

## Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil

Coordination of clinical management between levels: the views of physicians in primary and specialized care in Recife, Pernambuco State, Brazil

Coordinación de la gestión clínica entre niveles: la perspectiva de médicos de la atención primaria y especializada en la ciudad de Recife, Pernambuco, Brasil

Sofia Guerra <sup>1</sup>  
Petrônio José de Lima Martelli <sup>2</sup>  
Luciana Santos Dubeux <sup>1</sup>  
Pedro Marques <sup>1</sup>  
Isabella Chagas Samico <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT262921

### Resumo

*Este estudo analisa a perspectiva dos profissionais médicos sobre a coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, que utiliza dados de um inquérito realizado com 182 médicos da atenção primária à saúde (APS) e especializada (AE) de Recife, Pernambuco, Brasil, em 2017. Os resultados apresentaram diferenças significativas na experiência dos médicos. Sobre encaminhamentos, a maioria (81,32%) considera que os médicos da APS encaminham os pacientes para AE quando necessário, sendo superior o percentual para médicos da APS (92,73%). Quanto à concordância, maior parte dos médicos da APS (67,27%) informou estar de acordo com o tratamento prescrito pelo profissional da AE, enquanto apenas 33,86% dos especialistas concordam com o médico da APS. Sobre a responsabilidade clínica, 89,09% dos médicos da APS afirmaram ser responsáveis clínicos pelo paciente, enquanto apenas 43,31% dos especialistas referiu o mesmo. Sobre a realização de recomendações, maior parte dos entrevistados (63,19%) considerou que os especialistas não fazem recomendações, sendo esse percentual maior entre os médicos da APS (81,82%). A respeito do tempo de espera, a maioria (82,42%) acha que o paciente espera muito para realizar a consulta na AE, sendo o percentual para médicos da APS (98,18%) superior ao da AE (75,59%). O tempo de espera para APS foi considerado longo por apenas 16,36% dos médicos da APS, em contraste com 38,58% dos médicos da AE. Os resultados deste estudo coincidem com investigações semelhantes e evidenciam a necessidade de fortalecer a coordenação clínica entre níveis para alcançar uma integração efetiva das redes assistenciais.*

*Colaboração Intersetorial; Níveis de Atenção à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão Clínica*

### Correspondência

S. Guerra  
Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.  
Rua dos Coelhos 300, Recife, PE 50070-902, Brasil.  
sofiaguerraavila@gmail.com

<sup>1</sup> Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil.  
<sup>2</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.



## Introdução

A coordenação assistencial e a integração dos serviços de atenção têm sido apontadas como pilares essenciais para a sustentabilidade financeira e para o alcance da universalidade dos sistemas de saúde <sup>1,2</sup>. Há pelo menos uma década, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) na função de coordenadora entre níveis e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para melhorar a integração assistencial e a qualidade dos cuidados ofertados <sup>3</sup>. Especialistas <sup>2,4</sup> reforçam que o Brasil deve trabalhar a coordenação assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) para permitir o acesso sequenciado e oportuno aos serviços de saúde, e assim obter melhores resultados em saúde para sua população.

Reid et al. <sup>5</sup> definem a coordenação da gestão clínica como a prestação de cuidados sequenciais e complementares ao usuário, dentro de um plano de cuidados compartilhado pelos profissionais dos diferentes serviços e níveis de atenção, sendo composta por três dimensões: coerência da atenção, acompanhamento adequado do paciente e acessibilidade entre níveis assistenciais. A coerência da atenção implica na existência de aproximações e objetivos de tratamento comuns entre diferentes níveis de atenção. O acompanhamento adequado do paciente se refere à existência de um responsável pelo seguimento clínico do usuário quando houver transições entre níveis assistenciais. Já a acessibilidade entre níveis assistenciais se refere à prestação de assistência continuada, sem interrupções no cuidado ao longo de todo o período de adoecimento <sup>5</sup>.

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 <sup>2</sup>. Estratégias que contribuam para o fortalecimento da coordenação da gestão clínica, além de melhorar a integração entre níveis, podem conferir maior qualidade e eficiência aos serviços, evitando a duplicação desnecessária de exames diagnósticos, a polifarmácia perigosa, os encaminhamentos inadequados e a existência de planos de cuidados conflitantes. Melhorias na coordenação da gestão clínica também podem exercer influências positivas quanto às experiências e à satisfação dos usuários atendidos nos serviços de saúde <sup>6,7</sup>.

O volume de estudos que abordam a coordenação assistencial em países latino-americanos, incluindo o Brasil, vem aumentando consideravelmente, abordando a implementação, os níveis de conhecimento e de uso de mecanismos de coordenação clínica <sup>8,9,10,11,12,13,14</sup>, a comunicação entre os profissionais da APS e da atenção especializada (AE) <sup>15</sup>, a existência de barreiras à coordenação assistencial <sup>7</sup> e a comparação entre os níveis de coordenação de diferentes redes de atenção <sup>16,17,18,19</sup>. Entretanto ainda são poucos os estudos que abordam especificamente a coordenação da gestão clínica, elemento essencial ao alcance da integralidade dos cuidados ofertados à saúde <sup>20</sup>.

Resultados de pesquisas realizadas no Brasil revelaram uma articulação insuficiente entre a APS e a AE <sup>20</sup>, e uma coordenação assistencial limitada nas redes de serviços, atrelada a diversos fatores, como às lacunas no conhecimento dos profissionais acerca da coordenação assistencial <sup>15,18</sup>, o não reconhecimento do papel da APS como coordenadora do cuidado <sup>15,19,20</sup>, a comunicação incipiente entre profissionais e serviços de distintos níveis <sup>12,13,15,18,19,20</sup> e as dificuldades na implementação e no uso dos principais mecanismos que subsidiam a coordenação clínica (formulários de referência e contrarreferência, sessões clínicas conjuntas, diretrizes e protocolos compartilhados, resumos de alta) <sup>9,11,12,13,15</sup>. Tais limitações contribuem para impactos negativos na eficiência do sistema de saúde, comprometendo a oferta de uma atenção coordenada, coerente, sequenciada e satisfatória aos usuários <sup>8,13,15</sup>.

Considerando a gestão clínica um dos componentes essenciais para a oferta de uma atenção à saúde acessível, sequenciada e integral, este artigo analisa as experiências de médicos da APS e da AE de uma rede de saúde pública municipal, acerca da coordenação da gestão clínica entre níveis de atenção, no contexto de um sistema fragmentado e subfinanciado no qual se insere o SUS. Espera-se que as lições aprendidas, nesse caso específico, possam contribuir para o debate em outros contextos semelhantes.

## Métodos

Estudo transversal, quantitativo e descritivo, desenvolvido a partir da análise do banco de dados da pesquisa multicêntrica *Equity-LA II* <sup>6</sup>, que avaliou a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas RAS da América Latina.

Para este artigo, o recorte se refere à rede pública de saúde correspondente aos Distritos Sanitários (DS) III e VII do Município de Recife, Pernambuco, Brasil. Essa rede foi selecionada de acordo com os seguintes critérios: (1) prestação de um contínuo de serviços, incluindo ao menos APS e AE; (2) prestação de serviços a uma população definida; (3) prestação de serviços em áreas urbanas de baixa renda; (4) disposição em participar da pesquisa e implementar as intervenções necessárias; e (5) liderança com competência para implementar as estratégias planejadas.

Em 2017, a cobertura estimada da APS para o município foi de 73%, sendo 58% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família. No mesmo ano, o território correspondente aos DS III e VII abrigava população estimada em 326.121 habitantes, com 30 unidades de APS (unidades de saúde da família e unidades básicas tradicionais) e 12 unidades de AE (hospitais, maternidades, serviços de pronto atendimento, policlínicas e outras unidades especializadas). Havia ainda 55 equipes de saúde da família, 38 equipes de saúde bucal, 17 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e 4 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família <sup>21</sup>.

A população do estudo foi composta por médicos da APS e da AE que prestavam atendimento direto aos pacientes acometidos por doenças crônicas, que trabalhavam há pelo menos três meses na rede de estudo e que recebiam e enviavam referências regulares de pacientes ao outro nível de atenção. Como a pesquisa *Equity-LA II* coletou dados em duas redes de saúde (uma rede caso e outra controle) de seis países da América Latina <sup>6</sup>, uma amostra de 348 médicos foi estimada para cada país, sendo 174 médicos por rede de saúde (com um limite mínimo de 50 médicos por nível de atenção), de forma a garantir a detecção de 15% de variação em relação às experiências dos médicos entre as redes, ou seja, no que diz respeito aos itens de coordenação assistencial incluídos no questionário, com base em um poder estatístico de 80% ( $\beta = 0,20$ ) e um nível de confiança bicaudal de 95% ( $\alpha = 0,05$ ). A base amostral foi elaborada a partir de uma lista de médicos que atuam nos serviços de saúde, fornecida pelas próprias redes de estudo. Foram excluídos apenas os médicos de segundo e terceiro níveis que não tiveram contato com o primeiro nível de atenção, ou seja, aqueles que não receberam encaminhamentos ou enviaram contrarreferências ou resumos de alta à APS. Como todas as redes do estudo tinham número relativamente baixo de médicos, especialmente no primeiro nível de atenção, todos foram convidados e incentivados a participar da pesquisa desde que atendessem aos critérios.

Na rede de estudo, todos os médicos dos DS III e VI que constavam na listagem fornecida pela gestão municipal ( $n = 205$ ) foram convidados a participar da pesquisa, e aqueles que aceitaram e atenderam aos critérios, foram entrevistados no seu local de trabalho. Foram entrevistados 182 dos 205 profissionais em atuação na rede (88,8% do total). Sujeitos entrevistados e perdas estão descritos na Tabela 1. Destaca-se que os médicos lotados nas unidades da APS do DS III não foram incluídos na amostra, tendo em vista a heterogeneidade das características socioeconômicas da população deste distrito, onde não predomina a população de baixa renda. Devido a esse cenário, o número de médicos da APS incluídos no estudo ficou mais próximo ao limite mínimo previsto pela amostra.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2017 a março de 2018, a partir da aplicação do questionário COORDENA-BR ([https://www2.equity-la.eu/upload/seccions/files/COORDENA\\_BR%202017.pdf](https://www2.equity-la.eu/upload/seccions/files/COORDENA_BR%202017.pdf)). Informações detalhadas sobre o desenho e a estrutura dos questionários aplicados no estudo multicêntrico foram publicadas anteriormente <sup>19,22</sup>. Para assegurar a qualidade dos dados, todos os instrumentos aplicados foram revisados, com supervisão presencial de 35% das entrevistas (selecionadas aleatoriamente) e, ainda, a dupla digitação dos questionários no banco de dados. As inconsistências encontradas nessa fase foram reparadas pela checagem dos dados nos instrumentos.

Selecionaram-se as variáveis das seguintes seções do instrumento COORDENA-BR: “fatores organizacionais relacionados com a articulação entre níveis de atenção” e “dados sociodemográficos e laborais”: sexo, idade, nacionalidade, nível de atenção em que trabalha, especialidade, experiência no local de trabalho e tipo de vínculo profissional. Com base no plano de análise da pesquisa *Equity-LA II* <sup>6</sup>, foram identificadas na seção “escala sobre articulação entre níveis de atenção” as variáveis que apre-

**Tabela 1**

Composição da amostra de médicos na rede de estudo. Distritos Sanitários III e VII, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

	n	%
Médicos contatados		
APS	61	29,8
AE	144	70,2
Total	205	100,0
Médicos que não cumpriram os critérios		
APS	1	0,5
AE	3	1,5
Total	4	2,0
Recusas		
APS	5	2,4
AE	14	6,8
Total	19	9,3
Médicos entrevistados		
APS	55	26,8
AE	127	62,0
Amostra final	182	88,8

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

Fonte: elaboração própria.

Nota: os percentuais foram apresentados em relação ao total de médicos contatados.

sentam a experiência dos entrevistados sobre a coordenação da gestão clínica entre níveis, de acordo com as suas dimensões (Quadro 1).

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva univariada e bivariada. Na análise univariada, foram obtidas as tabelas de frequências absolutas e relativas para cada variável, de acordo com o nível assistencial do profissional, se médico da APS ou médico da AE. As respostas coletadas por meio de escala de Likert foram dicotomizadas: sempre e muitas vezes foram consideradas como “sim”, e às vezes, poucas vezes e nunca foram consideradas como “não”. Para a questão aberta, as respostas foram agrupadas e categorizadas com análise descritiva. Para avaliar a existência de relação entre as experiências dos profissionais da APS e da AE, além das tabelas cruzadas, foram utilizados os testes de qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Nos casos em que foram encontradas relações significativas, a análise foi continuada com a quantificação dessa relação por meio do *odds ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança com nível de 95% (intervalo de 95% de confiança – IC95%). Durante as análises, foi considerado nível de 5% de significância. Os dados foram processados no programa R, versão 4.0.0 (<http://www.r-project.org>).

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos da *Resolução nº 466/2012* e *nº 510/2016* do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer nº 4.213.652/2020).

## Resultados

### Caracterização da amostra

A amostra de médicos foi composta por 182 entrevistados, sendo 55 médicos da APS (30,22%) e 127 médicos da AE (69,78%). Em ambos os níveis de atenção, predominou profissionais do sexo feminino (APS: 69,09%; AE: 70,98%), entre 40 e 64 anos de idade (APS: 50,91%; AE: 64,57%), e nacionalidade

**Quadro 1**

Variáveis de interesse selecionadas e suas características, por dimensão da Coordenação da Gestão Clínica.

<b>COERÊNCIA DA ATENÇÃO</b>		
<b>Variável</b>	<b>Item correspondente no instrumento</b>	<b>Formato de resposta</b>
Encaminhamento à AE	Os médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando é necessário	Escala de Likert de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca
Repetição de exames	Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram	
Motivos para a repetição de exames	Por que repetem os exames?	Resposta aberta
Concordância no tratamento	Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes	Escala de Likert de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca
Contradições/duplicações no tratamento	Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da APS e especialistas, incluindo você, prescrevem	
<b>ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE</b>		
<b>Variável</b>	<b>Item correspondente no instrumento</b>	<b>Formato de resposta</b>
Responsável pelo paciente	Na prática, os médicos da APS são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção	Escala de Likert de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca
Encaminhamento à APS	Os especialistas encaminham os pacientes para a APS para consulta de acompanhamento	
Realização da consulta de acompanhamento	Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS	
Recomendações à APS	Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes	
Comunicação entre níveis	Os médicos da APS consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes	
<b>ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS</b>		
<b>Variável</b>	<b>Item correspondente no instrumento</b>	<b>Formato de resposta</b>
Tempo de espera para consulta com a AE	Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta	Escala de Likert de cinco pontos: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes e nunca
Tempo de espera para consulta com a APS.	Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com o médico da APS, espera muito tempo até o dia da consulta	

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

Fonte: elaboração própria, com base no plano de análise da pesquisa *Equity-LA II* 6.

brasileira (APS: 94,55%; AE: 100%). Embora a amostra seja majoritariamente conformada por profissionais brasileiros, ressalta-se a inserção de médicos de outras nacionalidades (cubana, venezuelana e espanhola), especificamente na APS, devido à implantação dos Programas Mais Médicos e o de Valorização do Profissional da Atenção Básica em Recife. Entre os profissionais da APS, as especialidades mais frequentes foram Medicina de Família e de Comunidade (36,36%), Clínica Geral (20%) e Pediatria (16,36%), enquanto entre os profissionais da AE foram Pediatria (25,2%), Ginecologia e Obstetrícia (17,32%) e Oftalmologia (11,81%). A maior parte dos médicos entrevistados possuía tempo de experiência na rede de saúde superior a 36 meses (APS: 45,45%; AE: 69,29%) e vínculo institucional público estatutário (APS: 78,18% e AE: 74,8%) (Tabela 2).

**Tabela 2**

Características da amostra de profissionais médicos, por nível de atenção. Distritos Sanitários III e VII, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

Características dos profissionais	APS		AE		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo	n = 55		n = 127		n = 182	
Masculino	17	30,91	37	29,13	54	29,67
Feminino	38	69,09	90	70,87	128	70,33
Idade (anos)	n = 55		n = 127		n = 182	
27-39	21	38,18	32	25,20	53	29,12
40-64	28	50,91	82	64,57	110	60,44
65 ou mais	6	10,91	13	10,24	19	10,44
Nacionalidade	n = 55		n = 127		n = 182	
Brasileira	52	94,55	127	100,00	179	98,35
Outras nacionalidades	3	5,45	0	0,00	3	1,65
Especialidade	n = 55		n = 127		n = 182	
Medicina de Família e de Comunidade	20	36,36	0	0,00	20	10,99
Clínica Geral	11	20,00	2	1,57	13	7,14
Pediatria	9	16,36	32	25,20	41	22,53
Ginecologia e Obstetrícia	2	3,64	22	17,32	24	13,19
Dermatologia	2	3,64	7	5,51	9	4,95
Cirurgia Geral	1	1,82	3	2,36	4	2,20
Oftalmologia	0	0,00	15	11,81	15	8,24
Psiquiatria	0	0,00	14	11,02	14	7,69
Endocrinologia	0	0,00	11	8,66	11	6,04
Cardiologia	0	0,00	5	3,94	5	2,75
Outras especialidades	10	18,18	16	12,60	26	14,29
Experiência no local de trabalho (meses)	n = 55		n = 127		n = 182	
Até 12 (inferior a 1 ano)	14	25,45	10	7,87	24	13,19
12-36 (1-3 anos)	16	29,09	29	22,83	45	24,73
Superior a 36 (superior a 3 anos)	25	45,45	88	69,29	113	62,09
Vínculo profissional *	n = 571		n = 127		n = 184	
Contrato por prazo determinado	0	0,00	4	3,15	4	2,20
Emprego público/Estatutário	43	78,18	95	74,80	138	75,82
Emprego público/Celetista	1	1,82	4	3,15	5	2,75
Cargo comissionado	1	1,82	0	0,00	1	0,55
Contrato por tempo indeterminado	0	0,00	10	7,87	10	5,49
PROVAB	1	1,82	0	0,00	1	0,55
Programa Mais Médicos	7	12,73	0	0,00	7	3,85
Residência Médica	4	7,27	14	11,02	18	9,89

AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; PROVAB: Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica.

Fonte: elaboração própria.

\* Pergunta que admite mais de uma resposta.

**Experiências de coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais**

Foram encontradas diferenças significativas na experiência de médicos da APS e da AE em todas as dimensões observadas. No tocante à coerência da atenção, as diferenças significativas foram encontradas nos encaminhamentos e na concordância no tratamento. Sobre encaminhamentos, a maioria dos profissionais abordados (81,32%) considera que os médicos da APS encaminham os pacientes para AE quando necessário, sendo esse percentual de resposta superior entre os médicos da APS (92,73%).

Além disso, médicos da APS têm chance 3,54 vezes maior de afirmar que os pacientes são encaminhados aos especialistas quando necessário ( $p = 0,019$ ; OR = 3,54) (Tabela 3).

Quanto à concordância, maior parte dos médicos da APS (67,27%) informou estar de acordo com o tratamento prescrito pelo especialista, enquanto apenas 33,86% destes afirmam concordar com o tratamento indicado pelo profissional da APS, cabendo destacar que os profissionais da APS apresentam chance quase quatro vezes maior de concordar com o tratamento indicado pelo especialista ( $p < 0,001$ ;

**Tabela 3**

Perspectivados profissionais sobre a coerência da atenção entre níveis assistenciais \*. Distritos Sanitários III e VII, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

Coerência da atenção	Sim		Não		NS/NR		Valor de p	OR	IC95%
	n	%	n	%	n	%			
Os médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando é necessário									
Médico da APS	51	92,73	4	7,27	0	0,00	<b>0,019</b>	<b>3,54</b>	<b>1,17-4,7</b>
Médico da AE	97	76,38	27	21,26	3	2,36	-	1,00	-
Total	148	81,32	31	17,03	3	1,65	-	-	-
Os médicos da APS e especialistas, incluindo você, repetem os exames que os médicos dos outros níveis realizaram									
Médico da APS	12	21,82	43	78,18	0	0,00	0,650	1,19	0,54-2,61
Médico da AE	24	18,90	103	81,10	0	0,00	-	1,00	-
Total	36	19,78	145	80,22	0	0,00	-	-	-
	<b>APS (n = 14 **)</b>		<b>AE (n = 32 **)</b>		<b>Total (n = 46 **)</b>				
	n	%	n	%	n	%			
Por que repetem exames? **									
Os exames são antigos/Pela evolução da doença	3	21,43	5	15,63	8	17,39	-	-	-
Resultados dos exames não confiáveis	2	14,29	5	15,63	7	15,22	-	-	-
Para o monitoramento ou controle	3	21,43	3	9,38	6	13,04	-	-	-
Para confirmar os resultados	0	0,00	4	12,50	4	8,70	-	-	-
Para confirmar o diagnóstico	1	7,14	2	6,25	3	6,52	-	-	-
Falta de confiabilidade	0	0,00	3	9,38	3	6,52	-	-	-
Divergência entre os resultados clínicos e de exame	0	0,00	2	6,25	2	4,35	-	-	-
Outros motivos	5	35,71	8	25,00	13	28,26	-	-	-
Os médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos que os médicos do outro nível prescreveram ou indicaram aos pacientes									
Médico da APS	37	67,27	18	32,73	0	0,00	<b>&lt; 0,001</b>	<b>3,91</b>	<b>1,99-7,68</b>
Médico da AE	43	33,86	82	64,57	2	1,57	-	1,00	-
Total	80	43,96	100	54,95	2	1,10	-	-	-
Existem contradições e/ou duplicações nos tratamentos que os médicos da APS e especialistas, incluindo você, prescrevem									
Médico da APS	9	16,36	46	83,64	0	0,00	0,267	0,72	0,3-1,61
Médico da AE	27	21,26	97	76,38	3	2,36	-	1,00	-
Total	36	19,78	143	78,57	3	1,65	-	-	-

AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; IC95%: intervalo de 95% de confiança; NS/NR: não sabe/não respondeu; OR: *odds ratio*.

Fonte: elaboração própria.

Nota: os OR estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ), e seus respectivos OR e IC95% são apresentados em negrito.

\* APS (n = 55); AE (n = 127);

\*\* Pergunta que admite mais de uma resposta, feita apenas para médicos que responderam sim na pergunta anterior.

OR = 3,91). A repetição de exames foi considerada pouco recorrente, apontada por apenas 19,78% dos entrevistados. Entre as principais causas, os profissionais da APS apontaram os exames antigos devido à evolução da doença (21,43%), à necessidade de monitoramento e controle (21,43%) e aos resultados não confiáveis do exame (14,29%). Já os profissionais da AE, que também citaram os exames antigos (15,63%) e os resultados não confiáveis (15,63%), expressaram preocupação com a confirmação dos resultados (12,5%). Quando questionados sobre a existência de contradições e/ou duplicações nos tratamentos, a maioria dos profissionais (78,57%) relata não ocorrer (Tabela 3).

Acerca do acompanhamento adequado do paciente, foram verificadas diferenças significativas a respeito do responsável clínico, da realização da consulta de acompanhamento na APS e nas recomendações do especialista. Sobre o profissional que deve assumir a responsabilidade clínica do paciente, 57,14% dos entrevistados consideraram que os médicos da APS são responsáveis pelo acompanhamento do paciente. Entretanto esse percentual é maior para os médicos da APS (89,09%), quando comparado ao entendimento dos médicos da AE (43,31%). Para essa questão, o médico da APS tem chance 10,39 vezes maior de responder que deve ser o responsável pelo acompanhamento do paciente ( $p < 0,001$ ; OR = 10,39) (Tabela 4).

A maioria (59,34%) dos entrevistados referiu que os especialistas encaminham o paciente para consulta de acompanhamento na APS. No entanto, enquanto a maioria dos médicos da APS (69,09%) afirmou que a consulta de acompanhamento que é realizada, 51,97% dos médicos da AE responderam que a consulta não acontece. Destaca-se que 15% dos especialistas não souberam responder esta questão, e que o médico da APS tem chance 3,59 vezes maior de responder que as consultas de acompanhamento são realizadas ( $p < 0,001$ ; OR = 3,59). Maior parte dos entrevistados (63,19%) considerou que os especialistas não fazem recomendações, sendo esse percentual maior entre os médicos da APS (81,82%). Para essa questão, o especialista tem chance 3,44 vezes maior de responder que faz as recomendações necessárias ao médico da APS ( $p < 0,001$ ; OR = 3,44). Para os médicos de ambos os níveis, foi pequeno o percentual (24,73%) de respostas referentes ao médico da APS consultar o especialista sobre as dúvidas relacionadas ao acompanhamento do paciente (Tabela 4).

No que se refere à acessibilidade entre níveis de atenção, as duas variáveis dessa dimensão apresentaram diferenças significativas na experiência dos profissionais. A respeito do tempo de espera para AE, a maioria dos médicos (82,42%) considerou que o paciente espera muito tempo para conseguir realizar a consulta com o especialista, sendo o percentual para APS (98,18%) superior ao da AE (75,59%). Para essa questão, os médicos da APS têm chance 14,6 vezes maior de referir o tempo de espera como alto ( $p < 0,001$ ; OR = 14,6). O tempo de espera para APS foi considerada longo por apenas 16,36% dos médicos da APS, em contraste com 38,58% dos profissionais da AE. Ademais, os especialistas têm chance 6,25 vezes maior de responder que o tempo de espera para APS é longo ( $p < 0,001$ ; OR = 6,25). Ressalta-se que 28,35% dos especialistas não souberam responder a esta questão (Tabela 4).

## Discussão

No estudo em tela, as experiências dos profissionais da APS e da AE revelaram que os encaminhamentos são realizados de forma oportuna, que a repetição de exames é pouco recorrente, e que não existem duplicações nos tratamentos prescritos entre níveis. Entretanto foram observadas discordâncias significativas quanto aos tratamentos, quanto ao profissional que deve ser responsável pelo acompanhamento dos pacientes e quanto à realização da consulta de acompanhamento dos pacientes na APS, em que os especialistas demonstraram opinião mais negativa que os médicos do primeiro nível. Ainda, foram evidenciados baixos níveis de comunicação entre profissionais e longos tempos de espera no acesso dos pacientes, principalmente para a AE. Tais problemas demonstram uma rede de serviços cuja integração ainda não é efetiva e cuja coordenação da gestão clínica ainda é incipiente.

A perspectiva dos profissionais acerca da coerência da atenção a revelou como a dimensão com experiências mais positivas, no que se refere aos encaminhamentos entre níveis que são realizados de acordo com as necessidades dos pacientes, nos exames que não são repetidos com frequência e na ausência de contradições ou duplicações nos tratamentos, achados consistentes com estudos semelhantes<sup>15,17,20</sup>. Sobre a duplicidade de exames, poucos entrevistados em ambos os níveis afirmaram

**Tabela 4**

Perspectiva dos profissionais sobre o acompanhamento adequado do paciente e a acessibilidade entre níveis assistenciais \*. Distritos Sanitários III e VII, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017/2018.

	Sim		Não		NS/NR		Valor de p	OR	IC95%
	n	%	n	%	n	%			
<b>Acompanhamento adequado</b>									
Na prática, os médicos da APS são os responsáveis pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção									
Médico da APS	49	89,09	6	10,91	0	0,00	<b>&lt; 0,001</b>	<b>10,39</b>	<b>4,1-26,1</b>
Médico da AE	55	43,31	70	55,12	2	1,57	-	1,00	-
Total	104	57,14	76	41,76	2	1,10	-	-	-
Os especialistas encaminham os pacientes para APS para consulta de acompanhamento									
Médico da APS	35	63,64	20	36,36	0	0,00	0,438	1,29	0,67-2,48
Médico da AE	73	57,48	54	42,52	0	0,00	-	1,00	-
Total	108	59,34	74	40,66	0	0,00	-	-	-
Depois de ser atendido pelo especialista, o paciente realiza uma consulta de acompanhamento com o médico da APS									
Médico da APS	38	69,09	17	30,91	0	0,00	<b>&lt; 0,001</b>	<b>3,59</b>	<b>1,8-7,18</b>
Médico da AE	41	32,28	66	51,97	20	15,75	-	1,00	-
Total	79	43,41	83	45,60	20	10,99	-	-	-
Os especialistas fazem recomendações (diagnóstico, tratamento, outras orientações) ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes.									
Médico da APS	10	18,18	45	81,82	0	0,00	-	1,00	-
Médico da AE	53	41,73	70	55,12	4	3,15	<b>0,001</b>	<b>3,44</b>	<b>1,58-7,59</b>
Total	63	34,62	115	63,19	4	2,20	-	-	-
Os médicos da APS consultam os especialistas sobre as dúvidas que têm sobre o acompanhamento dos pacientes									
Médico da APS	18	32,73	37	67,27	0	0,00	0,09	1,70	0,85-3,5
Médico da AE	27	21,26	96	75,59	4	3,15	-	1,00	-
Total	45	24,73	133	73,08	4	2,20	-	-	-
<b>Acessibilidade</b>									
Quando é encaminhado ao especialista, o paciente espera muito tempo até o dia da consulta									
APS	54	98,18	1	1,82	0	0,00	<b>&lt; 0,001</b>	<b>14,60</b>	<b>1,9-110,7</b>
AE	96	75,59	26	20,47	5	3,94	-	1,00	-
Total	150	82,42	27	14,84	5	2,75	-	-	-
Após a consulta com o especialista, quando o paciente solicita uma consulta com médico da APS, espera muito até o dia da consulta									
APS	9	16,36	46	83,64	0	0,00	-	1,00	-
AE	49	38,58	42	33,07	36	28,35	<b>&lt; 0,001</b>	<b>6,25</b>	<b>2,63-14,28</b>
Total	58	31,87	88	48,35	36	19,78	-	-	-

AE: atenção especializada; APS: atenção primária à saúde; DS: Distrito Sanitário; IC95%: intervalo de 95% de confiança; NS/NR: não sabe/não respondeu; OR: *odds ratio*.

Fonte: elaboração própria.

Nota: os OR estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ), e seus respectivos OR e IC95% são apresentados em negrito.

\* APS (n = 55); AE (n = 127).

repetir exames, apresentando motivos que justificam essa necessidade, a exemplo da confirmação do diagnóstico e dos resultados, e a atualização dos exames em virtude da evolução da doença no decorrer do tempo.

Sobre as transições entre níveis, percebe-se melhora dos encaminhamentos realizados na rede em questão, haja vista que evidências anteriores <sup>23</sup> identificaram encaminhamentos inadequados da APS, que implicavam em deslocamentos inúteis dos usuários e ocupação desnecessária de vagas. Experiências positivas sobre a coerência da atenção podem ser explicadas pela implementação de algumas estratégias na rede, como o uso de registros compartilhados, de formulários de encaminhamento, reuniões de equipe intranível e entre níveis. Tais aspectos, quando presentes, contribuem na medida em que proporcionam a discussão de casos, o planejamento conjunto de ações e melhoram o relacionamento entre profissionais <sup>24</sup>.

O nó crítico da coerência da atenção na rede de estudo reside na concordância de tratamentos, aspecto primordial para prestação de cuidados consistentes aos pacientes que necessitam transitar entre diferentes níveis de atenção. Corroborando estudos anteriores <sup>15,16,18,19</sup>, percebeu-se clara divergência nas experiências dos grupos, sobretudo na visão dos especialistas, pois a maioria dos profissionais da APS concorda com os tratamentos indicados pelos especialistas, enquanto o oposto não acontece. Tais discordâncias podem estar relacionadas às deficiências da APS no diagnóstico e tratamento de alguns agravos, devido ao treinamento insuficiente dos profissionais, à carência de recursos humanos e às limitações da rede no que se refere à solicitação de exames <sup>19</sup>.

Outra possível causa para as discordâncias no tratamento, apontada em um estudo qualitativo realizado no México <sup>16</sup>, reside no uso de diretrizes clínicas diferentes por parte dos médicos especialistas no tratamento do paciente. A existência de divergências nos critérios terapêuticos utilizados pode gerar um clima de desconfiança nas habilidades clínicas dos profissionais do outro nível, em especial dos especialistas para os generalistas, além de impactar negativamente as percepções de continuidade do cuidado e qualidade da atenção por parte dos usuários <sup>7,16</sup>.

Vázquez et al. <sup>24</sup> observaram importantes evoluções no que se refere à reconciliação de tratamentos prescritos entre os níveis de atenção em redes de atenção no Brasil, na Colômbia e no Uruguai. Tais melhorias foram associadas à implementação, pelas gestões municipais, de reuniões clínicas conjuntas que proporcionavam aos profissionais dos distintos níveis o compartilhamento de experiências, a definição de diretrizes, protocolos e fluxos, e a reflexões sobre a sua própria prática assistencial, promovendo assim melhorias na concordância, no acompanhamento dos pacientes, na qualidade dos encaminhamentos e na troca de informações.

O acompanhamento adequado do paciente diz respeito ao monitoramento do usuário quando sua condição de saúde demanda atendimentos em diferentes prestadores de serviços <sup>18</sup>. No caso de sistemas de saúde cuja APS é a ordenadora da rede, os médicos desse nível devem assumir a responsabilidade clínica durante as transições assistenciais <sup>25</sup>. Os resultados aqui evidenciados apontam que na rede estudada, os médicos da APS se reconhecem como responsáveis clínicos pelos pacientes, opinião não compartilhada pela maioria dos especialistas entrevistados, confirmando o que alguns estudos nacionais têm evidenciado <sup>17,19</sup>. Nas experiências internacionais <sup>12,16,17</sup>, os médicos do primeiro nível de atenção já vêm sendo reconhecidos, inclusive por parte dos especialistas, como responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento do paciente ao longo do seu contínuo de cuidados.

Estudo qualitativo conduzido anteriormente em Recife <sup>23</sup>, também nos DS III e VII, demonstrou que os médicos e enfermeiros não compreendiam muito bem o termo gestão clínica nem a importância do responsável clínico para o desenvolvimento adequado da atenção ao paciente e, por consequência, essa função não era plenamente desenvolvida na rede. O médico da APS não foi reconhecido como responsável clínico e, ainda, os especialistas apresentavam uma visão restrita sobre o papel do primeiro nível de atenção, atrelando-o ao tratamento precoce e limitando a resolutividade da atuação em equipe.

Vargas et al. <sup>7</sup> apontam a existência de lacunas na formação profissional médica no Brasil, não existindo valorização adequada da APS e das suas competências e responsabilidades nem treinamento suficiente para que os médicos desse nível possam atuar como coordenadores. Soma-se a este fato, a presença de profissionais com perfis inapropriados (cardiologistas, ginecologistas e outros especialistas) atuando como médicos de família e de comunidade, referenciando pacientes ao segundo nível com uma frequência muito maior do que a esperada. Em conjunto com outras fragilidades existentes

na conformação das redes, esses fatores contribuem para que os médicos da APS deixem de exercer adequadamente suas responsabilidades e, ainda, para que especialistas não estejam dispostos a colaborar devido à pouca confiança que depositam no nível responsável pelos cuidados primários.

Um adequado acompanhamento também envolve a comunicação oportuna dos profissionais envolvidos no cuidado do paciente com o responsável clínico e a realização de consultas de acompanhamento na APS após o atendimento especializado. Neste estudo, a maioria dos especialistas afirma que a consulta de retorno não é realizada, enquanto os médicos da APS referem realizar o acompanhamento adequadamente. Em estudo qualitativo realizado em um município brasileiro<sup>14</sup>, médicos de ambos os níveis de atenção apontaram que a não realização dos acompanhamentos na APS pode estar relacionada com os longos tempos de espera para os atendimentos e pela ausência de comunicação entre os diferentes profissionais que ofertam cuidado ao mesmo paciente.

Ainda sobre o acompanhamento adequado do paciente, tal como observado em outras pesquisas<sup>17,19,20</sup>, os médicos do primeiro nível referem não receber recomendações dos especialistas sobre o diagnóstico e o tratamento realizados na AE e, por sua vez, também não se comunicam com os especialistas para sanar as possíveis dúvidas no acompanhamento do paciente que foi retornado à APS, relatos que corroboram investigações anteriores, onde a indisponibilidade por parte de especialistas na orientação dos casos que necessitam de cuidado conjunto configuraram-se como entrave à coordenação dos cuidados<sup>23</sup>. Tal postura se mostra contraditória ao preconizado pelo modelo de atenção vigente no país, onde a comunicação e a articulação entre níveis assistenciais são pressupostos para conferir melhores respostas às necessidades dos pacientes<sup>25</sup>.

O suporte que a AE deve fornecer à APS é elemento-chave para a implementação bem-sucedida de melhorias na articulação entre níveis. A comunicação e o compartilhamento de conhecimentos entre níveis não só favorecem a capacidade resolutiva da APS, como o entendimento de que as ações e os cuidados ofertados nos distintos níveis são interdependentes e devem estar interligados<sup>12,13</sup>. A colaboração, a confiança e o respeito mútuo entre os profissionais são elementos fundamentais para coordenação clínica, influenciando na qualidade e na continuidade da atenção prestada<sup>15,26</sup>. Esse conhecimento mútuo é ainda mais relevante em contextos em que as funções dos médicos da APS e da AE ainda não estão bem definidas, como observado na rede em questão, porque aumenta a probabilidade de os profissionais serem receptivos a colaborarem e se comunicarem com seus colegas em outros níveis de atenção<sup>19</sup>.

Tensões e estranhamentos entre generalistas e especialistas já foram relatados como obstáculos à coordenação clínica em outras investigações<sup>7,18,20</sup>. Uma das explicações para esse fato diz respeito à cultura estabelecida entre médicos de que generalistas sejam menos capazes de resolver problemas, pois seu conhecimento estaria aquém do especialista. Por consequência, especialistas não estariam dispostos a dar apoio, compartilhar informações e contrareferenciar pacientes para monitoramento na APS<sup>7</sup>. Na rede em questão, já foram relatadas recriminações mútuas entre profissionais, como a falta de compromisso, o não cumprimento adequado dos papéis correspondentes e o não reconhecimento das competências técnicas dos profissionais da APS por parte dos especialistas<sup>23</sup>.

O não reconhecimento da APS como ordenadora das redes de atenção, a falta de diálogo e a desconfiança dos especialistas podem causar a retenção desnecessária de pacientes na AE, que, por sua vez, podem ocasionar uma série de efeitos prejudiciais à organização do sistema de saúde e ao tratamento do paciente, como o aumento das filas de espera, o agravamento do quadro clínico, a repetição de exames, o aumento dos gastos pessoais com consultas, exames e medicamentos, a interrupção do tratamento e a descontinuidade da atenção<sup>13,15,16,18</sup>. Esse vínculo solitário sustentado pelos especialistas pode dificultar o retorno e a vinculação dos pacientes com a APS, fragilizando a coordenação do cuidado<sup>26</sup>.

Em relação à acessibilidade, os entrevistados de ambos os níveis apontam que o tempo de espera para a consulta na AE é alto, corroborando outras experiências<sup>16,17,20</sup>. Os longos tempos de espera para a AE foram referidos de forma mais expressiva pelos médicos da APS, fato que pode ser justificado pelo papel que exercem no acompanhamento dos usuários em suas transições entre níveis<sup>20</sup>. Dentre as causas mais apontadas, estão os problemas nas centrais de regulação de pacientes, a escassez e a má gestão de recursos materiais e humanos, e, ainda, pelo descompasso entre a oferta e a demanda de atendimentos na AE, levando à saturação dos serviços especializados<sup>7,16,18</sup>. Profissionais de saúde do Recife já apontaram o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), como um instrumento organiza-

tivo que traz prejuízos à coordenação entre níveis devido às dificuldades na sua operacionalização. Os relatos relacionaram as falhas existentes no SISREG como barreiras no acesso aos especialistas, levando os pacientes à busca informal de acesso à AE <sup>23</sup>.

Por outro lado, se a celeridade de acesso ao primeiro nível é uma realidade sobretudo para os profissionais que atuam nesse nível, cerca de um terço dos especialistas relatam longos tempos de espera para a APS e percentual semelhante sequer conhece o tempo de espera para atendimento no primeiro nível. Apesar do Município de Recife ter apresentado uma expansão da sua rede de saúde a partir dos anos 2000, incluindo a ampliação da oferta de serviços especializados <sup>27</sup>, em 2017, apenas 58% do território possui estratégia de saúde da família, restando quase 40% da população do município residindo em área descoberta <sup>21</sup>, o que pode levar à sobrecarga dos serviços existentes. Gestores, profissionais e usuários já relataram o descompasso entre a atual oferta de médicos e outros profissionais da APS para a demanda existente. Tal condição foi associada ao aumento do tempo de espera para o atendimento, ao comprometimento da qualidade da consulta, à sobrecarga de trabalho para os demais profissionais da equipe e, sobretudo, à busca por parte dos usuários pelos serviços de média e alta complexidade <sup>23,28</sup>.

O acesso em tempo oportuno, tanto no primeiro como no segundo nível de cuidados, é condição essencial para evitar o agravamento das condições clínicas dos pacientes, o aumento dos custos da assistência e a insatisfação dos usuários, sendo elemento-chave para a coordenação entre níveis de atenção <sup>15,17,19</sup>. Apesar dos esforços empreendidos pelo SUS na concretização do acesso do usuário aos serviços de saúde, ainda persistem muitas barreiras que precisam de esforço das instituições públicas para ofertar uma assistência universal, integral e equânime em Recife <sup>28</sup>.

A análise das três dimensões da coordenação assistencial abordadas neste estudo demonstrou que os médicos da APS apresentaram maior chance de ter experiências mais positivas acerca da coordenação da gestão clínica que os médicos do segundo nível, corroborando investigações que afirmam que este fenômeno é percebido de maneira diferente por médicos de diferentes níveis <sup>17,19,20</sup>. Ao analisar os resultados para as três dimensões da coordenação da gestão clínica, verificam-se melhores experiências de coerência da atenção, quando comparadas com os entraves referidos nas dimensões de acompanhamento adequado do paciente e de acessibilidade entre os níveis assistenciais.

Como limitações deste estudo, destaca-se que a utilização de um desenho transversal possibilitou a identificação de elementos críticos da coordenação da gestão clínica, mas não permite inferir relações de causa e efeito. Também não foram verificadas as possíveis influências dos fatores individuais (características da amostra) dos profissionais nas opiniões encontradas, atendo-se à descrição e à análise das perspectivas dos médicos em seus diferentes níveis de atenção acerca da coordenação da gestão clínica. Os resultados evidenciados são baseados no relato de profissionais de saúde e expressam a realidade da rede estudada, sendo necessário ter cautela na generalização dos resultados. Estudos longitudinais e que abordem a coordenação da gestão clínica, tendo por base outras fontes de informação, como, por exemplo, a experiência dos usuários e de outras categorias profissionais, podem fornecer evidências complementares a este estudo.

## Considerações finais

Analisar a coordenação da gestão clínica entre níveis assistenciais é essencial para melhorar o funcionamento das RAS e para ofertar um cuidado de qualidade aos usuários dos serviços de saúde. Por meio das perspectivas dos médicos, foram evidenciadas falhas na articulação entre níveis da rede estudada, bem como os elementos prioritários a serem trabalhados para melhorar a atenção à saúde. As experiências dos profissionais apontam para uma limitada coordenação da gestão clínica, revelando as discordâncias dos especialistas acerca dos tratamentos indicados na APS e sobre o papel do médico da APS como responsável clínico pelo paciente, bem como uma incipiente comunicação entre níveis e o longo tempo de espera para o acesso ao atendimento. Além disso, os profissionais que atuam na AE apresentaram experiências mais negativas acerca da coordenação entre níveis assistenciais, ponto que pode ser aprofundado em futuras investigações.

Para a consolidação efetiva de um modelo de atenção baseado em redes integradas, é necessário definir e difundir os papéis de cada nível de atenção, com o devido reconhecimento e valorização da

APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Estratégias que trabalhem essa compreensão e que busquem modificar a cultura organizacional existente em que os profissionais de diferentes níveis assistenciais não se consideram parte do mesmo processo de saúde podem trazer resultados positivos à articulação e integração da rede. Momentos que propiciem a comunicação e colaboração entre profissionais, como grupos de trabalhos multidisciplinares, sessões clínicas compartilhadas e discussões conjuntas, devem ser incentivados. Além disso, a redução dos tempos de espera e a melhoria da qualidade da atenção ofertada na APS são aspectos essenciais a serem trabalhados para a oferta de cuidados sequenciados, coerentes e oportunos aos usuários em todos os níveis.

A comparação dos resultados evidenciados neste estudo permitiu observar que os problemas de coordenação compartilham semelhanças com as evidências internacionais, resguardadas as devidas particularidades oriundas da construção e organização das RAS locais. As perspectivas de profissionais de saúde que atuam em distintos níveis assistenciais podem ser uma contribuição valiosa para a melhoria da coordenação da gestão clínica na rede estudada e em outros contextos onde as redes assistenciais foram introduzidas em resposta à fragmentação do sistema de saúde.

## Colaboradores

S. Guerra, P. J. L. Martelli, L. S. Dubeux e I. C. Samico contribuíram na concepção do artigo, análise dos dados, redação e revisão final do texto. P. Marques contribuiu na redação e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final.

## Informações adicionais

ORCID: Sofia Guerra (0000-0002-0431-7203); Petrônio José de Lima Martelli (0000-0001-6920-6435); Luciana Santos Dubeux (0000-0002-7142-5191); Pedro Marques (0000-0002-8482-1601); Isabella Chagas Samico (0000-0002-8338-7946).

## Referências

1. Araújo EC, Lobo MS. Desafios para sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: Barros FPC, organizador. CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2018. p. 79-91.
2. Mendes EV. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. In: Barros FPC, organizador. CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2018. p. 92-105.
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
4. Hone T. O futuro dos sistemas universais de saúde: como o Sistema Único de Saúde brasileiro pode aprender com o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido? In: Barros FPC, organizador. CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2018. p. 12-23.
5. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
6. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Paepe P, Moggollón Perez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5:e007037.

7. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, 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; 31:736-48.
8. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Changes in knowledge and use of clinical coordination mechanisms between care levels in healthcare networks of Colombia. *Int J Health Plann Manage* 2020; 36:134-50.
9. Mendizábal AM, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Mendes MFM, López J, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gac Sanit* 2020; 34:340-9.
10. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gac Sanit* 2019; 35:177-85.
11. Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00119318.
12. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Mendes MFM, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy Plan* 2018; 33:494-504.
13. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:213.
14. Mendes LS, Almeida PF. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Rev Saúde Pública* 2020; 54:121.
15. 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:e00022020.
16. Luján AIC, Loaiza DMC, Bandala MAS, Rojas VG. Percepción sobre la coordinación de la atención: el caso de las redes de servicios de salud de Xalapa y Veracruz, México, en el periodo 2014-2016. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2020; 19:1-21.
17. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, Paepe P, Lorenzo IV, Navarrete MLV. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública (Córdoba)* 2019; 23:26-40.
18. Jesus RPF, Santo ACGE, Mendes MFM, Samico IC. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:423-34.
19. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger J-P, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctor's experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* 2017; 182:10-9.
20. Mendes LS, Almeida PF, Santos AM, Samico IC, Porto JP, Vázquez M-L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00149520.
21. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Recife: Secretaria de Saúde; 2018.
22. Navarrete MLV, Lorenzo IV, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Playa P, et al. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Health Panorama* 2018; 4:653-64.
23. Araújo MCMH, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. 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* 2021; 26:3359-70.
24. 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:e0261604.
25. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
26. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:941-51.
27. Coêlho BP, Couto GA. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa de produção da saúde e da produção dos sujeitos no Sistema Único de Saúde. *Divulg Saúde Debate* 2009; (44):113-22.
28. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EAC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis (Rio J.)* 2015; 25:635-56.

## Abstract

This study analyzed the views of physicians towards coordination of clinical management between different levels of care. This was a cross-sectional quantitative study using data from a survey of 182 physicians in primary healthcare (PHC) and specialized care in Recife, Pernambuco State, Brazil, in 2017. The results revealed significant differences in the physicians' experience. Considering referrals, the majority (81.32%) felt that PHC physicians referred patients to specialized care when necessary, and the proportion was higher in PHC physicians themselves (92.73%). As for agreement, two-thirds of PHC physicians (67.27%) reported that they agreed with the treatment prescribed by the specialist, while only 33.86% of the specialists agreed with the PHC physician. Concerning clinical responsibility, 89.09% of PHC physicians reported that they were clinically responsible for the patient, compared to only 43.31% of the specialists. As for recommendations, most of the interviewees (63.19%) felt that the specialists did not issue recommendations, and this proportion was higher among PHC physicians (81.82%). For waiting time, the majority (82.42%) felt that patients waited too long for appointments in specialized care, and the proportion was higher among PHC physicians (98.18%) than among specialists (75.59%). Only 16.36% of PHC physicians felt that waiting time was too long in PHC, compared to 38.58% of the medical specialists. The study's results are consistent with similar studies and highlight the need to strengthen coordination between levels of care to achieve effective integration in healthcare networks.

*Intersectorial Collaboration; Health Care Levels; Quality of Health Care; Clinical Governance*

## Resumen

Este estudio analiza la perspectiva de los profesionales médicos sobre la coordinación de la gestión clínica entre niveles asistenciales. Se trata de una investigación transversal, cuantitativa, que utiliza datos de una encuesta realizada con 182 médicos de atención primaria en salud (APS) y especializada (AE) de Recife, Pernambuco, Brasil, en 2017. Los resultados presentaron diferencias significativas en la experiencia de los médicos. Sobre las derivaciones a especialistas, la mayoría (81,32%) considera que los médicos de la APS derivan a los pacientes hacia la AE cuando es necesario, siendo superior el porcentaje para médicos de la APS (92,73%). En cuanto a la concordancia, la mayor parte de los médicos de la APS (67,27%) informó estar de acuerdo con el tratamiento prescrito por parte del profesional de la AE, mientras que solamente un 33,86% de los especialistas están de acuerdo con el médico de la APS. Sobre la responsabilidad clínica, un 89,09% de los médicos de la APS afirmaron ser responsables clínicos del paciente, mientras que solamente un 43,31% de los especialistas informó sobre lo mismo. Sobre la realización de recomendaciones, la mayor parte de los entrevistados (63,19%) consideró que los especialistas no realizaron recomendaciones, siendo este porcentaje mayor entre los médicos de la APS (81,82%). Respecto al tiempo de espera, la mayoría (82,42%) cree que el paciente espera mucho para realizar la consulta en la AE, siendo el porcentaje para médicos de la APS (98,18%) superior al de la AE (75,59%). El tiempo de espera para la APS se consideró largo por solamente un 16,36% de los médicos de la APS, en contraste con un 38,58% de los médicos de la AE. Los resultados de este estudio coinciden con investigaciones semejantes y evidencian la necesidad de fortalecer la coordinación clínica entre niveles para alcanzar una integración efectiva de las redes asistenciales.

*Colaboración Intersectorial; Niveles de Atención de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Gestión Clínica*

Recebido em 09/Nov/2021

Versão final reapresentada em 07/Fev/2022

Aprovado em 15/Fev/2022