram que os atributos de coordenação mais mal avaliados são a troca de informações e a comunicação entre os níveis para o acompanhamento do paciente, principalmente no Brasil, no Chile e no México. Esse resultado coincide com a utilização deficiente (baixa, tardia e de má qualidade) da ficha de contrarreferência, que pode evidenciar uma comunicação deficitária entre os médicos da APS e da AE, como indicam este e outros estudos, e com a falta de outros canais formais de comunicação entre médicos de diferentes níveis (VARGAS *et al.*, 2015). Nesse sentido, é necessário estudos sobre a coordenação do cuidado entre os níveis que considerem os diferentes tipos, dimensões e fatores característicos

dos sistemas de saúde da América Latina (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015; VARGAS *et al.*, 2016).

A prática interprofissional colaborativa em saúde como estratégia necessária pode possibilitar mudança do modelo hegemônico de atenção. Em territórios vivos, com histórias singulares, faz-se imprescindível a construção/reconstrução de saberes e práticas para produzir cuidado, garantindo espaços dialógicos e que fortaleça a comunicação interprofissional.

2.3 ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA APREFEIÇOAMENTO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Um conjunto cada vez mais ampliado de estudos sobre coordenação do cuidado, em suas diversas perspectivas e atores envolvidos, é realizado, nos mais diversos contextos de sistemas de saúde, identificando-se barreiras, constrangimentos e práticas que possam incentivar melhor integração assistencial. As concepções sobre a coordenação do cuidado mostraram-se diversas, conforme discutido anteriormente. Segundo Almeida, Fausto e Giovanella (2011), apesar da importância do tema, predominam uma utilização indiscriminada e uma certa confusão teórica acerca dos termos continuidade assistencial, coordenação e integração de serviços, bem como das diversas formas de mensurá-las.

A coordenação assistencial e a integração dos serviços têm sido apontadas como pilares essenciais para a sustentabilidade financeira e para o alcance da universalidade do acesso aos serviços de saúde. Uma melhor integração na RAS atrela-se ao maior sucesso da coordenação assistencial, existindo determinantes organizacionais, profissionais e de necessidades em saúde do usuário, que influenciam a colaboração e responsabilidade entre a APS e a AE (ARAUJO *et al.*, 2021). A falta de integração entre serviços de saúde tem por consequências a duplicação de esforços, a escalada de custos e o aumento das desigualdades no acesso aos serviços (MENDES, 2018).

Pesquisas realizadas no Brasil revelaram uma articulação insuficiente entre a APS e a AE (MENDES *et al.*, 2021). Os obstáculos que são impostos à coordenação do cuidado estão relacionados com os desencontros no estabelecimento de relações entre os profissionais. A insuficiente comunicação foi percebida pelos profissionais da gestão e médicos dos dois níveis apesar de um dos aspectos primordiais para o exercício profissional adequado entre níveis ser a abertura à cooperação e estabelecimento de relação de confiança entre os envolvidos (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Guerra e outros (2022) apontam a existência de lacunas na formação profissional médica no Brasil, não existindo valorização adequada da APS, das suas competências e responsabilidades, tampouco treinamento suficiente para que os médicos desse nível possam atuar como coordenadores. O aumento da capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e da ampliação da cesta de serviços, seja pelo aumento do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos, seja pela educação continuada; e o maior prestígio e reconhecimento profissional são estratégias pró-coordenação (GUERRA *et al.*, 2022).

Em estudo quase-experimental realizado no Brasil, no Chile, na Colômbia, no México e no Uruguai para analisar a eficácia de intervenções pró-coordenação por meio de processos de pesquisa-ação participativa, que envolve investigação sistemática, com a colaboração dos envolvidos na intervenção em um processo de educação contínua e voltada à mudança, mostrou melhoria em alguns resultados relativos à coordenação clínica, com diferenças entre os países (VÁZQUEZ *et al.*, 2022). Intervenções como reuniões conjuntas entre níveis, implementadas para discutir casos clínicos, fornecer treinamento e estabelecer protocolos compartilhados, relacionaram-se ao aumento da concordância entre os tratamentos prescritos por médicos da APS e da AE e à melhoria da comunicação para acompanhamento dos pacientes. De todo modo, a implementação de processos participativos é lenta e gradual, e exige apoio institucional, investimentos e consideração das especificidades locais para consolidação das mudanças (VÁZQUEZ *et al.*, 2022).

Para Esteve-Matalí e colegas (2020), os médicos de diferentes níveis de atenção, dos quais se espera que colaborem no cuidado ao paciente, podem vivenciar a coordenação clínica de forma diferente, de acordo com suas necessidades e expectativas, e, portanto, oferecer uma perspectiva distinta sobre o mesmo fenômeno. Em estudo transversal baseado em inquérito *online*, utilizando o questionário autoaplicável COORDENA-BR[®] a médicos da APS e AE, o grau de coordenação clínica experimentado entre os níveis de atendimento foi relativamente alto, embora as experiências dos médicos tenham diferido de acordo com o nível assistencial: enquanto os médicos da APS experimentaram melhor coordenação das informações clínicas, os médicos da AE vivenciaram maior consistência do atendimento. No entanto, a percepção geral da coordenação do cuidado ao paciente foi baixa em ambos os grupos (ESTEVE-MATALÍ *et al.*, 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO E ÁREA DO ESTUDO

A presente dissertação faz parte de um projeto maior denominado: “Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói”, coordenado pela Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida, que tem como objetivo central analisar e caracterizar a coordenação e a continuidade dos cuidados entre APS e AE no município de Niterói na experiência de usuários e médicos. Trata-se de projeto aprovado e financiado pelo Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados, parceria da Prefeitura Municipal de Niterói-RJ, UFF e Fundação Euclides da Cunha, em consonância com o “Plano Estratégico Niterói que Queremos” em sua diretriz “Saudável”, linha de pesquisa e extensão “Gestão do cuidado e Redes de Atenção à Saúde”. Este estudo teve como foco o estudo com médicos da APS no município.

Foi realizado estudo transversal com profissionais médicos da APS que atuavam no PMF, nas sete regionais de saúde do município. Os estudos transversais se caracterizam pela observação direta e planejada de determinado número de indivíduos em uma oportunidade única (MEDRONHO, 2009).

Para tanto, foi privilegiada a avaliação da coordenação entre níveis de atenção na percepção e experiência de médicos da APS a partir de instrumento validado e traduzido para o português – COORDENA-BR[®]. Cabe destacar que a reprodução total ou parcial do instrumento é autorizada desde que expressamente mencionados autores e titulares da obra, o que foi cumprido neste estudo.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

Niterói é um município localizado no estado do Rio de Janeiro, região sudeste do Brasil, e que tem como limites: ao norte, o município de São Gonçalo; ao sul, o Oceano Atlântico; a leste, o município de Maricá; e a oeste, a Baía de Guanabara, fazendo divisa com o município do Rio de Janeiro.

É uma cidade de médio porte, incluída na Região Metropolitana II na Regionalização da Saúde do estado do Rio de Janeiro, a qual ainda conta com os municípios de São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim. Possui área territorial de 133,757 km², uma população estimada em 516.981 pessoas, densidade demográfica de

3.640,80hab/km², 97% de crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos alfabetizadas e curva de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) crescente – 0,837 –, segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010). Ademais, tem o sétimo maior IDHM do país e é a primeira colocada entre os municípios do estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2010). Com relação aos índices de saneamento básico, segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (PREFEITURA DE NITERÓI, 2019), cerca de 95,5% da população niteroiense possui acesso ao serviço de tratamento de esgoto. Além disso, o município acelerou o processo de universalização da rede em 2019 com o início do funcionamento da Estação de Tratamento de Esgoto Sapê, em Pendotiba, e o início da construção da Estação de Tratamento de Esgoto Badu (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 2021; PREFEITURA DE NITERÓI, 2020).

A administração central da SMS/FMS é composta pelo Secretário de Saúde, que também é o presidente da FMS, e por subsecretarias, assessorias, coordenações, departamentos e diversos outros setores que gerenciam a RAS municipal. A FMS descentraliza a gestão da RAS em duas vice-presidências, a Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar. O sistema ainda é composto pela Central de Regulação e pela FeSaúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PARTICIPATIVO DE NITERÓI: 2022 – 2025).

Ao todo, são 1.257 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Grande parte dos estabelecimentos privados é formada por consultórios e clínicas particulares. Ressalta-se também que, entre os privados, 25 são prestadores-SUS (SCNES, 2020). Por possuir estrutura considerada robusta para a região de saúde, o município de Niterói é referência para procedimentos da Programação Pactuada e Integrada para diversas especialidades e serviços na Metropolitana II.

O município de Niterói foi pioneiro na reformulação da atenção básica em saúde no Brasil. Na década de 1990, inspirado no modelo cubano de assistência, implementou o PMF. No presente, sua RAS se divide entre módulos de PMF, atualmente dentro dos parâmetros de equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde tradicionais, Policlínicas Regionais que atendem à parcela da população fora de abrangência das unidades de PMF e unidades hospitalares.

No Quadro 1, estão dispostos os serviços públicos existentes na rede de APS e de AE de Niterói, no ano de 2022.

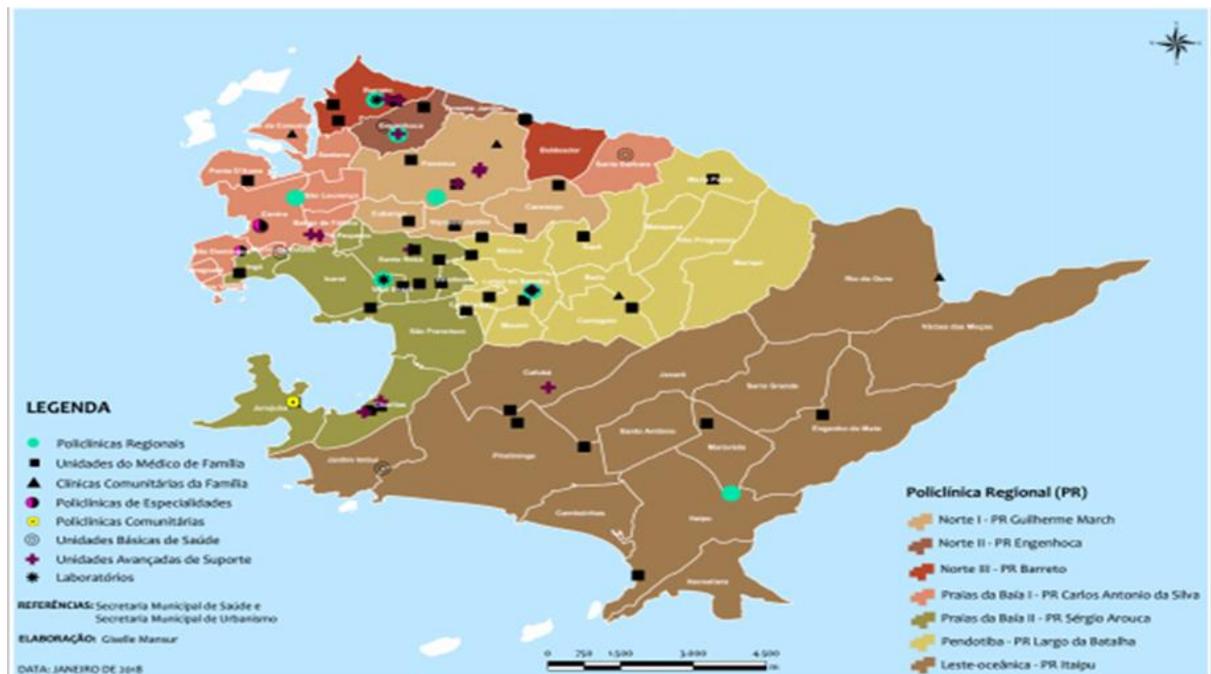
Quadro 1 – Rede de serviços municipais de Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada segundo regional de saúde, Niterói/RJ, 2022

Regional de Saúde	Policlínicas Regionais e de Especialidades	Unidades Básicas de Saúde	Módulos do Médico de Família
Norte I	Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March (Fonseca)		PMF Bernardino PMF Caramujo PMF Morro do Céu PMF Viçoso Jardim PMF Jonathas Botelho PMF Teixeira de Freitas
Norte II	Policlínica Regional da Engenhoca		PMF Nova Brasília PMF Coronel Leôncio PMF Vila Ipiranga
Norte III	Policlínica do Barreto	UBS Santa Bárbara	PMF Maruí PMF Leopoldina PMF Marítimos PMF Baldeador
Leste/Oceânica	Policlínica Regional de Piratininga Policlínica Regional de Itaipu		PMF Cafubá 1 PMF Cafubá 2 PMF Cafubá 3 PMF Engenho do Mato PMF Maravista PMF Jacaré PMF Várzea das Moças PMF Colônia dos Pescadores
Pendotiba	Policlínica Regional do Largo da Batalha		PMF Cantagalo PMF Grota I PMF Grota II PMF Ititioca PMF Atalaia PMF Matapaca PMF Maceió PMF Sapê PMF Badu
Praias da Baía I	Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva Policlínica de Especialidades Malu Sampaio Policlínica de Especialidades Silvio Picanço	UBS Centro UBS Morro do Estado	PMF Ponta D'Areia PMF Ilha da Conceição PMF Boa Vista
Praias da Baía II	Policlínica Regional Sérgio Arouca		PMF Cavalão PMF Palácio PMF Viradouro PMF Vital Brazil PMF Souza Soares PMF Jurujuba PMF Preventório I PMF Preventório II PMF Alarico de Souza PMF Martins Torres

Fonte: Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói: 2022-2025.

Legenda: PMF – Programa Médico de Família, UBS – Unidade Básica de Saúde

Figura 1 – Rede Municipal de Saúde – Niterói



Fonte: NGL/PMF Niterói.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS

Para coleta de dados, foi utilizado 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 Navarrete e colaboradores (2015) e Vargas e colegas (2016). O instrumento foi digitalizado utilizando-se o *software* KoboTollbox 1.4.8[®], disponível em *tablets*, marca Samsung[®], modelo Galaxy Tab A (Apêndice 1).

Para aplicação do questionário, 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 realizadas em função das especificidades da rede de saúde do município de Niterói.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.4 Médicos do Programa Médico de Família

Foi realizado um censo com os médicos do PMF da rede pública do município de Niterói. A escolha se justificou por serem os profissionais mais diretamente envolvidos nas ações de coordenação e com maior relação com os demais especialistas, uma vez que as referências são realizadas pelos médicos da APS. Embora o município conte com UBS tradicionais (Quadro 1), para este estudo, foram selecionados apenas os médicos do PMF, cujas equipes e princípios norteadores se balizam pela ESF, cuja coordenação do cuidado é um dos princípios fundamentais. O critério de inclusão foi a atuação mínima de três meses na equipe de PMF no mês anterior à realização das entrevistas. Foram critérios de exclusão: profissional que, após três tentativas de agendamento e realização da entrevista, não foi acessado pelo pesquisador; estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento das funções no PMF durante o período de realização das entrevistas. A aplicação dos questionários foi previamente agendada diretamente com os envolvidos.

Foram realizadas 51 entrevistas de 69 possíveis participantes (médicos em atuação nas equipes de PMF em agosto de 2021), entre os meses de agosto de 2021 e julho de 2022. É importante destacar que, no período de realização do estudo, em função da pandemia de COVID-19 e do concurso público realizado pela FeSaúde, gestora da APS no município (cuja aprovação dos médicos que já atuavam na rede foi praticamente inexistente), muitas equipes encontravam-se em vacância de médicos. Das 81 equipes financiadas segundo o e-Gestor em agosto de 2021, apenas 69 contavam com médicos (BRASIL, 2022). Ao longo do período de coleta, alguns médicos foram contratados, contudo, não foram incluídos no estudo por não atenderem ao critério de atuação mínima de três meses na equipe.

Foi caracterizado como perda: indivíduos que recusaram à realização da entrevista, estavam de férias ou licença durante a coleta de dados, totalizando 26% de perdas. Os entrevistados e as perdas estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Médicos da Atenção Primária à Saúde entrevistados por serviço de Unidade de PMF, Niterói, 2021/2022

Unidades de PMF	Nº equipes	Nº médicos	Nº perdas	Nº entrevistados
PMF Morro do Céu	2	0	0	0
PMF Caramujo	4	3	0	3
PMF Teixeira de Freitas	4	4	0	4
PMF Bernardino	3	3	0	3
PMF Viçoso Jardim	2	1	0	1
PMF Jônathas Botelho	1	1	0	1
PMF Maruí	3	3	0	3
PMF Marítimos	2	2	0	2
PMF Leopoldina	2	1	0	1
PMF Coronel Leôncio	2	0	0	0
PMF Nova Brasília	3	2	0	2
PMF Baldeador	3	0	0	0
PMF Vila Ipiranga	5	3	0	3
PMF Jurujuba	3	2	1	1
PMF Preventório I	2	1	1	0
PMF Preventório II	2	1	0	1
PMF Cavalão	2	1	0	1
PMF Viradouro	3	2	1	1
PMF Palácio	2	2	0	2
PMF Alarico de Souza	1	1	0	1
PMF Ponta D'Areia	3	2	1	1
PMF Martins Torres	1	1	0	1
PMF Souza Soares	2	2	0	2
PMF Vital Brazil	1	1	0	1

Unidades de PMF	Nº equipes	Nº médicos	Nº perdas	Nº entrevistados
PMF Cantagalo	3	3	1	2
PMF Badu	3	2	0	2
PMF Maceió	4	2	1	1
PMF Matapaca	3	2	0	2
PMF Atalaia	2	1	0	1
PMF Ititioca	2	1	0	1
PMF Sapê	3	1	1	0
PMF Grotta I	1	1	1	0
PMF Grotta II	2	1	1	0
PMF Cafubá I	2	1	0	1
PMF Cafubá II	2	2	2	0
PMF Cafubá III	3	2	0	2
PMF Maravista	3	2	2	0
PMF Colônia dos Pescadores	1	1	1	0
PMF Engenho do Mato	6	3	2	1
PMF Várzea das Moças	2	2	2	0
PMF Boa Vista	1	1	0	1
PMF Jacaré	1	0	0	0
PMF Ilha da Conceição	3	2	0	2
Total	105	69	18	51

Fonte: elaboração própria.

3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O modelo teórico para avaliação da coordenação entre níveis assistenciais desenvolvido por Vázquez e colaboradores (2015) e Vargas e colegas (2016) orientou a análise dos resultados.

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 respostas. O questionário completo, que reflete as categorias de análise da coordenação do cuidado e guiou a apresentação dos resultados, está dividido em seis blocos: 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.

Foi realizada análise descritiva das variáveis contidas em cada um dos 6 blocos que compunham o instrumento, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Algumas variáveis de interesse foram categorizadas para melhor compreensão dos resultados. As respostas “sempre, muitas vezes” e “diariamente, semanalmente” foram consideradas como alta frequência; “às vezes, muito poucas vezes” e “mensalmente, com menor frequência”, como baixa frequência; e “nunca” representou a não utilização do instrumento. As respostas “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.

As questões abertas, presentes no questionário, foram anotadas no momento da entrevista e posteriormente digitadas no *Kobotoolbox* e agregadas conforme análise temática.

3.6 ESTRATÉGIA PARA MOBILIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E OS DESAFIOS DO CAMPO

É importante ressaltar que a realização de entrevistas com profissionais médicos constituiu um dos maiores desafios desta dissertação, implicando muitas idas aos serviços sem a garantia de realização das entrevistas, ainda que previamente agendadas. Ao contexto da pandemia de COVID-19 que acarretou licenças médicas, somou-se o cenário de

instabilidade gerado pelas mudanças na gestão da APS – desde abril de 2022 a cargo da FeSaúde, com realização de ampla seleção pública para todos os componentes das equipes do PMF. Este tópico objetiva descrever algumas das estratégias utilizadas para a sensibilização e mobilização dos participantes do estudo.

Iniciei o contato com os coordenadores regionais, esclarecendo acerca do tema da pesquisa, meu objeto de estudo e quem seriam os atores entrevistados. Foi acordado o envio de *e-mails* e o contato telefônico com os enfermeiros de cada unidade, indicado por eles. Após esse contato, mapeei as unidades por regional de saúde, para facilitar o deslocamento e, na sequência, o contato telefônico com os enfermeiros de cada unidade.

Iniciar as entrevistas não foi uma tarefa fácil. Estávamos enfrentando a pandemia de COVID-19, além disso, o município passava por uma transição de gestão da APS/PMF que deixou os profissionais inseguros, ansiosos e bem apreensivos em relação às mudanças que estavam por vir.

De forma geral, as entrevistas ocorreram tranquilamente, com boa participação dos entrevistados. O mais desafiador foi realizá-las durante o horário de trabalho, uma vez que eu contava com um dia semanal para me dedicar ao mestrado, mas muitas vezes não coincidia com os dias dos médicos nas unidades, já que a maioria, antes da mudança para a fundação estatal, trabalhava 32 horas semanais. Outro ponto que preciso destacar foram os imprevistos não comunicados previamente à minha ida, como faltas sem justificativas, licenças médicas, entre outros. Esses desencontros alargaram muito o período de coleta.

As entrevistas eram realizadas entre os atendimentos, e combinados horários que causassem menor impacto para a população, o que conseguimos preservar. Porém, em algumas situações, ficava esperando muito tempo para início da entrevista, atrasando ou impossibilitando que outras fossem realizadas, gerando nova ida à unidade em outro dia.

Busquei ficar atenta às respostas, portar-me de forma ética e imparcial, uma vez que ocupo um cargo de gestão na rede, o que poderia inibir algumas respostas. Fiz questão de deixar claro que estava ali como pesquisadora e que as informações seriam mantidas no mais absoluto sigilo. Penso que esse momento inicial foi imprescindível para estabelecer uma relação de confiança. Conteí com a colaboração de uma acadêmica de medicina na coleta e sistematização das informações, contratada por meio de recursos do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados – PDPA.

Percebi que a pesquisa de campo possibilita diferentes experiências e encontros potentes para discussão do processo de trabalho dos profissionais. Em alguns momentos, deixava com que desabafassem, visto que todos entenderam que a falta de articulação entre

níveis assistenciais dificulta a coordenação do cuidado. Dessa forma, podemos considerar o processo de realização da pesquisa como uma reflexão na medida em que, abordar o tema por meio das perguntas, gerou um processo de reflexão sobre a prática, as potencialidades e fragilidades do trabalho em saúde e refletir sobre novas possibilidades de atuação.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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 nº 4.456.756 e CAAE 34986920.8.0000.8160, com anuência do município. Sua realização foi condicionada à aceitação por parte dos sujeitos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Dos 51 médicos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (63%). Os profissionais concentravam-se na faixa etária de 35 a 49 anos (45%), apenas 2 eram estrangeiros. A maioria possuía alguma especialidade médica, sendo a mais frequente em Medicina de Família e Comunidade (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra, 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 MFC	22 (43,1)
Residentes em MFC*	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)
Outros	3 (5,9)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

Siglas: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada; MFC – Medicina de Família e Comunidade.

* Residência em curso no período da pesquisa.

4.2 EXPERIÊNCIAS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

Neste tópico, são apresentados os resultados em relação à coordenação entre os níveis assistenciais em suas duas dimensões interrelacionadas: coordenação da informação clínica, relacionada com a troca de informações sobre pacientes cujos cuidados são compartilhados; e a coordenação da gestão clínica, ou a prestação de cuidados de forma sequencial e complementar, que engloba três dimensões: consistência/coerência de cuidados, seguimento e acessibilidade em todos os níveis de atenção.

A maioria dos médicos (90%) da APS afirmou não trocar informações com os especialistas sobre os atendimentos de pacientes em comum. Entretanto, todos consideraram que essas informações seriam de grande importância.

Em relação à gestão clínica entre níveis, no que se refere à consistência da atenção, a totalidade dos médicos encaminhava os pacientes ao especialista quando necessário, a maioria estava de acordo com os tratamentos prescritos pelos colegas de outro nível (80%) e poucos mencionaram repetir os exames já realizados (18%). A maior parte (74,5%) não percebia contradições ou duplicações nos tratamentos entre os níveis (Tabela 3).

Quanto ao seguimento, percentual expressivo de médicos da APS referiu que o especialista não encaminhava o paciente para consulta de acompanhamento (43%). Ainda assim, a maioria reportou que a consulta ocorria (71%), ainda que o especialista não fizesse a recomendação (80%). Na mesma direção, a maior parte dos médicos da APS (84%) também não consultava os especialistas acerca de dúvidas em relação ao seguimento (Tabela 4).

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 espera pela consulta na APS (Tabela 3).

Tabela 3 – Experiência de médicos da APS sobre a coordenação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Dimensões 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)
Não	0 (0)

Dimensões coordenação entre níveis assistenciais	N = 51 (%)
Coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais	
<i>Consistência/Coerência da atenção entre níveis</i>	
Médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando necessário	
Sim	51 (100,0)
Não	0 (0,0)
Os médicos da APS e AE repetem os exames que já foram realizados em outro nível	
Sim	9 (17,6)
Não	41 (80,4)
NA	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)
<i>Seguimento do paciente entre níveis</i>	
Especialistas encaminham os pacientes para 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)
<i>Acessibilidade entre níveis de atenção</i>	
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)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

Siglas: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada; NS – Não Sabe; NR – Não Respondeu. Sim = sempre e muitas vezes; Não = às vezes, muito poucas vezes e nunca.

Nas questões abertas, quando perguntados sobre as razões que motivaram a repetição dos exames, os profissionais mencionaram diversos aspectos, entre os quais, os mais frequentes foram a detecção de alterações, retenção dos resultados em outros serviços que gera falta de acesso ao exame (Quadro 2).

Quadro 2 – Motivos mencionados para repetição de exames, médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Motivos
Os exames ficam retidos no outro nível de atenção, principalmente exames laboratoriais, acarretando falta de acesso aos resultados dos exames realizados
Quando os resultados vêm com alteração e é necessária confirmação para acompanhamento
Quando o resultado é dúbio, insuficiente, sem laudo, laudo vencido, inconsistência técnica, dúvida no diagnóstico
Discrepância entre os sinais clínicos e laboratoriais
Em casos mais necessários para acompanhamento
Por não saber o motivo pelo qual foi pedido o exame
O paciente vem com pedido que não está explicado
Dependendo da queixa do paciente em relação ao tempo que o exame foi realizado, por causa da distância temporal entre as consultas (APS e AE)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

4.3 FATORES PROFISSIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

Quanto aos fatores profissionais relacionados com a articulação entre níveis, a quase totalidade dos entrevistados (90%) não conhecia pessoalmente os médicos da AE com os quais compartilhavam atendimento, embora mencionassem confiar nas habilidades desses profissionais (90%) e que a colaboração seria necessária (98%). A equipe de supervisão ou coordenação de área facilitava a integração entre níveis segundo avaliação da maioria (63%) (Tabela 4), avaliação que não se repetia no caso da direção dos serviços especializados.

Tabela 4 – Fatores profissionais relacionados com a articulação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Fatores profissionais	N = 43 (%)
A equipe de supervisão ou coordenador de área facilita a articulação entre médicos da APS e AE	
Sim	32 (62,7)
Não	18 (35,3)
NS/NR	1 (2,0)
Diretores das policlínicas especializadas facilitam a articulação entre médicos da APS e da AE	
Sim	3 (5,9)
Não	32 (62,7)
NS/NR	16 (31,4)

Fatores profissionais	N = 43 (%)
Conhece pessoalmente os médicos do outro nível com os quais compartilha atendimento de pacientes	
Sim	5 (9,8)
Não	46 (90,2)
Confia nas habilidades clínicas dos médicos dos outros níveis com os quais compartilha atendimento de pacientes	
Sim	46 (90,2)
Não	5 (9,8)
Considera que médicos da APS e AE precisam colaborar entre si para melhor atendimento dos pacientes	
Sim	50 (98,0)
Não	1 (2,0)

Fonte: elaboração própria.

Siglas: APS – Atenção Primária à Saúde; AE – Atenção Especializada; NS – Não sabe; NR – não

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

4.4 CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS

Em relação ao conhecimento e o uso dos mecanismos de coordenação, a quase totalidade dos respondentes indicou a utilização de formulário de referência, resumo de alta hospitalar e protocolos compartilhados entre níveis. Nenhum dos entrevistados reportou sessões clínicas compartilhadas entre APS e AE, e a maioria (67%) indicou existência de telefone institucional (Tabela 6).

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 (92%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Existência e frequência de utilização dos instrumentos de coordenação entre níveis assistenciais, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Existência do instrumento	N = 51 (%)
Formulário de referência e contrarreferência	
Sim	51 (100,0)
Não	0 (0,0)
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	1 (2,0)
Sessões clínicas conjuntas entre médicos APS e AE	
Sim	0 (0,0)
Não	51 (100,0)

Existência do instrumento	N = 51 (%)
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 (11,76)
Baixa	31 (60,78)
Nunca	14 (27,46)
Recebimento do resumo de alta hospitalar	N = 50
Alta	41 (80,39)
Baixa	9 (19,61)
Utilização dos protocolos compartilhados	N = 47
Alta	47 (92,15)

Fonte: elaboração própria.

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

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

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

4.4.1 Experiências com o instrumento de referência e contrarreferência

Entre os motivos para a utilização dos instrumentos de referência mencionados pelos médicos, encontravam-se, sobretudo, aqueles vinculados a informar a suspeita diagnóstica, com dados da história clínica para avaliação da AE. A exigência formal do pedido de referência para que o procedimento possa ser agendado também era uma das razões para utilização da referência. De toda forma, as três mais frequentes (destacadas em negrito), relacionaram-se com a troca de informações clínicas.

Quadro 3 – Motivos para a utilização dos formulários de referência pelos médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Motivos
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

Fonte: elaboração própria.

Ao referirem o motivo do não recebimento da contrarreferência, foi destacada a falta de compreensão por parte dos demais profissionais sobre o papel da APS na RAS. Não menos importante foi a menção à sobrecarga de trabalho, que se expressaria na falta de tempo durante as consultas e o extravio do documento, uma vez que era conduzido pelo usuário.

Quadro 4 – Motivos para o não recebimento do formulário de contrarreferência pelos médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Motivos
Não compreende a importância ou como funciona a rede e não acha importante o retorno para o 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), o formulário 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

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

Os instrumentos de referência, segundo os entrevistados, eram enviados via Central. Porém, parte importante foi conduzida pelo paciente (21%). Já a contrarreferência era conduzida pelos usuários, na quase totalidade das avaliações.

Tabela 6 – Formas de envio/condução do instrumento de referência, segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Forma de envio	N = 51 (%)
Pela central de regulação via fluxo desde a UBS	36 (64,7)
Pelo paciente	13 (41,2)
Outros	2 (2,0)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

Tabela 7 – Formas de recebimento do instrumento de contrarreferência, segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Formulário de recebimento	N = 37 (%)
Pela central de regulação via fluxo desde a UBS	2 (5,40)
Pelo paciente	35 (94,60)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

As dificuldades mais frequentes com relação a utilização da referência eram a dificuldade de leitura em função do fato de serem preenchidos manualmente.

Quadro 5 – Dificuldades na utilização do instrumento de referência segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2021

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

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

As informações mais frequentes no instrumento de contrarreferência eram referentes a diagnóstico, tratamento e exames.

Tabela 8 – Informações mais frequentes no formulário de contrarreferência segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Informações	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)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

Não havia dificuldades para a utilização dos instrumentos de referência para 76,5% dos entrevistados. Entre os 37 que apresentaram alguma frequência de recebimento da contrarreferência, a maioria (78%) considerou que respondia ao motivo da referência, embora não no tempo oportuno (Tabela 9).

Tabela 9 – Características das informações do instrumento de contrarreferência segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Características	
Dificuldades para utilização do instrumento	N = 51
Sim	11 (21,5)
Não	39 (76,5)
N/S	1 (2,0)
A informação recebida na contrarreferência responde ao motivo da referência*	N = 37
Sim	29 (78,4)
Não	7 (18,9)
NS/NR	1 (2,7)
A informação é recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão*	N = 37
Sim	14 (37,8)
Não	23 (62,2)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

* Respondida apenas pelos profissionais que reportaram alguma frequência de recebimento da contrarreferência.

4.4.2 Experiências com o instrumento de alta hospitalar

Ao referirem o motivo de utilização do resumo de alta, foi destacada a importância do instrumento para garantia do acompanhamento do paciente e cuidados pós-internação.

Quadro 6 – Motivos para utilização do resumo de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

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 na saúde do paciente

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

O principal motivo para o não recebimento do resumo de alta foi o extravio, esquecimento ou perda, uma vez que o documento é entregue ao paciente pós-internação.

Quadro 7 – Motivos para utilização do resumo de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

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 a não gravidade do quadro
O 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
Negligência do profissional e do paciente

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas.

Não foram reportadas dificuldades para a utilização do resumo de alta. A quase totalidade dos médicos da APS reportou receber o instrumento pelo paciente (98%), em tempo oportuno para a tomada de decisão (94%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Características das informações do instrumento de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Características	N = 50 (%)
Dificuldades para utilização do instrumento	
Sim	3 (6)
Não	47 (94)
Forma de recebimento do resumo de alta hospitalar*	
Pelo paciente	49 (98)
Outros	1 (2)
A informação é recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão*	
Sim	42 (84)
Não	8 (16)

Fonte: elaboração própria.

Respondida apenas pelos profissionais que reportaram alguma frequência de recebimento do resumo de alta.

Em relação às informações mais frequentes no formulário de alta hospitalar, as mais citadas foram motivo da internação, diagnóstico e tratamento.

Tabela 11 – Informações mais frequentes no formulário de alta hospitalar segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Informações	N (50) %
Motivo da internação	42 (84)
Diagnóstico	41 (82)
Tratamento farmacológico	39 (78)
Procedimentos realizados	37 (74)
Indicações para o acompanhamento	36 (72)
Resultados de exames	35 (70)
Outras informações	2 (4)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

4.4.3 Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre os níveis assistenciais

Os principais motivos para uso dos protocolos do Ministério da Saúde foram a necessidade de padronização da conduta, seguida pela melhoria do manejo terapêutico e para guiar condutas com base em evidências. Em menor proporção, também se destaca o uso para atualização e para agravos específicos, de menor prevalência no cotidiano da APS.

Quadro 8 – Motivos para utilização dos protocolos segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

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 – TB, HIV, epidemias/surtos, casos mais complexos
Criados para serem cumpridos

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

A quase totalidade dos médicos da APS segue as recomendações dos protocolos e não encontram dificuldades para utilizá-los, mas referem necessidade de capacitação (78%).

Tabela 12 – Características de uso dos protocolos e linhas de cuidado segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Características	N = 47 (%)
Segue recomendações dos protocolos	
Sim	46 (97,87)
Não	1 (2,13)
Dificuldades para utilização do instrumento	
Sim	4 (8,51)
Não	42 (91,49)
Consideram o ponto de vista dos médicos dos distintos níveis de atenção	
Sim	38 (80,85)
Não	8 (17,02)
N/S	1 (2,13)
Capacitação sobre uso dos protocolos	
Sim	38 (80,85)
Não	9 (19,15)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

4.5 FATORES LABORAIS, ORGANIZACIONAIS E ATITUDINAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

Em relação às características laborais, a totalidade dos médicos possuía vínculos precários ou temporários. Eram assalariados ou bolsistas, via PMM ou residência (24%). A carga horaria de trabalho, na sua maioria, é de 32 horas, e uma parcela expressiva mantém 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. Em relação aos aspectos organizacionais, o tempo de consulta para a coordenação clínica foi considerado insuficiente para 67% dos entrevistados. A supervisão técnica, estratégia municipal de matriciamento das equipes de Saúde da Família, foi reconhecida no exercício da avaliação da atividade clínica. Não havia limites em relação ao número de referências que poderiam ser realizadas. Embora a maioria tenha expressado pretensão de mudar de trabalho (63%), aproximadamente metade (53%) avaliou estar satisfeita com os salários. De todo modo, foram altos os percentuais de insatisfação com o trabalho (82%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Fatores laborais, organizacional e de atitude ante o trabalho e de interação relacionados com a coordenação clínica entre níveis assistenciais segundo médicos da APS, Niterói/RJ, Brasil, 2022

Fatores relacionados	N = 51 (%)
<i>Laborais</i>	
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)
<i>Organizacional</i>	
Tempo de consulta suficiente para a coordenação entre níveis	
Sim ¹	17 (33,3)
Não ²	34 (66,7)
Supervisão ou avaliação regular do trabalho da atividade clínica	
Sim	42 (82,4)
Não	9 (17,6)
Limite do número de referências	
Sim	1 (2,0)
Não	50 (98,0)
<i>Atitudinais</i>	
Pretensão de mudar de trabalho nos próximos 6 meses	
Sim ³	32 (62,7)
Não ⁴	18 (35,3)
NS	1 (2,0)
Satisfação com o salário	
Sim ³	28 (54,9)
Não ⁴	22 (43,1)
NS	1 (2,0)
Satisfação com o trabalho	
Sim ³	7 (13,7)
Não ⁴	42 (82,4)
NS	2 (3,9)

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

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

¹ Sim = sempre e muitas vezes; ² Não = às vezes, muito poucas vezes e nunca.

³ Sim = discordo e discordo totalmente; ⁴ Não = concordo totalmente, concordo e o não concordo nem discordo.

4.6 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 por meio da análise temática. As mais citadas referiram-se à necessidade de informatização da rede e dos prontuários, somadas à sensibilização ou/e capacitação dos especialistas com relação ao preenchimento da contrarreferência. De todo modo, a maior parte das sugestões demandava ações e atividades conjuntas entre médicos da APS e AE, que pudessem melhorar a comunicação e sensibilizar os demais níveis da rede quanto à função do PMF como (Quadro 9).

Quadro 9 – Sugestão 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 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...

Fonte: elaboração própria.

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

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar o lugar ocupado pela coordenação do cuidado a partir da experiência de um de seus atores-chave – os médicos da APS. Tal atributo, em sinergia com o acesso (porta de entrada), a integralidade, a longitudinalidade, a centralidade na família, os territórios e a cultura, compõe a imagem objetivo de uma APS forte, coração do sistema de saúde (ABRASCO, 2019), capaz de direcioná-la aos princípios inclusivos do SUS. Embora tenham sido eleitos os médicos (responsáveis pela maioria das referências à AE), buscou-se pensar a coordenação como uma atribuição do sistema, das equipes e dos profissionais de saúde comprometidos com o trabalho em redes. De forma geral, os entrevistados indicaram a impotência das equipes de APS na coordenação do cuidado, seja pela insuficiência de condições tecnológicas, operacionais e organizacionais, seja as relacionadas com os valores e as representações no cumprimento do seu papel, situações compartilhadas no dia a dia dos médicos da APS.

Os resultados indicam obstáculos à coordenação do cuidado referentes a diversos aspectos, entre os quais, aos desencontros no estabelecimento de relações dialógicas entre os profissionais da APS e AE, além daqueles relativos à organização da RAS, que não oferta o conjunto de mecanismos adequados para que a articulação entre serviços e profissionais possa ocorrer e garantir o seguimento satisfatório e coerente das trajetórias assistenciais.

Os médicos reconhecem a importância da coordenação da informação clínica entre níveis, ainda que ela não aconteça. Foram evidenciados baixos níveis de comunicação entre profissionais. Segundo Magalhães Junior e Pinto (2014), o diálogo entre os profissionais da rede por meio da utilização de ferramentas de comunicação favorece uma resposta mais rápida e efetiva no cuidado ao usuário, aumentando a resolutividade e evitando encaminhamentos desnecessários. Essa é uma ação a ser incentivada e desenvolvida pela gestão municipal, uma vez que aproximadamente metade dos profissionais afirmou inexistência de fluxo de comunicação formal com profissionais de outros pontos de atenção.

Um aspecto positivo no caso estudado é a indicação de alto grau de coerência da atenção, o que é um indício de disposição às medidas pró-coordenação (VÁZQUEZ *et al.* 2015; VARGAS *et al.* 2016). Poucos entrevistados afirmaram repetir exames, e quando o faziam, era em função da falta de acesso ou perda dos resultados pela ausência de prontuários ou sistemas informatizados para recebimento na APS, o que implica o uso desnecessário de recursos diagnósticos por repetição ou mesmo protelação do cuidado. A ausência de prontuários informatizados e integrados, como no caso estudado, minimiza as possibilidades

de comunicação entre os profissionais, uma das dimensões da coordenação (SCHANG; WAIBEL; THOMSON, 2013). Nesse sentido, ainda que a coesão tenha sido reconhecida, as causas para repetição de exames sinalizaram problemas de fluxo informacional na RAS.

Além dos prontuários, experiências positivas de coerência da atenção relacionam-se com a implementação de estratégias como sessões clínicas e reuniões de equipe intra e entre níveis (MENDES, 2012), instrumentos não referidos pelos médicos da APS neste estudo. Tais mecanismos, quando presentes, contribuem na medida em que proporcionam a discussão de casos, o planejamento conjunto de ações e melhoram o relacionamento entre profissionais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2018; CRUZ *et al.*, 2022), configurando estratégias de acomodação mútua, sinérgicas a tecnologias leves. Análise das ações de articulação entre as equipes AB e NASF-AB sugerem que a discussão de casos, a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular, a realização de consultas compartilhadas e o monitoramento dos resultados foram as que tiveram efeitos positivos no trabalho conjunto e resolutividade das ações (BRITO *et al.*, 2022), o que reforça a importância das ações que colocam os profissionais em contato pessoal e poderiam ser extrapoladas para o trabalho interníveis.

Os entrevistados percebem a necessidade de mais encontros e de estímulo à comunicação para a melhoria da coordenação que, se estabelecidos entre os profissionais de diferentes níveis de atenção, podem facilitar a construção de formas de lidar com diferentes saberes na produção do atendimento integral em saúde, que envolve a interação constante de trabalhadores (AYRES, 2009), o que poderia ser facilitado pelo uso de metodologias participativas (ALMEIDA *et al.*, 2021) que promovam a colaboração mútua. É nessa perspectiva que as sessões clínicas compartilhadas para análise de casos concretos, criação de grupos de trabalho entre APS, AE e representantes da gestão podem se inserir (ALMEIDA *et al.*, 2021; ALMEIDA *et al.*, 2018; ALELUIA *et al.*, 2017).

A despeito da percepção positiva dos médicos da APS quanto à coerência da atenção, os resultados reafirmam a ausência de coordenação de mão dupla, ou seja, os médicos da AE parecem não reconhecer a importância do seguimento pela APS e sua práxis parece ser vista com desconfiança, não sendo a recíproca verdadeira (ALMEIDA *et al.*, 2021; VERMEIR *et al.*, 2015). A discordância na qualidade da comunicação entre médicos da APS e AE é encontrada em vários cenários (VERMEIR *et al.*, 2015), apesar de, neste estudo, não terem sido percebidas contradições em relação aos tratamentos prescritos pelos médicos de ambos os níveis.

Segundo Cruz e colaboradores (2022), ao longo dos anos, é possível verificar uma evolução da coordenação do cuidado no país, como fruto dos esforços realizados para o fortalecimento da APS: ampliação do acesso por meio da expansão das ESF. Entretanto, problemas de acessibilidade à AE, com longos tempos de espera, foram referidos pelos médicos da APS que, como responsáveis pela referência dos usuários, acompanham rotineiramente as barreiras de acesso aos demais níveis (ALMEIDA, 2018). Longos tempos de espera às atenções especializadas e hospitalares são um problema mundial, agravado pela COVID-19, e que ameaçam a legitimidade dos sistemas públicos de saúde (EBBEVI *et al.*, 2021), sendo necessário medidas para mitigá-los. As dificuldades para o agendamento de determinadas consultas e demora na realização de exames exacerbam a descrença na APS como centro do sistema de saúde e justificam as tentativas de enfraquecê-la, inclusive propondo outras formas de acesso de primeiro contato ao SUS (CAMPOS *et al.*, 2014), como por exemplo, a proposição de planos de saúde de baixa cobertura. Nesse sentido, a coordenação de casos pela APS teria também, como um de seus objetivos, estreitar as relações com os serviços e profissionais responsáveis pela retaguarda terapêutica com vistas a viabilizar o acesso mais rápido e oportuno aos procedimentos diagnósticos (CAMPOS *et al.*, 2014).

Em relação aos fatores profissionais, os resultados ratificam a confiança dos médicos da APS nas habilidades clínicas dos especialistas, assim como a necessidade de colaboração, sendo este mais um aspecto positivo e passível de intervenção. As supervisões de área no município de Niterói, reconhecidas na facilitação das relações entre médicos da APS e da AE, eram formadas por equipes de apoio ao PMF composta por um grupo de especialistas de clínica médica, pediatria, ginecologia, sanitarista, enfermagem, serviço social, saúde mental e odontologia que, entre outras funções, objetivava garantir maior resolutividade na APS, bem como facilitar o acesso à retaguarda terapêutica para casos mais complexos. O mesmo caso não foi percebido em relação às direções das policlínicas especializadas regionalizadas em relação aos esforços de coordenação.

A partir de 2022, após a assunção da FeSaúde na gestão do PMF, as equipes de supervisão foram substituídas por equipes de NASF-AB composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, deixando de existir as figuras do odontólogo e do enfermeiro nesse grupo. Tais equipes se integram à equipe do Núcleo Estratégico de Atenção à Saúde (NEAT), que conta ainda com Responsáveis Técnicos (RT) médico e farmacêutico. Outra mudança importante é a figura do enfermeiro líder em cada unidade do PMF. Este profissional é o RT de enfermagem da unidade e compartilha uma

agenda dividida entre assistência e gestão dos profissionais. De toda forma, cabe avaliar se tais mudanças implicarão melhorias na coordenação do cuidado, como parece ser o caso das antigas equipes de supervisão.

Quanto ao conhecimento e ao uso dos mecanismos de coordenação, os resultados ratificam os achados de estudos que indicam ser alto o envio da referência pelos médicos da APS, e residual o recebimento da contrarreferência (ALMEIDA *et al.*, 2010; VARGAS *et al.*, 2015; MENDES; ALMEIDA, 2020), que, além do mais, quando enviada, não é recebida em tempo oportuno, sinalizando problemas de quantidade e qualidade. Cabe ressaltar que o pedido de referência, em geral, é um documento obrigatório para que o procedimento seja agendado nas UBS (VARGAS *et al.*, 2015) e que, em relação ao conteúdo da informação, os resultados indicam que se presta à descrição da suspeita diagnóstica e pedido de avaliação clínica, assim como tratamento e exames, sendo pouco frequente o registro de outros aspectos da história dos usuários.

Também é importante ressaltar que parte importante dos entrevistados reportou ser a referência conduzida pelo usuário. Embora, no município, a maioria dos procedimentos seja agendada na própria UBS, alguns agravos específicos, como câncer, tinham a marcação realizada presencialmente, de modo centralizado em centrais de regulação específica. Todavia, argumenta-se que, em todos os casos, o agendamento deva ser garantido na própria UBS, principalmente em territórios cujo deslocamento pode representar uma barreira de acesso, assim como um fator que dificulta o acompanhamento e monitoramento dos tempos de espera pela equipe de APS (ALMEIDA *et al.*, 2021). Esse cenário também sofreu mudança recente com a entrada da FeSaúde, com a possibilidade de agendamento de consultas e exames de média e alta complexidade nas unidades do PMF.

Os médicos da APS ratificam a percepção de falta de conhecimento pelos pares em relação a sua função na RAS e o desconhecimento da necessidade de acompanhamento longitudinal nos territórios, problemas identificados por vários estudos e que expressam, de certo modo, que a APS ainda não ocupa a “direção do sistema de saúde” (SALTMAN *et al.*, 2007). 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 desenvolvida (MENDES e ALMEIDA, 2020).

Dessa forma, destaca-se a alta frequência de recebimento do resumo de alta, indicando que esse instrumento parece estar institucionalizado na atenção hospitalar, assim como encontrado em outras realidades (COSTA *et al.*, 2020; LÓPEZ-VÁZQUEZ *et al.*, 2021). Esse parece ser um achado relevante na medida em que, mesmo em uma rede que não

conta com prontuários integrados e informatizados, e na qual o usuário é o principal responsável pelo trânsito de informação clínica, o resumo de alta parece ser um instrumento acessível aos profissionais da APS para o acompanhamento pós-internação. Não menos importante é ressaltar que o resumo de alta parece ser recebido em tempo oportuno para a tomada de decisão, aspecto crucial para a garantia da qualidade do cuidado. Ainda assim, como a condução depende do usuário, o extravio ou esquecimento (ainda que em menor proporção que a contrarreferência) representa o principal motivo do não acesso ao documento na APS. É interessante destacar que o mesmo padrão de utilização não é observado em relação aos serviços de AE (no que se refere à contrarreferência) que atuam no mesmo espaço regional, como no caso analisado, e que, com frequência, compartilham o cuidado, sobretudo, de usuários com comorbidades.

Em relação aos telefones institucionais, não foram reportados por todos os médicos. Durante a pandemia de COVID-19, observou-se o uso intensivo de telefones para acompanhamento dos usuários, o que aponta necessidade de se estender o acesso à telefonia celular e internet aos profissionais de saúde (MEDINA *et al.*, 2020). Nesse sentido, parecem mais adequados investimentos gerenciais para que os profissionais tenham dispositivos móveis institucionais com planos de dados como parte de seu instrumental de trabalho.

Os protocolos do Ministério da Saúde ou do município eram conhecidos, utilizados e seguidos sem dificuldades pela maioria dos médicos da APS. A padronização das condutas, melhor manejo clínico estiveram entre os motivos da utilização, além de representarem uma estratégia de atualização. Ainda que em menor proporção, os resultados indicam maior uso para alguns agravos específicos e casos complexos, talvez em detrimento daqueles mais comuns no cotidiano da APS. Não menos importante é a indicação sobre a necessidade de capacitação para utilização dos protocolos. Nesse sentido, é preciso considerar que somente a divulgação de diretrizes não é suficiente para a implementação, uma vez que a mudança de práticas pode exigir atividades de apoio mais abrangentes e adaptadas às características dos prestadores, considerando-se potenciais barreiras para sua execução e necessidade de adaptações (EBBEVI *et al.*, 2020).

No caso estudado, todos os vínculos eram precarizados ou temporários, e pequena parte dos médicos cumpria as 40 horas nas equipes de Saúde da Família, fatores que minimizam as possibilidades de coordenação. A instituição de vínculos mais estáveis com contratos permanentes, entre outros fatores, está associada a experiências mais positivas de coordenação (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014; MENDES; ALMEIDA, 2021). A manutenção de vínculos concomitantes com a rede privada era praticada por quase metade

dos médicos da APS. É prática comum que os médicos atuem simultaneamente em serviços públicos e privados, sendo identificados efeitos na equidade, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde (GARCÍA-PRADO; GONZÁLEZ, 2007). Não há consenso se a prática dual deve ser regulamentada e quais as intervenções políticas evitaria consequências adversas. Assim, as medidas vão da proibição total ou parcial; permissão da prática dual, associada a políticas e mecanismos de incentivo para mitigar possíveis consequências adversas; aumento dos salários, subsídios ou benefícios para trabalho no setor público; e mesmo regulamentação da prática privada de médicos ao interior de instalações públicas (GARCÍA-PRADO; GONZÁLEZ, 2007), sendo que nenhum desses mecanismos regulatórios são observados no país.

Quanto às características organizacionais, a colaboração é dificultada pela ausência de recursos fiscais, materiais e espaciais adequados, o que exige o máximo aproveitamento daqueles existentes como, por exemplo, garantia de tempo para trabalhar em colaboração (VALAITIS *et al.*, 2018). Os resultados mostraram que o tempo durante as consultas para ações de coordenação não era suficiente, o que sinaliza, de algum modo, que tais ações não são reconhecidas como processo de trabalho.

Não havia limites para o número de referências. Contudo, como os próprios entrevistados indicaram que eram longos os tempos de espera para a AE, problema frequente nos sistemas universais (CONILL *et al.*, 2011) e, ao mesmo tempo, multideterminado: vazios assistenciais na AE de médicos e serviços, baixa resolutividade da APS com referências inadequadas, problemas relacionados com troca e registro de informações clínicas, entre outros (CONILL *et al.*, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2018; CRUZ *et al.*, 2022). Nesse sentido, o monitoramento da qualidade das referências também é um tema pendente de ações gerenciais e que poderia fazer parte de processos de Educação Permanente e de discussões conjuntas entre os principais envolvidos – médicos da AE e da APS.

Os fatores atitudinais apresentaram resultados que devem ser interpretados à luz dos processos de mudança da gestão da APS no município e da pandemia de COVID-19. Talvez como reflexo dos vínculos precários ou temporários, a maioria se mostrava insatisfeita com o trabalho, fator que se associa à percepção de coordenação (GALLEGO-ARDILA *et al.*, 2019); e percentual também expressivo indicava pretensão de mudança de trabalho. Contudo, ao contrário de outros estudos (MENDES *et al.*, 2021), cerca da metade relatou satisfação com o salário, o que também se associa à percepção de melhor coordenação (VARGAS *et al.*, 2017). Tais resultados parecem demonstrar que os fatores que influenciam a retenção e a

satisfação dos profissionais de saúde são multideterminados, e não apenas dependentes da remuneração financeira.

Como limitação do estudo, não foram realizadas associações entre experiências e percepções sobre coordenação e fatores organizacionais, laborais e relacionais, atendo-se à descrição e à análise minuciosa da experiência de médicos da APS acerca de práticas de coordenação. Embora as perdas tenham sido expressivas, 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. A esse contexto, soma-se a realização do estudo em momento pandêmico. A investigação também não abrangeu outros atores (como gestores e usuários) e fontes de informação que pudessem precisar a implementação e a utilização dos mecanismos de coordenação na RAS, como, por exemplo, monitoramento do percentual de referências realizadas e contrarreferências recebidas, disponibilização de protocolos clínicos pelo município, entre outras. Futuros estudos poderiam ser realizados para aprofundar a temática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, considera-se que a aplicação do questionário COORDENA-BR[®] é de grande valia e pode ser adaptado a outros contextos, sendo capaz, ainda, de ser utilizado para monitorar periodicamente o desempenho da coordenação clínica nos serviços de saúde.

Entre os problemas identificados, encontra-se a falta de comunicação direta entre os médicos da APS e da AE para fazer recomendações, tirar dúvidas e estabelecer planos de tratamento compartilhados, além da acessibilidade limitada entre os níveis de atenção. Ficou evidente que, para que a coordenação do cuidado possa ocorrer, é imprescindível a implementação de mecanismos baseados em processos de ajuste mútuo. Faz-se necessário alargar os mecanismos existentes ou mesmo implementar novos que valorizem o *feedback* entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, como a implantação de prontuário eletrônico integrado, reuniões periódicas e a existência de uma coordenação regionalizada, responsável por todos os equipamentos públicos, para gerenciar e provocar que os processos de integração aconteçam de fato, ao envolver, também, as direções dos serviços especializados.

Durante a realização do trabalho de campo, pude observar a falta de institucionalização das poucas estratégias de coordenação existentes, ficando estas no campo pessoal e se desintegrando com a saída de algum profissional. Percebi que as relações são estabelecidas pela “boa vontade” dos dirigentes de cada instituição, deixando os processos soltos e desintegrados. Também é importante garantir que os mecanismos sejam adequadamente projetados para permitir seu uso, como o reconhecimento da necessidade de internet, telefones móveis, disponibilização de contatos dos serviços e profissionais de referência, bem como o contato com usuários que necessitam de cuidados continuados.

Por fim, nossos resultados reafirmam a necessidade de implementação de ações que fomentem o desejo e a utilização de estratégias colaborativas. Embora devam ser um compromisso assumido pelas gestões do SUS, carecem da participação e envolvimento dos profissionais. Muitas são as estratégias possíveis: definição de metas/indicadores de coordenação associados a mecanismos de pagamento por desempenho; *feedbacks*; avaliação de casos por pares; contatos telefônicos ou via WhatsApp – ou aplicativos criados para tal – para casos complexos e urgentes promovidos pela gestão, de forma institucionalizada e reconhecida como parte do processo de trabalho; institucionalização da contrarreferência (ainda que escrita) com sensibilização dos profissionais e direções dos serviços de AE; apoio administrativo nas unidades de saúde para ações de coordenação (como para monitoramento

dos usuários encaminhados, dos tempos de espera etc.); reuniões conjuntas com metodologias reflexivas; educação permanente também para os profissionais dos demais níveis para que reconheçam e possam operar o trabalho em redes na interface com a APS; além da insubstituível e urgente informatização da rede.

De forma alguma se pretende esgotar as inúmeras possibilidades nem minimizar a complexidade dos fatores que atravessam a coordenação, decorrentes do modelo de formação disciplinar que pouco fomenta a colaboração e fragmenta o cuidado, além dos vazios assistenciais que submetem os usuários a extensas e solitárias trajetórias assistenciais. O que se pretendeu aqui é um abandono da inércia e ao discurso da “falta de coordenação”. As ações de ajuste ou acomodação mútua situam-se, muitas vezes, no campo das tecnologias leves, que podem ser implementadas gradativamente, a partir de experiências-piloto, avaliadas, aperfeiçoadas e ampliadas.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, T. L. *et al.* The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. **J Interprof Care**, London, v. 28, n. 4, p. 339-44, 2014.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.
- AKBARI, A. *et al.*, Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. **Cochrane Database Syst Rev.**, [s. l.], n. 4, p. CD005471, 2005.
- ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, H. B. *et al.* As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. e00022020, 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* **Coordenação do cuidado e APS nas redes e regiões**. [S. l.: s. n.], 2018a. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Almeida-Medina-Fausto-Giovanella-et-al-Coordenacaodocuidado2018-1.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018b. Edição especial.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica.**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>. Acesso em: 4 out. 2018.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012.
- ARAUJO, M. C. M. H, *et al.* O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 3359-3370, 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Em defesa da Atenção Primária à Saúde forte e abrangente, coração do Sistema Único de Saúde – Atualizando a agenda da APS**. [S. l.]: Abrasco, 2019. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/b74adf494bc494eeda56abb5d84426870715586b.PDF>. Acesso em: 19 set. 2022.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Uerj, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc**, [s. l.], v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à educação interprofissional**. Fareham: Caipe, 2013.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Rev Kairós**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. *In*: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W (ed.). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press 2007. p. 3-21.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica – e-Gestor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 19 set. 2022.

BRITO, G. E. G. *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2495-2508, 2022.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014. Número especial.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: CIHC. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:** contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CCF, 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Intégration des soins: dimensions et mise em oeuvre. **Ruptures**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Charo_Rodriguez/publication/251783304_Integration_des_soins_Dimensions_et_mise_en_oeuvre/. Acesso em: 3 out. 2020.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. **Texto Contexto – Enferm**, [s. l.], v. 29, p. e20180332.

COSTA, M. V. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

CRUZ, M. J. B, *et al.* Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. e00088121, 2022.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, 2017.

DIAS, I. M. A. V. *et al.* A tutoria no processo de ensino aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-67, 2016.

DOW, A. W. *et al.* Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. **J Interprof Care**, London, v. 31, n. 6, p. 677-678, 2017.

EBBEVI, D. *et al.* Challenges to ensuring valid and useful waiting time monitoring – a qualitative study in Swedish specialist care. **BMC Health Serv Res**, [s. l.], v. 21, n. 1024, 2021.

ESTEVE-MATALÍ, L. *et al.* Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). **BMC Fam Prac**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1-14, 2020.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 13-33, 2014. Edição especial.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo (SP): Paz e Terra, 1996.

GALLEGO-ARDILA, A. D. *et al.* Care coordination in two of Bogota's public healthcare networks: a cross-sectional study among doctors. **Int J Care Coord**, [s. l.], v. 22, n. 3-4, p. 127-137, 2019.

GARCÍA-PRADO, A.; GONZÁLEZ P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. **Health Policy**, [s. l.], v. 84, n. 2-3, p. 142-152, 2007.

GIOVANELLA, L. *et al.* Visão geral da atenção primária à saúde na América do Sul: concepções, componentes e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 301-322, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GOCAN, S.; LAPLANTE, M. A.; WOODEND, K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. **J Res Interprof Pract Educ**, Canada, v. 3, n. 3, p. 1-19, 2014.

GUERRA, S, *et al.* Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2022, vol. 38, p. e00262921.

HAGGERTY, J. L.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P. Grupo de consenso sobre un marco de evaluación de la atención primaria en américa latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 5, 2009, p. 377-84.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. Acesso em: 3 out. 2018.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. 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*: **Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100010>. Acesso em: 28 set. 2022.

JESUS, R. P. F. S. *et al.* Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 423-434, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0026>. Acesso em: 01 jun. 2021.

KRINGOS, D. S. *et al.* (ed.). **Building primary care in a changing Europe**. Geneva: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.

MACHADO, G. A. B, *et al.* Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, 2021.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, 2014.

MCDONALD, J. *et al.* Results from the first intensive dating program for pigment art in the Australian arid zone: insights into recent social complexity. **Journal of Archaeological Science**, [s. l.], v. 46, p. 195e204, 2014.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020, p. e00149720.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, E. V. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. In: BARROS, F. P. C. (org.). **CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2018. p. 92-105.

MENDES, L. S. *et al.* Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. e00149520, 2021.

MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 121, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100290&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 abr. 2021.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: SOUZA, C. A.; MORALES, O. E. T. (org.). **Coleção mídias contemporâneas: convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens**. Ponta Grossa (PR): Foca Foto/Proex/UEPG, 2015. p. 15-33.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, DC: WHO, 2005.

OVRETVEIT, J. **Does clinical coordination improve quality and save money?** London (UK): Health Foundation; 2011. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>. Acesso em: 2 fev. 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, 1535-1547, 2018. Suplemento 2.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020.

SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W (ed.). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press 2007. p. 3-21.

SAMICO, I. C. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00119318, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00119318>. Acesso em: 21 jun 2021.

SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination:** health system and patient perspectives. London: LSE Health; 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária** – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS LORENZO, I.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

VALAITIS, R.; MEAGHER-STEWART, D.; MARTIN-MISENER, R. *et al.* Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. **BMC Health Serv Res**, [s. l.], v. 18, n.1, p. 420, 2018.

VARGAS, I. *et al.* 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**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 736-748, 2016.

VARGAS, I. *et al.* 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**, [s. l.], v. 15, n. 213, 2015.

VÁZQUEZ, M-L *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**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. e0261604, 2022.

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. *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**, [s. l.], v. 182, p. 10-19, 2017.

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. *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**, [s. l.], v. 5, n. 7, p. e007037, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Now more than ever. Geneva: WHO, 2008. The World Health Report 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário COORDENA-BR

QUESTIONÁRIO DE ARTICULAÇÃO/COORDENAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO: COORDENA-BR

INFORMAÇÕES GERAIS

O Instituto de Saúde Coletiva – UFF e o PROFSAÚDE, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, está realizando um estudo para analisar a articulação do cuidado entre os níveis de atenção na rede de serviços de saúde desse município.

Como parte deste estudo, está sendo realizada uma pesquisa para saber a opinião dos médicos de diferentes níveis da atenção da rede, considerando médicos do Programa Médico de Família e Policlínicas Regionais do SUS.

As informações fornecidas por você serão muito importantes porque vão identificar os problemas de articulação da atenção existentes e propor mudanças para melhorar o atendimento ao paciente. Os resultados do estudo serão relatados posteriormente, mas serão processados de forma agregada para garantir a sua confidencialidade.

As pessoas que utilizarão essas informações respeitam a lei da confidencialidade*. As informações não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades que as mencionadas anteriormente. Nesse sentido, asseguramos também a proteção da identidade do entrevistado.

** Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde*

Agradecemos a sua colaboração.

DADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Entrevistador/a: _____

Data: ____/____/____

Hora do início: ____: ____

Local da entrevista: (1) Unidade de trabalho (2) Residência Outro, qual? _____

Programa Médico de Família / Policlínica Regional onde trabalha o entrevistado

Qual é o trabalho que você desenvolve neste centro?

- (1) Médico da atenção básica / Médico de saúde da família.
- (2) Médico do ambulatório de outras especialidades.

1. ESCALA SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

* Responda segundo sua experiência habitual em relação a seu trabalho na rede de serviços (Niterói – Rio de Janeiro)

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

ARTICULAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS – ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO							
<i>* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.</i>	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muito poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
1.13 Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta?							
1.14 Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da atenção básica, espera muito tempo até o dia da consulta?							
OPINIÃO GERAL SOBRE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO							
1.15 Você acredita que a atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas na rede é articulada?							

2. FATORES DOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO								
<i>* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: sempre, muitas vezes, às vezes, muito poucas vezes ou nunca.</i>	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muito poucas vezes</i>	<i>Nunca</i>	<i>NA</i>	<i>NS</i>	<i>NR</i>
2.1 O profissional da equipe de supervisão ou o coordenador de área facilita a articulação entre os médicos da atenção básica e os especialistas?								
2.2 Os diretores das policlínicas facilitam a articulação entre os médicos da atenção básica e os especialistas?								
2.3 Sua relação profissional com os médicos do outro nível de atenção da rede é boa?								
2.4 Você conhece pessoalmente os médicos do outro nível de atenção que atendem os pacientes que você trata?								
2.5 Você confia nas habilidades clínicas dos médicos de outro nível que atendem os pacientes que você trata?								
2.6 Os médicos da atenção básica e especialistas, incluindo você, precisam colaborar entre si para dar ao paciente a atenção que ele precisa?								

3. CONHECIMENTO E USO DOS MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO			
<i>* Responda segundo sua experiência na sua rede de serviços (Niterói – Rio de Janeiro)</i>			
Quais os mecanismos ou ferramentas de articulação entre níveis de atenção existem na sua rede de serviços (Niterói – Rio de Janeiro)? LER PERGUNTAS.			
3.1 Formulário de referência e contrarreferência?	(1) Sim → seção 4	(2) Não	(98) NS/NR
3.2 Resumo de alta hospitalar?	(1) Sim → seção 5	(2) Não	(98) NS/NR
3.3 Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados entre os níveis assistenciais?	(1) Sim → seção 6	(2) Não	(98) NS/NR
3.4 Sessões clínicas conjuntas de médicos da atenção básica e especialistas?	(1) Sim → seção 7	(2) Não	(98) NS/NR
3.5 Telefone institucional?	(1) Sim	(2) Não	(98) NS/NR
3.6 Outros, quais? _____			

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

4. FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

* Responda segundo a sua experiência de utilização do documento de referência e contrarreferência na Rede (Niterói – Rio de Janeiro).

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

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

4.2 Para que os utiliza?

4.3 Como são enviados os formulários de referência e contrarreferência?

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

4.4 Quando atende um paciente encaminhado por um médico do outro nível, com que frequência recebe um formulário de referência (se for especialista) ou contrarreferência (se for médico da atenção básica)?

LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Sempre → p. 4.6 (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR → p. 4.6

4.5 Por que acha que não os recebe sempre?

→ Se respondeu *nunca* na pergunta 4.4, pular para a pergunta 4.10

4.6 Como recebe os formulários de referência e contrarreferência?

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

4.7 Que informações recebe habitualmente no formulário de contrarreferência (se for médico da atenção básica) ou referência (se for especialista)? RESPOSTA MÚLTIPLA.

(1) História clínica do paciente (2) Motivo de referência (3) Diagnóstico
 (4) Tratamentos (5) Exames (6) Dados de identificação pessoal
 (7) Nenhuma (98) NS / NR _____
 Outras, quais? _____

→ Para médicos da atenção básica

4.8 A informação recebida na contrarreferência responde ao motivo da referência? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

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

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

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

→ Para todos

4.10 Detecta dificuldades na utilização do formulário de referência ou contrarreferência?

(1) Sim (2) Não → seção seguinte (98) NS/NR → seção seguinte

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

5 RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

* Responda segundo sua experiência de utilização do resumo de alta hospitalar na rede (Niterói – Rio de Janeiro)

5.1 Para que é utilizado o resumo de alta hospitalar?

→ Para médicos da atenção básica

5.2 Com que frequência recebe um resumo de alta hospitalar? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

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

5.3 Por que você acha que não os recebe sempre?

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

5.4 Como recebe o resumo de alta hospitalar?

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

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

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

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

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

→ Para médicos especialistas que fazem atendimento aos pacientes hospitalizados

5.7 Com que frequência envia um resumo de alta hospitalar? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

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

5.8 Como envia o resumo de alta hospitalar?

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

→ Todos

5.9 Detecta dificuldades na utilização do resumo de alta hospitalar?

(1) Sim (2) Não → seção seguinte (98) NS/NR → seção seguinte

5.10 Quais as dificuldades?

→ Apenas para os que responderam à questão 3.3 que existem Protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção.

6. PROTOCOLOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COMPARTILHADOS PELOS NÍVEIS DE ATENÇÃO

* Responda segundo sua experiência com o uso de protocolos do ministério da saúde compartilhados pelos níveis de atenção na Rede (Niterói – Rio de Janeiro).

6.1 Para que se utilizam os protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?

6.2 Quais você usa?

→ Se respondeu *nenhum*, pular para a pergunta 6.4

6.3 Você segue as recomendações dos Protocolos do Ministério de Saúde compartilhados pelos níveis de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

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

6.4 Detecta dificuldades na utilização dos protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?

(1) Sim (2) Não → p. 6.6 (98) NS/NR → p. 6.6

6.5 Quais as dificuldades?

6.6 Você acha que os protocolos foram elaborados levando em conta o ponto de vista dos médicos dos distintos níveis de atenção? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

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

6.7 Você já participou alguma vez de uma capacitação sobre o uso dos protocolos do Ministério da Saúde compartilhados pelos níveis de atenção?

(1) Sim (2) Não (98) NS/NR

→ Apenas para os que responderam à questão 3.4 que sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas são realizadas.

7. SESSÕES CLÍNICAS CONJUNTAS ENTRE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALISTAS

* Responda segundo sua experiência com as sessões clínicas conjuntas em que participam médicos de atenção básica e especialistas da rede (Niterói – Rio de Janeiro).

7.1 Para que são realizadas sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?

7.2 Com quais especialidades?

7.3 A instituição lhe proporciona tempo para participar das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?

(1) Sim (2) Às vezes (3) Não → p. 7.5 (4) Não se realizam com minha especialidade → p. 7.9 (98) NS/NR

7.4 Você acha o tempo suficiente?

(1) Sim (2) Não (98) NS/NR

7.5 Onde são realizadas? RESPOSTA MÚLTIPLA

(1) Unidade de atenção básica (2) Unidade especializada (3) Unidade hospitalar (98) NS/NR
Outros, quais? _____

7.6 Qual é o conteúdo das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?

7.7 O que você acha do conteúdo? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

(1) Muito adequado (2) Adequado (3) Indiferente (4) Pouco adequado (5) Nada adequado (98) NS/NR

7.8 Com que frequência participa das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas? LER OPÇÕES DE RESPOSTA

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

7.9 Detecta dificuldades na realização das sessões clínicas conjuntas entre médicos da atenção básica e especialistas?

(1) Sim (2) Não → seção seguinte (98) NS/NR → seção seguinte

7.10 Quais as dificuldades?

→ Para todos

8 OUTROS MECANISMOS: TELEFONE, BILHETE / RECADO

8.1 Utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? *LER OPÇÕES DE RESPOSTA. RESPOSTA MÚLTIPLA*

(1) Sim, o institucional (2) Sim, o pessoal (3) Não → p. 8.3 (98) NS/NR → p. 8.3

8.2 Com que frequência utiliza o telefone para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? *LER OPÇÕES DE RESPOSTA*

(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Com menor frequência (98) NS/NR

8.3 Utiliza bilhetes para tratar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? *LER OPÇÕES DE RESPOSTA*

(1) Sim (3) Não → p. 9.1 (98) NS/NR → p. 9.1

8.4 Com que frequência utiliza bilhetes para consultar temas do atendimento prestado ao paciente com médicos de outro nível de atenção? *LER OPÇÕES DE RESPOSTA*

(1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Com menor frequência (98) NS/NR

8.5 Por que os utiliza?

9. SUGESTÃO PARA MELHORIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

9.1. O que você propõe para melhorar a articulação da atenção entre os médicos da atenção básica e os especialistas da rede?

10. FATORES ORGANIZACIONAIS RELACIONADOS COM A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

10.1 Quantos pacientes, em média, você atende por hora de trabalho? _____ pacientes
10.2 Você dispõe de quanto tempo, em média, por consulta? _____ minutos
10.3 Você acha que o tempo de consulta que pode dedicar para a articulação clínica (preencher formulários de referência ou contrarreferência, revisar protocolos do Ministério de Saúde em caso de dúvida) é suficiente? <i>LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i> (1) Sempre (2) Muitas vezes (3) Às vezes (4) Muito poucas vezes (5) Nunca (98) NS/NR
10.4 Há quanto tempo começou a trabalhar nesta unidade? _____ anos _____ meses _____ meses
10.5 Qual é o seu vínculo com esta instituição? <i>RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i> (1) Contrato por prazo determinado (2) Emprego público/estatutário (3) Emprego público/Celetista (4) Cargo Comissionado (5) Contrato por tempo indeterminado (6) PROVAB (7) MAIS MÉDICOS (8) Residente (98) NS/NR Outro, qual? _____
10.6 Como se dá sua remuneração nesta instituição? <i>RESPOSTA MULTIPLA. LER OPÇÕES DE RESPOSTA.</i> (1) Assalariado (2) Por produtividade (3) Bolsista (98) NR/NS
10.7 Quantas horas trabalha por semana nesta unidade? _____ horas
10.8 Complementa seu trabalho na rede pública com a atenção privada (fora do SUS)? (1) Sim (2) Não (98) NS/NR
10.9 Sua instituição supervisiona ou avalia regularmente a sua atividade clínica? (1) Sim (2) Não → p. 10.10 (98) NS/NR → p. 10.10
10.9.1 Como é feita?
10.9.2 Você conhece os resultados da avaliação ou supervisão de atividade clínica? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (98) NS/NR
10.10 Sua instituição limita o número de encaminhamentos que pode realizar? (1) Sim (2) Não (98) NS/NR
* Avalie as seguintes afirmações empregando as categorias: concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente
10.11 Você pretende mudar de trabalho nos próximos 6 meses. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR
10.12 Você recebe um bom salário por seu trabalho. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR
10.13 Você está satisfeito/a com seu trabalho. (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) não concordo nem discordo (4) Discordo (5) Discordo totalmente (98) NS/NR

11 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS

11.1 Anotar sexo: (1) Masculino (2) Feminino (98) NS/NR
11.2 Data de nascimento _____ / _____ / _____
11.3 País de nascimento
11.4 Formação (especialidade)

12 PREENCHER DEPOIS DA ENTREVISTA**Você teria interesse em receber os resultados do estudo?**

- (1) Sim → ANOTE OS DADOS DE CONTATO NO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (e-mail, telefone)
- (2) Não

Existe algum comentário adicional que queira fazer sobre a entrevista?**12.1 Hora de finalização:** _____: _____**12.2 Como foi a colaboração do entrevistado?**

- (1) Boa (2) Regular (3) Ruim

12.3 Como foi a compreensão das perguntas?

- (1) Boa (2) Regular (3) Ruim

Observações gerais do entrevistador

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA MÉDICOS****Dados de identificação**

Título do Projeto: “Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói”

Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável (coordenadora do projeto): Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal Fluminense

Contato da Pesquisadora: telefone (21) 97951-7071 – e-mail: pattyfidelis@id.uff.br

Nome completo do Participante (em LETRA LEGÍVEL):

APRESENTAÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói**”, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Esta pesquisa foi contemplada pelo Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados, parceria da Prefeitura Municipal de Niterói-RJ, Universidade Federal Fluminense e Fundação Euclides da Cunha (FEC).

Este termo atende à Resolução nº 466/2012 e à Resolução nº 510/2016, e destina-se a esclarecer o(a) Sr.(a) sobre os objetivos da pesquisa, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a coordenação do cuidado a partir da experiência de médicos da Atenção Básica e da Atenção Especializada que atuam na rede de serviços de saúde de Niterói. A coordenação do cuidado tem capacidade de promover ajustes que favoreçam uma atenção mais integrada, resolutiva, com mais qualidade e menos onerosa, que promova nos usuários a percepção de continuidade da atenção recebida. Assim, a sua participação será de extrema importância, pois colaborará para aprimorar o conhecimento sobre o tema e fornecer subsídios para o planejamento de ações que busquem favorecer melhor coordenação entre Atenção Básica e Atenção Especializada.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Para realização desta pesquisa, serão realizadas entrevistas com médicos Atenção Básica e da Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde de Niterói-RJ que atuam nas Unidades do Programa Médico de Família nos serviços especializados que recebem referências do PMF como as Policlínicas Regionais e Policlínicas de Especialidades.

Sua participação como médico da atenção básica ou da atenção especializada consistirá em responder, por meio de realização de entrevista, a um questionário estruturado – COORDENA-BR[®] – que busca compreender a visão dos profissionais em relação à coordenação clínica do cuidado e ao conhecimento e uso dos mecanismos de articulação entre níveis de assistência.

O(A) Sr.(a) levará aproximadamente 25 minutos para responder a este questionário. A entrevista ocorrerá em local e horário previamente acordados com o(a) Sr.(a) e será gravada em voz (não será gravada em imagem), mas garantiremos seu sigilo. A gravação será apagada depois que as entrevistas foram transcritas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações sobre sua atividade laboral ou constrangimento em responder a alguma pergunta. Nesse caso, o(a) Sr.(a) poderá desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso deseje, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

A fim de reduzir os desconfortos e riscos que este estudo possa gerar, o(a) pesquisador(a) se compromete a esclarecer previamente a proposta do estudo, e se disponibiliza para atender às dúvidas existentes sobre quaisquer aspectos do projeto, estando o(a) Sr.(a) livre para participar ou recusar-se a participar.

Sua participação é importante e contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação clínica entre níveis no município de Niterói-RJ e os resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS locorregional e brasileiro, sendo este o principal benefício.

Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação neste projeto não trará nenhum prejuízo previsível para o(a) Sr.(a), com exceção do possível desconforto descrito acima.

SIGILO DAS INFORMAÇÕES E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:

Os dados advindos deste projeto serão mantidos em sigilo e utilizados para fins acadêmicos. O(a) Sr.(a) não será identificado pelo seu nome nem pelas suas iniciais – serão usados padrões profissionais de sigilo, com letras do alfabeto e números, e não descrevendo os locais e posições específicas ocupadas pelos participantes. As informações obtidas na pesquisa serão confidenciais e permanecerão guardadas pelos pesquisadores (por cinco anos), sob responsabilidade da pesquisadora-responsável, sendo que as gravações realizadas serão apagadas após a sua transcrição.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em trabalhos acadêmicos e relatórios de pesquisa feitos por alunos e professores da UFF, sem identificar a sua participação ou qualquer outra informação que permita identificá-lo(a).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO:

Se ainda tiver alguma pergunta sobre esta pesquisa, sinta-se à vontade para esclarecer todas as suas dúvidas. Suas perguntas serão respondidas a qualquer momento (antes, durante e após a entrevista), bastando, para isso, entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro. As ligações poderão ser realizadas a cobrar, caso considere importante. Contato da Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida: telefone celular (21) 97951-7071 – e-mail: pattyfidelis@id.uff.br.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los, e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP-FM/UFF), por e-mail ou telefone, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. E-mail: etica.ret@id.uff.br. Tel/fax: (21) 2629-9189.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Diante dos esclarecimentos, o(a) Sr.(a) tem o direito de analisar se quer ou não participar deste estudo e terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a) ou para sua atuação profissional ou qualquer outra penalização. Sua participação é voluntária.

CONSENTIMENTO:

Este termo de consentimento encontra-se em duas vias: uma será arquivada pela pesquisadora responsável e outra será entregue a(o) Sr.(a).

Eu, _____,
declaro ter sido informado(a) de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em ser participante do projeto de pesquisa “Coordenação e continuidade dos cuidados entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no município de Niterói”. Recebi uma via deste documento, rubricada em todas as páginas assinada por mim e pelo membro da equipe da pesquisa, autorizado(a) pela pesquisadora principal para realizar os procedimentos do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Autorização para gravação de voz das entrevistas: () sim () não

Niterói, _____ de _____ de _____

(Assinatura do participante)

Nome do(a) pesquisador(a) que obteve o consentimento e realizou a entrevista

Assinatura do(a) pesquisador(a) que obteve o consentimento e realizou a entrevista

Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida (pesquisadora responsável)

Rubrica participante: _____ Rubrica pesquisador(a): _____

ARTIGO

COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONHECIMENTO, USO E CAMINHOS PARA MELHORIA¹

Raphaela Silva Tavares Lacerda – ProfSaúde/ISC/UFF; Patty Fidelis de Almeida – ProfSaúde/ISC/UFF

RESUMO

O objetivo é compreender 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 junto a 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, recebimento do resumo de alta hospitalar e uso de protocolos foi recorrente, 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 assumira a coordenação do cuidado no SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Cuidado. Integração de Sistemas. Niterói.

RESUMEN

El objetivo es comprender la experiencia de médicos de Atención Primaria en Salud (APS) en cuanto al conocimiento, uso y reflexiones para mejorar la coordinación del cuidado. Se realizó estudio transversal utilizando COORDENA-BR con médicos de APS en Niterói/RJ/BR. Los profesionales reconocieron la importancia de la coordinación, aunque no ocurriera, y confiaron en las habilidades clínicas de médicos de Atención Especializada (AE). No había indicios de seguimiento y reconocimiento de la centralidad de la APS por la AE. El envío de la referencia,

¹ Artigo submetido a periódico científico, encontra-se em processo de avaliação.

recepción del resumen de alta hospitalaria y uso de protocolos fue recurrente, no la recepción de contrarreferencia. No había sesiones clínicas compartidas. Los médicos de la APS no consultaron a especialistas para aclarar dudas. Los resultados expresan falta de condiciones tecnológicas, organizativas y de valores para que la APS asuma la coordinación de cuidados en el SUS.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud. Coordinación del Cuidado. Integración de sistemas. Niterói.

ABSTRACT

The objective is to understand the experience of Primary Health Care (PHC) doctors regarding knowledge, use and reflections to improve care coordination. A cross-sectional study was carried out using COORDENA-BR with PHC doctors in Niterói/RJ/BR. The professionals recognized the importance of coordination, even if it did not occur, and they trusted the clinical skills of the Specialized Care (SC) physicians. There was no indication of follow-up and acknowledgment of the centrality of the PHC by the SC peers. Sending the reference, receiving the summary of hospital discharge and use of protocols was recurrent, not receiving the counter-reference. There were no shared clinical sessions and the PHC doctors did not consult specialists to clarify doubts. The results express the lack of technological, organizational and values conditions for the PHC to assume the coordination of care in the SUS.

Keywords: Primary Health Care. Care Coordination. Systems integration. Niterói.

INTRODUÇÃO

Pessoas portadoras de doenças crônicas e em situação de maior vulnerabilidade social necessitam de mais cuidados e demandam, por vezes, 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 interdependente. Quando desenvolvida - da APS até os pontos de maior densidade tecnológica – a coordenação colabora para que o usuário tenha acesso aos cuidados necessários, em tempo oportuno e de forma contínua, respeitando seus saberes e expectativas², com qualidade aceitável, de forma humanizada, 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 do paciente pelo sistema de saúde, determinando quando precisa ser referenciado, quais conhecimentos devem ser trocados entre os vários serviços e profissionais, o que exige definição de competências e papéis nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Quando um paciente 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. Na medida em que se aprofundam as mudanças na APS, impulsionadas pelo crescente número de pessoas com agravos crônicos sob sua responsabilidade sanitária, ao mesmo tempo, os cuidados tornam-se cada vez mais especializados, amplificando a importância da relação 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, dependentes de uma comunicação eficaz e eficiente, o que é facilitado em sistemas com a função de *gatekeeper* obrigatória⁷, como no caso brasileiro, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A melhoria da integração entre níveis assistenciais além de conduzir a melhores resultados em saúde, também colabora para o fortalecimento da função de *gatekeeping* e padronização dos processos de trabalho⁹. Nesse sentido, a integração e comunicação é um aspecto crucial para o

desenvolvimento da cultura de grupo ao facilitar a criação de um senso comum de atuação ao interior das equipes e de incentivo ao exercício da colaboração interprofissional¹⁰.

O curso seguido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 30 anos, com todos os limites e resultados exitosos, reflete desafios que também são globais, entre os quais a necessidade de coordenação do cuidado. O objetivo deste artigo é compreender a experiência de médicos da APS em relação ao conhecimento, uso e 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 junto a médicos que atuavam no Programa Médico de Família (PMF) nas sete regionais de saúde do município de Niterói/RJ/BR. Foi privilegiada a avaliação da coordenação entre níveis de atenção - APS e AE - na percepção e experiência de médicos da APS a partir da aplicação do instrumento COORDENA-BR® (https://www2.equity-la.eu/upload/seccions/files/COORDENA_BR%202017.pdf)

O cenário de 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 é composta por 43 módulos de PMF, atualmente dentro dos parâmetros de equipes de Saúde da Família, 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Há também 07 Policlínicas Regionais, principal referência de especialidades para a APS, que também operam com equipes básicas que atendem 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, que se baseia 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 instrumento 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 realizadas 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 3 meses na equipe de PMF no mês anterior à realização das entrevistas. A escolha se justificou 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 realizadas 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.

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 encontravam-se em vacância de médicos. No período da coleta, alguns médicos foram contratados, contudo, não incluídos no estudo, por não atenderem ao critério de atuação mínima de 3 meses na equipe.

O modelo teórico para avaliação da coordenação entre níveis assistenciais desenvolvido por Vázquez et al.¹⁴ e Vargas et al.¹⁵. O questionário, que reflete as categorias de análise da coordenação e guiou a apresentação dos resultados, está dividido em 6 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 utilizados 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 respostas. 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: “NNNN”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do NNN, sob parecer nº4.456.756.

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 2 eram estrangeiros. A grande 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, na sua maioria, 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 grande maioria dos médicos da APS (90%) afirmou não trocar informações com os especialistas sobre os atendimentos de pacientes em comum, embora todos considerassem de grande importância (Tabela 2). A totalidade encaminhava os pacientes 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 paciente 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, a maioria 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 (Tabela 2).

Por fim, os médicos da APS não percebiam articulação do cuidado em sua prática profissional (Tabela 2).

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

Dimensões 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	
<i>Consistência/Coerência da atenção entre níveis</i>	
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)
<i>Seguimento do paciente entre níveis</i>	
Especialistas encaminham os pacientes para 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)
<i>Acessibilidade entre níveis de atenção</i>	
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; distância entre o pedido 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 e 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 neste instrumento eram referentes à diagnóstico, tratamento e exames, porém, não recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão (Tabela 4).

A quase totalidade dos médicos da APS reportou também receber o resumo de alta pelo paciente (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 no formulário de alta hospitalar, as mais citadas foram motivo da internação, diagnóstico e tratamento farmacológico.

A quase totalidade dos médicos da APS segue as recomendações dos protocolos e não encontra dificuldades para utilizá-los

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	
<i>Dificuldades para utilização da referência¹</i>	n = 51
Sim	11 (21,5)
Não	39 (76,5)
NS/NR	1 (2,0)
<i>Envio da referência²</i>	n = 38
Pela central de regulação via fluxo desde a UBS	35 (92,1)
Pelo paciente	3 (7,9)
<i>Recebimento da contrarreferência²</i>	n = 37
Pela central de regulação via fluxo desde a UBS	2 (5,4)
Pelo paciente	35 (94,6)
<i>Informações da contrarreferência^{2,3}</i>	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)
<i>A informação da contrarreferência responde ao motivo da referência²</i>	n = 37
Alta	29 (78,4)
Baixa	7 (19,9)
Nunca	1 (2,6)
<i>A contrarreferência é recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão²</i>	n = 37
Alta	14 (37,7)
Baixa	22 (59,6)
Nunca	1 (2,7)
Resumo de alta hospitalar	
<i>Dificuldades para utilização do instrumento¹</i>	n = 50
Sim	12 (24,0)
Não	38 (76,0)
<i>Recebimento do resumo de alta hospitalar²</i>	n = 50
Pelo paciente	50 (100,0)
Outros	
<i>Informações da alta hospitalar^{2,3}</i>	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)
<i>A alta hospitalar é recebida em tempo oportuno para a tomada de decisão²</i>	n = 50
Alta	42 (84,0)
Baixa	6 (12,0)
Nunca	2 (4,0)
Protocolos compartilhados	
<i>Dificuldades para utilização do instrumento¹</i>	n = 47
Sim	6 (12,8)
Não	41 (87,2)
<i>Segue recomendações dos protocolos²</i>	n = 47
Alta	46 (97,9)
Baixa	1 (2,1)
<i>Foram elaborados considerando o ponto de vista dos médicos dos distintos níveis²</i>	n = 47
Alta	35 (74,5)
Baixa	7 (14,9)
Nunca	4 (8,5)
NS/NR	1 (2,1)
<i>Participação em capacitações para utilização dos protocolos compartilhados²</i>	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.

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

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

3 – 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 dificuldades para a utilização dos mecanismos de coordenação, cujas respostas foram agrupadas por meio da análise temática no Quadro 1. Em itálico, foram destacadas 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
<i>Suspeita diagnóstica, clínica, resumo, descrever quadro/história clínica, exames, conduta e solicitação da avaliação do especialista</i>
<i>Para encaminhar para as especialidades e exames que exigem o preenchimento do formulário</i>
<i>Solicitar apoio, conduta clínica, apoio diagnóstico</i>
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
<i>Dificuldade de leitura, legibilidade da letra</i>
<i>Por ser manuscrito, vem com rasura e danos no papel, impressão ruim</i>
<i>Falta de retorno da contrarreferência, só recebe a receita</i>
Muita procura/demanda para pouco profissional
Dificuldade em obter resposta
Motivos para a não utilização da contrarreferência pelos médicos da AE
<i>Não compreende a importância ou como funciona a rede e não acha importante o retorno para o PMF, falta de interação entre os níveis</i>
<i>Sobrecarga e falta de tempo durante a consulta</i>
<i>O médico não tem acesso ao formulário de referência (pois é conduzido pelo paciente) que se perde, o paciente não entrega a contrarreferência na APS</i>
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
<i>Estabelecer e guiar a conduta de acompanhamento clínico e continuidade do tratamento na APS</i>

<i>Motivo da internação, tratamento, medicação, exames realizados, condições da alta e orientação quanto aos cuidados pós-alta</i>
<i>Referências e acompanhamento do quadro do paciente: adaptação da medicação, encaminhamento para especialistas, solicitação de exames de imagens</i>
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
<i>O paciente perde, extravia ou esquece de levar o documento durante o atendimento na APS</i>
O paciente alega não ter recebido
O paciente sai à revelia da internação
Devido a 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
Negligência do profissional e do paciente
Motivos para utilização dos protocolos
<i>Padronização da conduta</i>
<i>Melhor manejo terapêutico, auxiliar na conduta clínica, facilitar o atendimento, orientações para o tratamento e acompanhamento com base em evidências</i>
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.

Em itálico as 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 por meio da análise temática. As mais citadas referiram-se à necessidade de informatização da rede e dos prontuários, somados à sensibilização ou/e 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 da rede quanto à função do PMF na RAS (Quadro 2).

Quadro 2: Sugestão 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	<i>Ter os prontuários interligados seria um sonho... A informatização traria modernização e praticidade...</i>
Sensibilização/capacitação dos médicos AE sobre a importância do envio/preenchimento da contrarreferência	14	<i>Responder a contrarreferência e com letra legível ajudaria demais...</i>
Capacitações do PMF conjuntamente com os outros serviços da rede	7	<i>Capacitações conjuntas com todos da rede proporcionaria um aprendizado enorme...</i>
Sessões clínicas compartilhadas	6	<i>Sessões clínicas para debate de casos clínicos seria enriquecedor...</i>
Atividades conjuntas e interação entre médicos do PMF e AE: encontros, reuniões	6	<i>Atividades para pontuar os erros e os acertos...</i>
Melhorar a comunicação e troca de informações entre os profissionais PMF e AE	6	<i>Criar um meio de troca de informações estreitando os laços...</i>

Sensibilização/capacitação para que o médico AE conheça o funcionamento e a rotina dos médicos do PMF	3	<i>Entender e compreender a nossa realidade...</i>
Supervisão de área e direção AE colaborar na integração	3	<i>Ter apoio de todos os níveis...</i>
Contato por telefone/WhatsApp	2	<i>Estreitar os laços em prol do paciente via telefone...</i>
Agendamento realizado diretamente pelo médico PMF	2	<i>Autonomia para agendamento direto pelo PMF...</i>
Contratação de mais especialistas	1	<i>Deveria ter mais vagas na AE...</i>
Fortalecimento da APS	1	<i>A APS é carente de muita coisa devido ao foco hospitalar...</i>

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

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Este estudo objetiva compreender as experiências e o lugar ocupado pela coordenação do cuidado a partir de um de seus atores-chave – os médicos da APS. Tal atributo, em sinergia com o acesso (porta de entrada), integralidade, longitudinalidade, centralidade na família, territórios e 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 a mesma 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* parece ser 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. Este é um tema a ser aprofundado

por outros estudos com vistas a identificar obstáculos à ampla informatização e conexão das redes em municípios com perfil semelhante.

No caso estudado, cabe indagar 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. Identificam-se dispositivos que podem estimular a comunicação mútua e melhorar o relacionamento entre os profissionais, sinérgicos a tecnologias leves, como sessões clínicas compartilhadas, matriciamento, elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular, realização de consultas compartilhadas entre NASF e equipes APS, grupos de trabalho que envolvam APS, AE e gestão, entre outros^{5,17,20}, que podem ser operados, complementarmente, por tecnologias digitais.

Ainda que a comunicação seja um aspecto crítico da formação dos profissionais, argumenta-se que esta 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 às atenções especializadas e hospitalares são um problema mundial, agravado pela COVID-19, e que 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 com vistas a viabilizar o acesso mais rápido e oportuno aos procedimentos diagnósticos²⁴, ainda que não resolva todos os desafios à provisão de AE²⁵.

Embora a comunicação face a face entre os profissionais de saúde seja a mais recomendada, a modalidade escrita constitui-se o meio mais usual⁷. Ainda assim, o resultado deste e outros estudos^{5,26,27} indicam 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 a sua função na RAS e o 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 este instrumento parece estar institucionalizado na atenção hospitalar, como também encontrado em outras realidades^{27,28}. Este 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 o mesmo 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 a partir da pandemia de COVID-19, mostra a premente necessidade de desenvolvimento de soluções tecnológicas como aplicativos gerenciados e monitorados pelos profissionais de saúde que permitem acompanhar grandes grupos de pacientes em um tempo significativamente menor se comparado ao telefone móvel³⁰. Nesse sentido, parece urgente 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 isto, 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 e comunicação básicas e conhecidas (como, por exemplo, a contrarreferência), bem como na insuficiência de políticas (inclusive educacionais) e recursos compatíveis à centralidade que a APS deveria ocupar no SUS. De toda forma, há reconhecimento da relevância do contato interprofissional como facilitador da coordenação, sendo este 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 utilização dos mecanismos de coordenação na RAS. Um dos desafios para a realização de estudos que envolvam médicos é a adesão e 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 segurança⁸. Por fim, este estudo se soma ao conjunto de evidências que reafirmam ser as RAS, integradas e integrais, uma das bases de sustentação de sistemas universais de saúde, sendo necessários esforços intencionais no sentido de direcionar ações e recursos para promoção de coordenação do cuidado, um de seus pilares.

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, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
3. Jesus RPFS, Espírito Santo ACG, 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, Ministério da Saúde; 2002.
5. 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.
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 Systems & 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, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-98.

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: Revista de Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):173-191.
13. Niterói. Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói: 2022-2025. Prefeitura Municipal de Niterói, 2021. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1046:pm-sp-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 JP, 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. 2017. 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 Saúde Pública*. 2021; 37(2):e00022020.
18. Junior HMM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saúde 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. Brito GEG, Forte FDS, Freire JCG, Moreira LB, Paredes SO, Silva SLA. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciêns Saúde Colet*. 2022; 27(6):2495-2508.
21. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2014; 23(4):356-1369.
22. Vázquez ML, Miranda-Mendizabal A, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, 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. *Saúde em Debate*. 2014; 38(n. spe):252-264.
25. Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciêns Saúde Colet*. 2022, 27(10):4025-4038.

26. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MR, 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 Saúde Pública.* 2020; 54:121.
28. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Costa EB. Continuity of hospital discharge care for Primary Health Care: spanish practice. *Texto & Contexto – Enfermagem.* 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; 9;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.