

## COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA VISÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

## CARE COORDINATION BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND SPECIALIZED CARE FROM THE PHYSICIAN'S PERSPECTIVE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Patty Fidelis de Almeida

Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, RJ, Brasil  
[pattyfidelis@id.uff.br](mailto:pattyfidelis@id.uff.br)

Raphaela Silva Tavares Lacerda

Universidade Federal Fluminense, ProfSaúde/Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, RJ, Brasil  
[raphaelast@hotmail.com](mailto:raphaelast@hotmail.com)

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar dimensões da coordenação clínica do cuidado entre médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE), considerando fatores laborais, organizacionais, atitudinais e de interação. **Método:** Estudo transversal com médicos da APS (51) e da AE (73) em um município de grande porte, com utilização do instrumento COORDENA-BR®. **Resultados:** A maioria dos médicos concordou que não havia troca de informações sobre pacientes em comum (89,5%). A percepção sobre a coerência da atenção foi mais positiva na APS (80,4%). Os especialistas não faziam orientações aos profissionais da APS (74%) que, por sua vez, não os consultavam no caso de dúvidas (84,3%). A maioria dos especialistas não sabia se os usuários eram atendidos na APS para continuidade assistencial (69,9%). Médicos da APS apresentaram maior carga horária no serviço, vínculos trabalhistas precarizados e consideravam o tempo de consulta insuficiente para a coordenação. Os profissionais não se conheciam pessoalmente. Estratégias que promovam comunicação, relacionamento interpessoal e informatização foram consideradas facilitadoras da coordenação. **Conclusão:** A coordenação entre médicos enfrenta desafios relacionados à falta de comunicação e coerência da atenção. A construção de relações de confiança, prontuários eletrônicos compartilhados e melhoria das condições de trabalho são essenciais para garantir uma abordagem mais integrada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Níveis de Atenção à Saúde. Integração dos Serviços de Saúde. Comunicação.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyse dimensions of clinical care coordination between Primary Health Care (PHC) and Specialized Care (SC) physicians, considering labor, organizational, attitudinal, and interactional factors. **Method:** Cross-sectional study with PHC (51) and SC (73) physicians in a large municipality, using the COORDENA-BR® instrument. **Results:** Most physicians agreed that there was no exchange of information about shared patients (89.5%). The perception of care coherence was more positive in PHC (80.4%). Specialists did not provide guidance to PHC professionals (74%), who, in turn, did not consult them in case of doubts (84.3%). Most specialists were unaware whether patients were referred to PHC for continued care (69.9%). PHC physicians had higher work hours, precarious labor ties, and considered consultation time insufficient for coordination. The professionals did not know each other personally. Strategies promoting communication, interpersonal relationships, and informatization were considered facilitators of coordination. **Conclusion:** Coordination between physicians faces challenges related to the lack of communication and care coherence. Building trustful relationships, shared electronic health records, and improving work conditions are essential to ensure a more integrated approach.

**Keywords:** Primary health care. Secondary Care. Health Care Levels. Integration of health services. Communication.

## INTRODUÇÃO

A garantia de coordenação dos cuidados é um imperativo dos sistemas de saúde frente à necessidade de respostas resolutivas e afeitas às expectativas dos usuários, famílias e profissionais. Parece não haver dissensos quanto aos benefícios da coordenação entre níveis assistenciais para enfrentar a fragmentação do cuidado que acarreta insatisfação do paciente, esgotamento dos profissionais, aumento de custos, agravamento do estado clínico e eventos adversos, principalmente para pessoas que convivem com agravos crônicos (Vimalananda et al., 2023). Sem coordenação adequada, ações e procedimentos em saúde podem ser prestados duas ou mais vezes, não serem ofertados ou então realizados fora do tempo clínico oportuno (WHO, 2018; Möcklia et al., 2023). Melhores níveis de coordenação implicam em menor utilização não planejada de serviços de saúde, entre os quais, hospitalizações e consultas médicas não programadas (Möcklia et al., 2023).

Evidências que indicam ser a coordenação do cuidado insuficiente, falha ou mesmo ausente são expressivas e não circunscritas a determinado contexto de sistema de saúde (Prates et al., 2017; Sadler et al., 2019; Mendes et al., 2021). Estudos a partir de metodologias que privilegiam a experiência dos usuários são consistentes em apontar os descaminhos, caminhos paralelos (geralmente com utilização do mix público-privado) e, muitas vezes, solitários, traçados na busca por atenção em saúde em face à fragmentação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Chang et al., 2018; Almeida et al., 2023).

Muitas são as formas e definições para operacionalizar, definir um conceito ou estrutura que oriente pesquisas e práticas direcionadas à coordenação do cuidado (McDonald et al., 2014; Baxter et al., 2018; Neill et al., 2023). A definição da *Agency for Healthcare Research and Quality* (McDonald et al., 2014) circunscreve a coordenação à organização deliberada das atividades de cuidado ao paciente com compartilhamento de informações e ações entre todos os atores envolvidos – profissionais, usuários e famílias. O objetivo é alcançar cuidados mais seguros, aceitáveis e eficazes em sinergia às necessidades e às preferências dos usuários que devem ser conhecidas, comunicadas em momento oportuno e direcionadas aos recursos necessários (McDonald et al., 2014). A função de coordenação, capaz de conectar recursos de diversas ordens, implica no planejamento e execução de atividades nesta direção, sem esperar que ocorram espontaneamente, por iniciativas individuais de profissionais ou usuários (Lacerda & Almeida, 2023).

As necessidades assistenciais interpostas pela convivência com agravos crônicos implicam no contato com distintos prestadores e especialidades médicas, o que representa um grande desafio à provisão coordenada de cuidado em contraposição à dispersão, sobretudo na interface entre cuidados primários e especializados e na alta hospitalar (Chang et al., 2018). Em que pese a insuficiência ou inadequabilidade na oferta dos serviços e ações em saúde em diversos cenários, falhas de coordenação mitigam os recursos existentes. Embora o conhecimento biomédico, somado às inovações tecnológicas, tenha impulsionado a especialização do cuidado em saúde, as comorbidades exigem abordagens cada vez mais integradas para as quais a colaboração, comunicação e coordenação entre médicos são consideradas essenciais (Braam et al., 2022).

Este artigo tem como objetivo analisar dimensões da coordenação clínica do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada (AE), considerando fatores laborais, organizacionais, atitudinais e de interação relacionados ao seu alcance na perspectiva de médicos. Embora a coordenação seja um atributo a ser buscado pelas equipes envolvidas no cuidado, os médicos da APS, frequentemente, representam o primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde, exercem função de filtro para os demais níveis assistenciais, sobretudo para a AE, o que justifica o desenvolvimento de estudos que envolvam a experiência e percepção destes profissionais. Tais relações, por vezes, são difíceis de serem estabelecidas e carecem de sistemas comuns de governança e de informação, uma vez que a comunicação entre os vários ambientes de saúde e entre os médicos envolvidos no círculo de cuidados de um paciente, em geral, caracterizam-se pela fragmentação (Lockhart et al., 2019).

## MÉTODO

### **Tipo de estudo**

Foi realizado estudo transversal com médicos que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modalidade de APS no Sistema Único de Saúde (SUS) e em Policlínicas de Especialidades, serviços de referência de AE no cenário estudado. Privilegiou-se a avaliação da coordenação clínica

entre níveis de atenção - APS e AE - na percepção e experiência de médicos. Foi utilizado o questionário COORDENA-BR®, adaptado, traduzido para o português e validado para uso no país. ([https://www2.equity-la.eu/upload/secciones/files/COORDENA\\_BR%202017.pdf](https://www2.equity-la.eu/upload/secciones/files/COORDENA_BR%202017.pdf))

### **Local, população e critérios de seleção**

O cenário do estudo foi um município de grande porte com cerca de 500 mil habitantes, localizado no estado do Rio de Janeiro, na Região Sudeste do país. No período de início da coleta dos dados (ago/2021) a rede de APS estava composta por 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atuação de equipes da ESF, responsável pela cobertura de 32,6% da população (Ministério da Saúde, 2023). Havia 08 Policlínicas Regionais, principal referência de especialidades para a APS.

Foram entrevistados 124 médicos. A escolha se justificou por serem os profissionais mais diretamente envolvidos nas ações de coordenação do cuidado, uma vez que as referências eram realizadas quase exclusivamente pelos médicos da APS e direcionadas aos especialistas das Policlínicas.

O critério de inclusão foi atuação mínima de 3 meses nos serviços no mês anterior à realização das entrevistas. Dos 69 médicos em atuação na APS do município em agosto de 2021, 51 foram incluídos no estudo. No que tange à atenção especializada, dos 95 médicos em atuação, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e das direções locais dos serviços, foram incluídos 73 especialistas de sete policlínicas que atendiam pacientes referenciados pelos médicos da APS.

É importante destacar que, no período de realização do estudo, em função da pandemia de Covid-19 e do concurso público realizado pelas Fundações gestoras da APS e da AE no município, muitas equipes da ESF e das Policlínicas encontravam-se em vacância de médicos.

### **Coleta de dados**

O questionário para realização do estudo transversal foi digitalizado utilizando-se o software *KoboTollbox* 1.4.8®, disponível em *tablets*, marca Samsung®. Foi realizado pré-teste com um médico da APS e da AE do município (não incluídos na análise) com vistas a realizar adequações em função das especificidades locais.

Para aplicação, foram realizadas entrevistas presenciais, entre os meses de agosto/2021 e julho/2022, nos respectivos locais de trabalho dos médicos, com duração média de 25 minutos. As questões abertas foram registradas em diários de campo e identificadas por respondente, para posterior categorização. A aplicação foi previamente agendada diretamente com os envolvidos.

### **Análise dos dados**

O COORDENA-BR® se baseia no modelo teórico para análise da coordenação clínica entre níveis assistenciais desenvolvido por Vázquez et al. (2015) e Vargas et al. (2016), composto por questões fechadas e abertas. O modelo proposto para análise da coordenação (Vázquez et al., 2015; Vargas et al., 2016) se reflete nos seis blocos que constituem o questionário: 1) 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) proposições para a melhoria da coordenação; 5) fatores organizacionais, laborais e atitudes relacionados à coordenação entre níveis; 6) perfil dos entrevistados. Este artigo analisa parte das variáveis que compõem os blocos 1, 2, 4 e 5, além do perfil dos entrevistados.

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 em bloco de proposições para melhoria da coordenação clínica dos cuidados nas RAS.

Foi realizada análise descritiva das variáveis, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Os dados foram analisados no programa Stata versão 15.0. As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e pelo teste exato de Fisher.

### Aspectos éticos

O estudo seguiu todas as diretrizes e prerrogativas legais estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal Fluminense, no ano de 2020, sob parecer nº 4.456.756 e CAAE 34986920.8.0000.8160, com anuência do município. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Falas de médicos apresentadas no Quadro 1 foram identificadas por siglas – APS e AE – e número conforme ordem de aplicação do questionário.

## RESULTADOS

### Perfil dos médicos entrevistados

Dos 124 médicos participantes, a maioria era do sexo feminino na APS (62,8%) e masculino na AE (57,5%). Os médicos da APS concentravam-se na faixa etária de 35 a 49 anos (45,1%), sendo na AE acima de 50 anos. A grande maioria dos profissionais possuía uma ou mais especialidades médicas, sendo a mais frequente Medicina de Família e Comunidade na APS e psiquiatria na AE. Todos os médicos da AE tinham alguma residência médica (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo, município de grande porte, RJ, Brasil, 2022

Características	APS n=51 (%)	AE n=73 (%)	Total n=124 (%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	32 (62,8)	31 (42,5)	63 (50,8)
Masculino	19 (37,2)	42 (57,5)	61 (49,2)
<b>Idade</b>			
25-34	11 (21,6)	7 (9,6)	18 (14,5)
35-49	23 (45,1)	24 (32,9)	47 (37,9)
50-80	17 (33,3)	42 (57,5)	59 (47,6)
<b>Residência médica*</b>			
Sem Residência	9	0	9
Medicina de Família e Comunidade	22	1	23
Ginecologia/obstetrícia	3	8	11
Cardiologia	1	6	7
Psiquiatria	2	12	14
Infectologia	0	7	7
Endocrinologia	0	7	7
Gastroenterologia	3	5	8
Medicina do Trabalho	7	1	8
Pediatria	7	3	10
Outras	16	31	39

\* Principais áreas de residência médica, alguns médicos relataram mais de uma área de formação.

Fonte: elaboração própria.

### Coordenação da informação e da gestão da clínica entre níveis assistenciais

Em relação à coordenação da informação, médicos da APS e AE concordavam que não havia troca de informações clínicas entre os pacientes em comum. Foi encontrada diferença na percepção sobre a coerência da atenção entre profissionais da APS e AE. A concordância acerca dos tratamentos indicados pelo profissional do outro nível era maior entre os médicos da APS (80,4%) ( $p <0,001$ ). Ainda assim, era residual pedidos de repetição de exames por ambos os profissionais. Também houve diferença na percepção sobre o encaminhamento dos usuários aos especialistas quando necessário – todos os médicos da APS responderam afirmativamente, enquanto entre os especialistas o percentual foi de 67,1% ( $p <0,001$ ) (Tabela 2).

Na maioria das questões relativas ao seguimento dos usuários, não houve diferença significativa na percepção dos profissionais dos dois níveis: cerca da metade dos médicos indicou haver encaminhamento dos usuários para APS para continuidade do seguimento (menor percentual entre médicos da AE) e 76,6% avaliaram que os especialistas não faziam orientações ao médico da APS. Na mesma direção, 86,3% dos participantes percebiam que médicos da APS não consultavam os especialistas quando tinham dúvidas sobre o acompanhamento dos pacientes. Houve diferença significativa em relação à realização de consulta de acompanhamento na APS após atendimento pelo especialista - 70,6% entre os médicos da APS e 30,1% entre os da AE ( $p <0,001$ ) (Tabela 2).

Os profissionais discordavam em relação à acessibilidade entre níveis assistenciais. A grande maioria dos médicos da APS (80,4%) percebiam que os usuários esperavam muito tempo para acesso à consulta com especialista, mas não para a própria APS (17,6%). Cerca da metade dos médicos da AE (47,9%) não consideravam longos os tempos de espera para especialistas, embora 23,3% não conhecessem tais tempos. Parte importante destes profissionais (38,4%) não conheciam os tempos de espera para consulta na APS (Tabela 2).

Tabela 2 – Experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada sobre a coordenação da informação e da gestão da clínica entre níveis assistenciais, município de grande porte, RJ, Brasil, 2022

Dimensões	APS n=51 (%)	AE n=73 (%)	Total n=124 (%)	p- valor
<b>Coordenação da informação</b>				
Médicos da APS e AE trocam informações sobre os pacientes em comum				
Sim	5 (9,8)	8 (11,0)	13 (10,5)	0,836
Não	46 (90,2)	65 (89,0)	111 (89,5)	
<b>Coordenação da gestão da clínica</b>				
Consistência/Coerência da atenção				
Médicos, incluindo você, estão de acordo com os tratamentos indicados por médicos de outro nível				
Sim	41 (80,4)	31 (42,5)	72 (58,1)	<0,001
Não	10 (19,6)	40 (54,8)	50 (40,3)	
NS/NR	0 (0,0)	2 (2,7)	2 (1,6)	
Médicos da APS e AE repetem exames realizados em outro nível				
Sim	9 (17,6)	12 (16,4)	21 (16,9)	0,950
Não	41 (80,4)	60 (80,2)	101 (81,5)	
NS/NR	1 (2,0)	1 (1,4)	2 (1,6)	
Médicos da APS encaminham os pacientes aos especialistas quando necessário				
Sim	51 (100,0)	49 (67,1)	100 (80,7)	<0,001
Não	0 (0,0)	19 (26,0)	19 (15,3)	
NS/NR	0 (0,0)	5 (6,9)	5 (4,0)	
Seguimento do paciente				
Especialistas encaminham os pacientes para APS para acompanhamento				
Sim	29 (56,9)	32 (43,8)	61 (49,2)	0,214
Não	22 (43,1)	39 (53,4)	61 (49,2)	
NS/NR	0 (0,0)	2 (2,8)	2 (1,6)	
Após ser atendido pelo especialista, o paciente realiza consulta de acompanhamento com o médico da APS				
Sim	36 (70,6)	22 (30,1)	58 (46,8)	<0,001
Não	15 (29,4)	41 (56,2)	56 (45,2)	
NS/NR	0 (0,0)	10 (13,7)	10 (8,0)	
Especialistas fazem recomendações/orientações ao médico da APS sobre o acompanhamento dos pacientes				
Sim	10 (16,6)	17 (23,3)	27 (21,8)	0,418
Não	41 (80,4)	54 (74,0)	95 (76,6)	
NS/NR	0 (0,0)	2 (2,7)	2 (1,6)	
Médicos da APS consultam os especialistas quando têm dúvidas sobre o acompanhamento dos pacientes				
Sim	7 (13,7)	3 (4,1)	10 (8,1)	0,062
Não	43 (84,3)	64 (87,7)	107 (86,3)	
NS/NR	1 (2,0)	6 (8,2)	7 (5,6)	

**Acessibilidade entre níveis**

O paciente espera muito tempo para consulta com especialista

Sim	41 (80,4)	21 (28,8)	62 (50,0)	<0,001
Não	8 (15,7)	35 (47,9)	43 (34,7)	
NS/NR	2 (3,9)	17 (23,3)	19 (15,3)	
Após consulta com o especialista, o paciente espera muito tempo para consulta na APS				
Sim	9 (17,6)	29 (39,7)	38 (30,6)	<0,001
Não	42 (82,4)	16 (21,9)	58 (46,8)	
NS/NR	0 (0,0)	28 (38,4)	28 (22,6)	

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.

Fonte: elaboração própria.

**Fatores laborais, organizacionais, atitudinais e de interação relacionados à coordenação clínica entre níveis assistenciais**

A diferença entre os vínculos laborais foi significativa entre médicos da APS e AE – majoritariamente precarizados entre os primeiros e estatutário nas Policlínicas. A quase totalidade dos profissionais da AE tinha cargas horárias abaixo das 20 horas, longa experiência profissional no mesmo serviço e atuavam concomitantemente no setor privado (Tabela 3).

Também houve diferenças quanto à avaliação da suficiência do tempo de consulta para realização das ações de coordenação – mais positiva entre os especialistas. No município, havia profissionais, vinculados à gestão da APS, responsáveis pela cogestão das UBS e articulação com os demais pontos da RAS, denominados supervisores/coordenadores de área. Sua atuação na articulação entre APS e AE foi reconhecida pela maioria dos médicos da APS (62,7%). Já as direções das Policlínicas não eram reconhecidas ou mesmo conhecidas como facilitadoras da coordenação, segundo a maioria dos médicos da AE (67,1%) (Tabela 3).

A grande maioria dos médicos não tinha pretensão de mudança de trabalho (83,1%), embora a satisfação se apresentasse em menor proporção (53,2%). Havia insatisfação com os salários (83,8%), com destaque para os especialistas (95,9%) ( $p <0,001$ ). Quanto aos fatores de interação, havia diferenças significativas nas percepções de médicos da APS e AE. Entre os profissionais da AE, 69,9% não reconheciam ou não sabiam se os médicos do nível primário eram responsáveis pelo acompanhamento longitudinal dos pacientes ( $p=0,008$ ) e 39,7% não responderam ou mencionaram não confiar em suas habilidades clínicas ( $p<0,001$ ). Por outro lado, um grande percentual de médicos da APS afirmou confiar nas habilidades clínicas dos médicos da AE (90,2%). De toda forma, profissionais de ambos os níveis não se conheciam (83,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores laborais, organizacionais, atitudinais e de interação relacionados à coordenação clínica entre níveis assistenciais, médicos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada, município de grande porte, RJ, Brasil, 2022

Fatores relacionados	APS n=51 (%)	AE n=73 (%)	Total n=124 (%)	p-valor
<b>Laborais</b>				
<b>Vínculo</b>				
Contrato	28 (54,9)	20 (27,4)	48 (38,7)	
Estatutário	0 (0,0)	52 (71,2)	52 (41,9)	<0,001
Celetista	5 (9,8)	1 (1,4)	6 (4,8)	
Outros	18 (35,3)	0 (0,0)	18 (14,5)	
<b>Horas de trabalho semanais</b>				
≤20	0 (0,0)	37 (50,7)	37 (29,8)	<0,001
21-40 horas	51 (100,0)	36 (49,3)	87 (70,2)	
<b>Trabalho no setor privado</b>				
Sim	21 (41,2)	55 (75,3)	76 (61,3)	
Não	30 (58,8)	18 (24,7)	48 (38,7)	
<b>Experiência no local de trabalho</b>				
				0,008

<b>(em meses)</b>				<b>0,011</b>
0-12 meses	11 (21,6)	15 (20,5)	26 (21,0)	
13-24 meses	12 (23,5)	3 (4,1)	15 (12,1)	
25-36 meses	8 (15,7)	8 (11,0)	16 (12,9)	
37-48 meses	2 (3,9)	8 (11,0)	10 (8,0)	
> 48 meses	18 (35,3)	39 (53,4)	57 (46,0)	
<i>Organizacional</i>				
<b>Tempo de consulta suficiente para coordenação</b>				
Sim <sup>1</sup>	17 (33,3)	43 (58,9)	60 (48,4)	
Não <sup>2</sup>	34 (66,7)	29 (39,7)	63 (50,8)	
NS/NR	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,8)	
<b>Supervisão de área facilita a articulação entre APS e AE</b>				
Sim <sup>1</sup>	32 (62,7)	23 (31,5)	55 (44,4)	
Não <sup>2</sup>	18 (35,3)	30 (41,1)	48 (38,7)	
NS/NR	1 (2,0)	20 (27,4)	21 (16,9)	
<b>Diretores das policlínicas facilitam a articulação entre APS e AE</b>				
Sim <sup>1</sup>	3 (5,9)	24 (32,9)	27 (21,8)	
Não <sup>2</sup>	32 (62,7)	34 (46,6)	66 (53,2)	
NS/NR	16 (31,4)	15 (20,5)	31 (25,0)	
<i>Atitudinais</i>				
<b>Pretensão de mudar de trabalho nos próximos 6 meses</b>				
Sim <sup>3</sup>	11 (21,6)	8 (10,9)	19 (15,3)	
Não <sup>4</sup>	39 (76,5)	64 (87,7)	103 (83,1)	
NS/NR	1 (1,9)	1 (1,4)	2 (1,6)	
<b>Satisfação com o salário</b>				
Sim <sup>3</sup>	16 (31,4)	3 (4,1)	19 (15,3)	
Não <sup>4</sup>	34 (66,7)	70 (95,9)	104 (83,9)	
NS/NR	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (0,8)	
<b>Satisfação com o trabalho</b>				
Sim <sup>3</sup>	31 (60,8)	35 (47,9)	66 (53,2)	
Não <sup>4</sup>	18 (35,3)	37 (50,7)	55 (44,4)	
NS/NR	2 (3,9)	1 (1,4)	3 (2,4)	
<i>Interacionais</i>				
<b>Médicos da APS são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal dos pacientes</b>				
Sim <sup>1</sup>	45 (88,2)	47 (64,4)	92 (74,2)	
Não <sup>2</sup>	6 (11,8)	22 (30,1)	28 (22,6)	
NS/NR	0 (0,0)	4 (5,5)	4 (3,2)	
<b>Conhece pessoalmente os médicos do outro nível</b>				
Sim <sup>1</sup>	5 (9,8)	5 (6,8)	10 (8,1)	
Não <sup>2</sup>	46 (90,2)	57 (78,1)	103 (83,1)	
NS/NR	0 (0,0)	11 (15,1)	11 (8,9)	
<b>Confia nas habilidades clínicas dos médicos do outro nível</b>				
Sim <sup>1</sup>	46 (90,2)	44 (60,3)	90 (72,6)	
Não <sup>2</sup>	5 (9,8)	20 (27,4)	25 (20,2)	
NS/NR	0 (0,0)	9 (12,3)	9 (7,2)	

Fonte: Elaboração própria.

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

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

<sup>3</sup>Sim = concordo totalmente e concordo; <sup>4</sup>Não = não concordo, nem discordo; discordo e discordo totalmente.

### **Proposições para a melhoria da coordenação entre níveis assistenciais**

Nas questões abertas que indagavam sobre as sugestões para melhoria ou implementação de mecanismos de coordenação, a maioria das proposições se concentrou na informatização da rede com prontuários eletrônicos compartilhados e, sobretudo, em estratégias que incentivavam o contato, comunicação e colaboração pessoal entre os profissionais por meio da melhoria e troca de informações, sessões clínicas, capacitações, reuniões compartilhadas. Outro conjunto, se alinhou à melhoria das condições laborais (salários, vínculos, contratação, valorização dos profissionais, disponibilidade de telefone/WhatsApp). Um terceiro grupo, indicou medidas como desburocratização do processo de referência, melhor descrição/evolução dos casos, apoio matricial, colaboração das direções dos serviços, entre outras (Quadro 1).

Quadro 1 – Proposições para melhoria da coordenação entre níveis assistenciais, médicos da Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada, município de grande porte, RJ, Brasil, 2022

Proposição	N APS	N AE	Falas participantes da pesquisa
Prontuário eletrônico único e informatização da rede	15	23	<i>Necessidade de prontuário único, pois como não sabe o que o colega fez, há duplicação de consulta. (AE2)</i>
Melhorar a comunicação e troca de informações entre profissionais	6	33	<i>Afinar o que precisa ser feito para construir projetos conjuntos. (AE35)</i>
Sessões clínicas conjuntas APS e AE	6	24	<i>Ter espaços para o especialista falar sobre os casos com a APS e os especialistas poderiam orientar e tirar dúvidas dos médicos da APS. (AE23)</i>
Sensibilização/capacitação sobre a importância do envio/preenchimento da referência/contrarreferência	14	7	<i>Responder a contrarreferência já ajuda demais... (APS42)</i>
Melhoria das condições de trabalho: salários, vínculos, valorização dos profissionais	2	21	<i>A rede deveria ter profissionais e vínculos estáveis com maior organização e compromisso com o paciente. (AE34)</i>
Atividades conjuntas entre médicos APS e AE: encontros, reuniões, capacitações	13	16	<i>Capacitações conjuntas com todos da rede proporcionaria um aprendizado enorme. (APS18)</i>
Maior oferta de AE/contratação de especialistas	1	12	<i>Demanda muito alta, não há tempo para se articular. (AE71)</i>
Disponibilidade/contato por telefone/WhatsApp	2	11	<i>Deveria ter um telefone institucional que funcione e a lista de contato dos profissionais para melhorar a comunicação. (AE29)</i>
Menos burocracia no agendamento das referências diretamente pelos médicos APS	2	8	<i>Os médicos da APS poderiam agendar as consultas com especialistas, para não precisar de terceiros para o agendamento... (APS50)</i>
Aprimoramento na descrição/evolução dos casos	-	6	<i>Deveria haver melhora na descrição e na evolução dos casos na APS. (AE5)</i>
Apoio matricial	2	4	<i>Ter matriciamento do ambulatório com a supervisão do NASF. (AE30)</i>
Sensibilização para que os médicos conheçam o funcionamento da APS e da rede	3	2	<i>O especialista não sabe o que acontece na APS e vice-versa. (APS11)</i>
Colaboração da supervisão e das direções na integração APS e AE	3	3	<i>Deveria haver união da rede de saúde para não deixar os pacientes soltos. (APS44)</i>
Tornar o trabalho na APS mais visível na rede	1	2	<i>A APS é carente de muita coisa devido ao foco hospitalar... (APS15)</i>

Siglas: AE – Atenção Especializada; APS – Atenção Primária à Saúde; NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família.

Fonte: Elaboração própria.

## DISCUSSÃO

Ao se considerar o caráter relacional como um dos aspectos essenciais da coordenação do cuidado entre níveis assistenciais, os desafios se interpõem em muitas dimensões. As experiências de médicos da APS e da AE são distintas em diversos aspectos, inclusive em relação às condições de trabalho e aos fatores organizacionais, atitudinais e interacionais. Tais diferenças são esperadas uma vez que não conformam um grupo homogêneo e existem diferenças expressivas entre as especialidades médicas (Braam et al., 2022). De toda forma, em que pese certa cautela em relação ao nível das evidências, parece haver sinalizações positivas quanto à melhoria do atendimento, segurança dos usuários e eficiência na prestação dos cuidados em saúde a partir do estabelecimento da colaboração entre profissionais internáveis (Braam et al., 2022). Portanto, argumenta-se ser este um campo prioritário e permeável a intervenções entre as diversas categorias profissionais. Além disso, ainda que o estudo tenha envolvido somente médicos, infere-se que a ausência de comunicação provavelmente se estende à maioria dos profissionais de saúde que atuam na RAS. Assim, os resultados podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de coordenação mais amplas, que promovam e estimulem a colaboração profissional, interprofissional e o trabalho em equipe.

Os resultados do estudo mostram que médicos da APS e AE não trocam informações, orientações ou tiram dúvidas sobre pacientes cujo atendimento é compartilhado. Embora a APS esteja no centro do debate sobre coordenação em contextos no qual ocupa a direção do sistema, estudos em sistemas de saúde latino-americanos (universais e segmentados) mostram ser recorrente o desconhecimento pelos pares da AE acerca das funções dos médicos do primeiro nível e da necessidade de acompanhamento longitudinal nos serviços de base comunitária (Mendes et al., 2021; Gallego-Ardila et al., 2019). Nesse sentido, aliado à efetivação das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) (OPAS, 2010) são necessárias medidas para que os profissionais se reconheçam em objetivos comuns, entre os quais, assegurar ao usuário uma trajetória terapêutica sem sobressaltos ou percepção de abandono, mesmo em face aos recorrentes problemas de acesso à AE (Cyr et al., 2019). Tais princípios (mais que objetivos) extrapolam a capacidade de um nível assistencial e exigem respostas sistêmicas.

Os achados indicam alguma coerência da atenção pela não repetição de exames, ainda que haja diferenças expressivas em relação à percepção quanto à terapêutica indicada, com menor grau de acordo na AE em relação aos tratamentos prescritos na APS. Na mesma direção, especialistas focais encaminham menos e discordam/desconhecem se há continuidade do cuidado na APS. A construção de relações de confiança entre profissionais de saúde associa-se à comunicação e interação de alta qualidade (Rasiah et al., 2020), que, no geral, não surge espontaneamente. Com tempos de consulta e interações mais restritas, é importante que os especialistas confiem nas habilidades e propedêutica dos médicos de família, competências aprimoradas pela possibilidade de acompanhamento longitudinal dos pacientes na APS.

Médicos da APS e AE percebem de forma mais positiva os tempos de espera para o seu próprio nível assistencial. O achado parece indicar, por um lado, certo desconhecimento na AE acerca dos diversos gargalos enfrentados na transição entre níveis assistenciais, entre os quais os longos tempos de espera para exames e consultas especializados (Jaakkimainen et al., 2014; OECD et al., 2020; Marshall et al., 2023). Por outro lado, embora a APS seja a porta de entrada para o SUS, a percepção positiva da grande maioria dos médicos parece divergir em relação a estudos que também sinalizam problemas de acesso ao primeiro nível, principalmente em contexto que se seguiu à pandemia de Covid-19 (Almeida et al., 2023; Khalil-Khan & Khan, 2023). Nesse sentido, os resultados indicam dois fatores relevantes. Primeiro, que a percepção dos médicos sobre os tempos de espera e os gargalos na transição assistencial é definida por uma visão setorial e segmentada do sistema de saúde. Por outro lado, uma análise crítica pós-pandemia é fundamental para identificar e superar problemas de acesso que surgiram nesse período, bem como assimilar à prática clínica as tecnologias utilizadas no período, que inclusive podem auxiliar na coordenação do cuidado por meio de estratégias remotas.

Colaboração é essencialmente um processo interpessoal que inclui disposição, confiança, respeito mútuo e comunicação, aspectos condicionados ao pertencimento a determinada especialidade – quanto mais alta hierarquia ou valor social atribuído à especialidade, maiores são as barreiras à comunicação (Braam et al., 2022), o que sinaliza desafios em contextos de baixa valoração da APS. De toda forma, para que a colaboração ocorra, o profissional deve se sentir responsável e reconhecido, seja pela melhoria da segurança do paciente ou pela possibilidade de aprendizagem

decorrente das trocas realizadas (Braam et al., 2022). Ainda assim, médicos da APS e AE sequer se conheciam, em que pese, no cenário da pesquisa, o longo tempo de atuação dos especialistas no serviço, com vínculos estáveis, o que representaria uma oportunidade de aproximação ainda não aproveitada.

Neste e em outros estudos (Lacerda & Almeida, 2023; Almeida et al., 2021; Northwood et al., 2023), dispositivos que estimulem a comunicação mútua e o relacionamento pessoal, como sessões clínicas compartilhadas, elaboração conjunta de planos de cuidados abrangentes não focados apenas no agravo, consultas compartilhadas, entre outros, foram citados e carecem de incentivos e estímulos como tempo e recursos para que possam ocorrer. Na mesma direção, definição de responsabilidades, previsibilidade, entendimento comum e confiança também são mediadores importantes para aprimorar processos de coordenação entre as equipes de saúde (Weaver et al., 2018).

A carga de trabalho elevada ou o estresse percebido, além de diminuírem o tempo para comunicação, facilitam o surgimento de comportamentos pouco afáveis e ambientes de trabalho hostis (Braam et al., 2022). O estresse relacionado ao trabalho médico é mais evidente entre os que atuam na APS (Gunja et al., 2022). Neste estudo, profissionais do primeiro nível percebem a insuficiência do tempo de consulta para ações de coordenação, apresentam maior carga horária no serviço e vínculos trabalhistas precarizados. Considerando-se a carência de médicos para a APS, e o papel do estresse na escolha e rotatividade profissional, intervenções direcionadas à melhoria das condições de trabalho (desprecarização dos vínculos trabalhistas, plano de carreira, informatização, entre outras) podem, em sinergia, incentivar melhor comunicação, atração e fixação profissional (Siegrist et al., 2010; Yates, 2020), sobretudo em grupos, como neste estudo, com pretensão de continuidade no atual posto de trabalho.

Assim como ocorre em relação a metas de acesso e utilização de serviços de saúde, sugere-se a definição e incorporação de indicadores para pagamento por desempenho que possam incentivar a integração/coordenação entre profissionais da RISS, e, adicionalmente, responder à insatisfação salarial, presente neste estudo. Os próprios participantes sugerem um conjunto de medidas (Quadro1) que poderiam ser consideradas na implementação de políticas e práticas de saúde pró-coordenação, seguidas por processos de monitoramento e avaliação. Estratégias como sessões clínicas compartilhadas, elaboração conjunta de planos de cuidados abrangentes não focados apenas no agravo (Northwood et al., 2023), realização de consultas compartilhadas, grupos de trabalho que envolvam equipes dos diversos serviços (Almeida et al., 2018; Almeida et al., 2021), que podem ser operados pessoalmente ou mediados por tecnologias, e enfermeiras gestoras de casos complexos (Servicio Andaluz de Salud, 2017) são alguns dos dispositivos para estimular a comunicação e o relacionamento interprofissional/profissional. No mesmo sentido, é necessário estar atento para que ações de coordenação não sejam percebidas como tarefas não-clínicas ou burocráticas, geradoras de insatisfação e esgotamento profissional (Yates, 2020), o que requer participação dos envolvidos para a produção de sentido e valor.

Barreiras ao compartilhamento e interoperabilidade de registros de saúde afetam as possibilidades de coordenação do cuidado na percepção de usuários e profissionais (Chang et al., 2018), sendo um tema pendente no cenário da pesquisa. A incompleta informatização dos serviços de saúde, inexistência de prontuários eletrônicos compartilhados, de sistemas para recebimento dos resultados das provas diagnósticas, dissipam possibilidades de coordenação do cuidado e esgarçam os recursos em saúde existentes (Lacerda & Almeida, 2023). A despeito da indiscutível necessidade, apontada com ênfase pelos participantes, a interação com os prontuários eletrônicos quando empregam interfaces não amistosas pode ser gerador de estresse e insatisfação entre médicos (Yates, 2020), sendo este um aspecto a ser considerado. Os resultados do estudo mostram a incipiente da incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação para otimizar a coordenação do cuidado entre níveis assistenciais. Tal fato se agrava pela baixa adesão à tradicional proposta de referência e contrarreferência que, ainda que conservadora e burocrática, poderia oferecer algum suporte clínico à coordenação do cuidado (Almeida & Santos, 2015) e, no cenário do estudo, poderia ser desenvolvida e incentivada pela coordenação/supervisão de área e pela direção dos serviços especializados.

Como limitação, a investigação não abrangeu gestores, usuários e outros profissionais da ESF que poderiam oferecer aportes à melhoria da coordenação. De toda forma, considerando o importante papel de médicos nos processos de regulação assistencial e a difícil adesão e disponibilidade para participação em pesquisas, exigindo repetidos retornos das pesquisadoras aos serviços de saúde,

advoga-se que os resultados do estudo podem oferecer contribuições viáveis à implementação de ações pró-coordenação em contextos semelhantes e que envolvam outros profissionais, sobretudo da enfermagem nas equipes da ESF.

## CONCLUSÃO

Este estudo soma-se a uma considerável produção que enfaticamente explicita falhas ou ausência de coordenação entre níveis assistenciais. Outrossim, um conjunto de instrumentos e estratégias é apresentado como potencialmente capaz de aprimorar as respostas do sistema de saúde aos usuários, provedores e profissionais.

Ainda que haja divergência nas percepções sobre tempos de espera e acesso à APS e AE e quanto à responsabilização pela continuidade do cuidado condicionada, entre vários aspectos, pela valoração social e entre pares das próprias especialidades médicas, visão fragmentada e setorial do sistema de saúde, argumenta-se que há espaços para a implementação de medidas pró-coordenação. Estratégias como sessões clínicas compartilhadas, consultas conjuntas e uso de tecnologias como prontuários eletrônicos compartilhados e telemedicina, que facilitam o fluxo de informações, são apontadas pela literatura e pelos participantes do estudo. Além disso, a definição de responsabilidades claras e a promoção de confiança mútua entre os profissionais podem fortalecer a colaboração.

Na mesma direção, outro ponto crítico é a insuficiência de tempo e recursos para ações de coordenação. O estresse relacionado à elevada carga de trabalho, sobretudo na APS, contribui para a escassez de tempo para interações e para a percepção de um ambiente de trabalho hostil. Nesse sentido, a melhoria das condições de trabalho dos profissionais, são medidas necessárias para promover um ambiente mais propício à comunicação e cordialidade nas relações. A informatização dos serviços de saúde, com sistemas integrados e interoperáveis, é essencial para superar as barreiras tecnológicas que ainda limitam a coordenação do cuidado. Profissionais responsáveis pela integração entre serviços e vinculação com usuários em casos complexos – a exemplo das enfermeiras gestoras de caso – são experimentadas em vários países e se apresentam como um dispositivo possível.

A despeito dos muitos condicionantes, argumenta-se que há espaços para melhorias e inovações impulsionadas pelas gestões do SUS em sinergia com os trabalhadores da saúde, o que exige prioridade política refletida em financiamento, apoio institucional, processos formativos, de monitoramento e avaliação, que mobilizem esforços e sensibilizem gestores e profissionais na direção pró-coordenação do cuidado no sistema público de saúde.

## AGRADECIMENTOS

O estudo “Coordenação e continuidade dos cuidados entre APS e AE no município de Niterói” foi financiado por meio do Edital do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA), parceria da Prefeitura Municipal de Niterói-RJ e Universidade Federal Fluminense. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio por meio de Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) à Almeida PF.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. & SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: Almeida, P. F.; Santos, A. M. & Souza, M. K. B. (orgs). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba. 2015. pp.277-303. <https://doi.org/10.7476/9788523218768.0013>
- ALMEIDA, P. F., MEDINA, M. G., FAUSTO, M. C. R., GIOVANELLA, L., BOUSQUAT, A. & MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, vol. 42, n.º 1, pp. 244-60, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
- ALMEIDA, H. B.; VANDERLEI, L. C. M; MENDES, M. F. M.; FRIAS, P.G. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 51, n.2, p. e00022020, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022020>
- ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R. F. L. Care trajectories of COVID-19 patients: from preventive measures to rehabilitation. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 39, n. 2, p. e00163222, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt163222>

- BRAAM, A.; BULJAC-SAMARDZIC, M.; HILDERS, C. G. J. M.; VAN WIJNGAARDEN, J. D. H. Collaboration Between Physicians from Different Medical Specialties in Hospital Settings: A Systematic Review. **Journal of multidisciplinary healthcare**. v. 15, p. 2277–2300, 2022. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S376927>
- BAXTER, S.; JOHNSON, M.; CHAMBERS, D.; SUTTON, A.; GOYDER, E.; BOOTH, A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. **BMC health services research**. v. 18, n. 1, p. 350, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- CHANG, L.; WANNER, K. J.; KOVALSKY, D.; SMITH, K. L. & RHODES, K. V. "It's Really Overwhelming": Patient Perspectives on Care Coordination. **Journal of the American Board of Family Medicine**. v. 3, n. 5, p. 682–690, 2018. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.05.180034>
- CYR, M. E.; ETCHIN, A. G.; GUTHRIE, B. J. & BENNEYAN, J. C. Access to specialty healthcare in urban versus rural US populations: a systematic literature review. **BMC health services research**. v.19, n. 1, p. 974, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4815-5>
- GALLEGOS-ARDILA, A. D.; PINZÓN-RONDÓN, Á. M.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; CARDOZO, C. X.; VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M-L. Care coordination in two of Bogota's public healthcare networks: A cross-sectional study among doctors. **International Journal of Care Coordination**. v. 22, n. 3-4, p. 127-139, 2019. <https://doi.org/10.1177/2053434519892469>
- GUNJA, M. Z; GUMAS, E. D.; WILLIAMS II, R. D.; DOTY, M. M.; SHAH, A.; FIELDS, K. Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis. Surveys. Findings from the 2022. **International Health Policy Survey of Primary Care Physicians**. 17, 2022.
- JAAKKIMAINEN, L.; GLAZIER, R.; BARNSLEY, J.; SALKELD, E.; LU, H. & TU, K. Waiting to see the specialist: patient and provider characteristics of wait times from primary to specialty care. **BMC family practice**, 15, 16, 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-16>
- KHALIL-KHAN, A. & KHAN, M. A. The Impact of COVID-19 on Primary Care: A Scoping Review. **Cureus**. v.15, n. 1, p. e33241, 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.33241>
- LACERDA, R.S.T. & ALMEIDA, P. F. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 27, p. e220665, 2023. <https://doi.org/10.1590/interface.220665>
- LOCKHART, E.; HAWKER, G. A.; IVERS, N. M.; O'BRIEN, T.; MUKERJI, G.; PARISER, P. et al. Engaging primary care physicians in care coordination for patients with complex medical conditions. **Canadian family physician**. v. 65, n. 4, p. e155–e162, 2019.
- MARSHALL, E. G.; MILLER, L.; MORITZ, L.R. Challenges and impacts from wait times for specialist care identified by primary care providers: Results from the MAAP study cross-sectional survey. **Healthc Manage Forum**. v. 36, n. 5, p. 340-346, 2023. <https://doi.org/10.1177/08404704231182671>
- McDONALD, K. M.; SCHULTZ, E.; ALBIN, L.; PINEDA, N.; LONHART, J.; SUNDARAM, V. et al. **Care Coordination Atlas Version 4**. [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.
- MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F., SANTOS; A. M.; SAMICO, I. C.; PORTO, J. P. & VÁZQUEZ, M. L. Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00149520, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149520>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **E-Gestor**. [Internet] [citado em 2023 dez 01]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml> Acessado em 12 nov 2023.
- MÖCKLIA, N; SIMONA, M.; DENHAERYNCK, K.; MARTINS, T.; MEYER-MASSETTI, C.; FISCHER, R. et al. Care coordination in homecare and its relationship with quality of care: A national multicenter cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**. v. 145, p. 104544, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104544>
- NEILL, R.; ZIA, N.; ASHRAF, L.; KHAN, Z.; PRYOR, W.; BACHANI, A. M. Integration measurement and its applications in low- and middle-income country health systems: a scoping review. **BMC Public Health**. v. 23, n. 1, p. 1876, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16724-2>

- NORTHWOOD, M.; SHAH, A. Q.; ABEYGUNAWARDENA, C.; GARNETT, A. & SCHUMACHER, C. Care Coordination of Older Adults With Diabetes: A Scoping Review. **Canadian journal of diabetes.** v. 47, n. 3, p. 272–286, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2022.11.004>
- OECD. **Waiting times for health services: next in line.** [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.** [Internet]. Washington: OPAS; 2010.
- PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S. D.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T. et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881–1893, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
- RASIAH, S.; JAAFAR, S.; YUSOF, S.; PONNUDURAI, G.; CHUNG, K. P. Y.; AMIRTHALINGAM, S. D. A study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol. **BMJ Open.** v. 10, p. e028061. 2020. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028061>
- SADLER, E.; POTTERTON, V.; ANDERSON, R.; KHADJESARI, Z.; SHEEHAN, K.; BUTT, F. et al. Service user, carer and provider perspectives on integrated care for older people with frailty, and factors perceived to facilitate and hinder implementation: A systematic review and narrative synthesis. **PloS one.** v. 14, n. 5, p. e0216488, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216488>
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, CONSEJERÍA DE SALUD, ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA. **Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud.** Servicio Andaluz de Salud: 2017.
- SIEGRIST, J.; SHACKELTON, R.; LINK, C.; MARCEAU, L.; VON DEM KNESEBECK, O. & MCKINLAY, J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. **Social science & medicine.** v. 71, n. 2, p. 298–304, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.043>
- WEAVER, S. J.; CHE, X. X.; PETERSEN, L. A. & HYSONG, S. J. Unpacking Care Coordination Through a Multiteam System Lens: A Conceptual Framework and Systematic Review. **Medical care.** v. 56, n. 3, p. 247–259, 2018. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000874>
- WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuity and Coordination of Care: A Practice Brief to Support Implementation of the WHO Framework on Integrated People-centred Health Services.** [Internet]. Geneva: WHO; 2018.
- VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; DE PAEPE, P.; FERREIRA DA SILVA, M. R.; UNGER, J. P.; & VÁZQUEZ, M. L. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health policy and planning.** v. 31, n. 6, p. 736–748, 2016. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
- VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, I.; UNGER, J. P.; DE PAEPE, P.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; 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.** v. 5, n. 7, p. e007037, 2015. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007037>
- VIMALANANDA, V. G.; METERKO, M.; SITTER, K. E.; QIAN, S.; WORMWOOD, J. B. & FINCKE, B. G. Patients' Experience of Specialty Care Coordination: Survey Development and Validation. **Journal of patient-centered research and reviews.** v. 10, n. 4, p. 219–230, 2023. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.2027>
- YATES, S. W. Physician Stress and Burnout. **The American journal of medicine.** v. 133, n. 2, p. 160–164, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>