

Coordenação do cuidado nos sistemas de saúde a usuários com diabetes e hipertensão: uma revisão de escopo*

Virgílio Luiz Marques de Macedo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0908-5392>

Naira Pereira de Sousa¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6052-3549>

Ana Cristina dos Santos^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-4343-0348>

Walterlânia Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6266-8901>

Marina Morato Stival¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6830-4914>

Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4491-1661>

Destaques: **(1)** Foram identificadas oito categorias para o conceito da coordenação do cuidado. **(2)** Destaque para categoria de informação e comunicação. **(3)** A coordenação do cuidado é fundamental para as doenças crônicas não transmissíveis. **(4)** Ter um enfermeiro como gestor de cuidados pode melhorar a coordenação do cuidado.

Objetivo: mapear as evidências disponíveis acerca das características da coordenação do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada Ambulatorial aos usuários com diabetes e hipertensão. **Método:** trata-se de uma revisão de escopo que teve 40 artigos como amostra final avaliados por meio de Análise de Conteúdo, do tipo temático-categorial, com auxílio de ferramenta tecnológica. **Resultados:** a coordenação do cuidado foi definida por meio de oito categorias: informação e comunicação, integração do cuidado, melhoria e qualidade, gestão do cuidado, compartilhamento do cuidado, atributo fundamental, profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde, com concentração dos resultados dos artigos principalmente em quatro categorias, destacando-se a informação e comunicação, seguida da categoria de gestão do cuidado e da categoria de compartilhamento do cuidado, em paralelo com melhoria e qualidade. **Conclusão:** ferramentas tecnológicas são um primeiro passo na garantia da coordenação do cuidado, mostrando-se uma característica significativa, com ênfase nos estudos sobre o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde por meio de prontuários eletrônicos. No entanto, apesar dessa tecnologia se mostrar vantajosa para o sistema de saúde, com bons resultados, não é o único meio de se garantir a coordenação do cuidado.

Descritores: Hipertensão; Diabetes *Mellitus*; Atenção Primária à Saúde; Assistência Ambulatorial; Sistemas de Saúde; Avaliação em Saúde.

* Artigo extraído de dissertação de mestrado "Características da coordenação do cuidado nos sistemas de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos: revisão de escopo", apresentada à Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

¹ Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

² Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

³ Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

⁴ Secretaria de Estado de Saúde, Hospital de Base, Brasília, DF, Brasil.

Como citar este artigo

Macedo VLM, Sousa NP, Santos AC, Santos W, Stival MM, Rehem TCMSB. Coordination of care in health systems for users with diabetes and hypertension: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4428 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7198.4428>

ano mês dia

URL

Introdução

Os sistemas de saúde devem promover, restaurar e manter a saúde da população, como um conjunto de serviços que se comunicam, para garantir a proteção social. Como preceito do Sistema Único de Saúde (SUS), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são o futuro, possibilitando um trabalho cooperativo, operacionalizado, de forma compartilhada e com foco em atestar a qualidade da assistência prestada⁽¹⁻²⁾.

Para isso, é necessário que a coordenação da atenção à saúde esteja fortalecida, no entanto, tal fato tem se mostrado um desafio atual e que gera preocupações crescentes. Nesse sentido, a organização dos sistemas e das RAS demanda que a Atenção Primária à Saúde (APS) assuma seu papel como coordenadora do cuidado, pois, quando isso ocorre, ela demonstra estar fortemente associada à ampliação do acesso, melhora na qualidade do serviço prestado, satisfação aos usuários e melhor utilização de recursos⁽³⁻⁵⁾.

O sistema de saúde, por meio da coordenação do cuidado realizada pela APS, possibilita aos usuários acesso à Atenção Secundária (AS), também denominada Atenção Especializada Ambulatorial (AEA), corresponsável pelos usuários do sistema de saúde, garantindo a retaguarda assistencial e realizando consultorias frente aos cuidados prestados⁽⁶⁾.

Vale ressaltar que o cuidado precisa ser ofertado para garantir a sua integralidade, pois somente assim será possível promover assistência específica quando a APS necessitar de um complemento. No entanto, no Brasil, a estrutura desse nível de atenção é insuficiente e pouco articulada, fazendo com que a APS realize um trabalho isolado⁽⁷⁾.

Ainda se sabe que os usuários com doença crônica não transmissível (DCNT) precisam de um acompanhamento contínuo, pois, quando o cuidado é interrompido, vários são os prejuízos para o sistema de saúde e para o próprio usuário, sendo necessária uma comunicação eficaz entre os diversos serviços de saúde⁽⁸⁾.

No que se refere à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes *mellitus* (DM), elas estão em ascensão no Brasil e no mundo, com aumento da sua prevalência na população e consequente aumento das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares. Isto posto, faz-se necessário o direcionamento de estratégias para o combate efetivo dessas doenças⁽⁹⁻¹¹⁾.

Desse modo, a coordenação do cuidado se mostra relevante, já que os efeitos negativos de sua ausência são sinais de má qualidade da atenção à saúde, sendo ainda mais potentes nas condições crônicas, como na HAS e na DM⁽¹²⁾. Apesar disso, um estudo que realizou mapeamento bibliográfico de artigos sobre a APS no Brasil até 2016⁽⁴⁾

apontou que somente 5,5% dos estudos foram sobre o atributo da coordenação do cuidado, na proporção dos artigos selecionados na amostra levantada pelos autores.

Além disso, considerando a relevância da HAS e DM na APS somada ao número baixo de estudos sobre a coordenação do cuidado, conforme supracitado, bem como as especificidades da assistência aos usuários com doenças crônicas, e também considerando que é possível que a coordenação do cuidado seja uma estratégia fundamental para o aprimoramento do sistema de saúde, este estudo teve como objetivo mapear as evidências disponíveis acerca das características da coordenação do cuidado entre a APS e a AEA aos usuários com diabetes e hipertensão.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo conduzida de acordo com as diretrizes metodológicas da Colaboração *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisão de escopo, relatada de acordo com a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽¹³⁾.

Esta é uma metodologia de revisão de literatura utilizada para mapear os principais conceitos, resumir evidências, possibilitar maior amplitude da literatura e informar pesquisas futuras que perpassam a realização de um esboço da revisão, a elaboração de critérios de inclusão, estratégia de busca, extração, apresentação e resumo dos resultados e suas implicações para a pesquisa e para a prática⁽¹³⁾.

Esta metodologia foi adotada para possibilitar explorar as informações que já estão disponíveis acerca da coordenação do cuidado entre a APS e a AEA em usuários com HAS e DM e, assim, possibilitar uma análise das características desse atributo. O protocolo de revisão foi registrado no *Open Science Framework* (OSF) sob o DOI 10.17605/OSF.IO/9CV6N para deixar público as informações do estudo e estimular a transparência e possibilitar que a estratégia de busca da pesquisa seja replicada.

Critérios de seleção

A questão norteadora da revisão foi formulada com base na estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) conforme orientado pela JBI, resultando na seguinte questão: "Quais as características da coordenação do cuidado a usuários com diabetes e hipertensão entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada

Ambulatorial?”. Para a construção desta questão e para a realização da busca, a estratégia PCC foi estipulada como: P para os usuários com diabetes e/ou hipertensão; C para coordenação do cuidado; e C para APS e AEA.

Esta revisão de escopo considerou artigos nacionais e internacionais, publicados em português, inglês ou espanhol, e não realizou restrição de data de publicação, pois o objetivo da revisão foi relatar toda a literatura existente. Além disso, considerou-se artigos publicados na íntegra em formato completo, podendo ser qualitativos, quantitativos ou mistos, e publicados até o período da coleta de dados.

Foram definidos como critérios de exclusão os artigos de revisão, por abordarem a interpretação e síntese de uma fonte não primária, as cartas ao editor, os resumos e os trabalhos publicados em anais de eventos científicos devido à necessidade de maior robustez dos dados apresentados.

Coleta de dados

Inicialmente, foi realizada uma etapa-teste por meio da base de dados da *PubMed/Medline* para identificar artigos que abordassem o tema desejado e analisar as palavras-chave a serem utilizadas. Com os artigos referentes ao tema desejado, foi possível identificar e analisar as palavras contidas para desenvolver a estratégia de busca completa. Durante a busca, nenhuma revisão sistemática ou de escopo que abordasse a questão deste estudo foi encontrada.

Para maximizar e garantir a qualidade na pesquisa, as buscas foram elaboradas com a colaboração de bibliotecário especialista em ciências da saúde, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/*Medical Subject Headings* (MeSH) e projetando cabeçalhos de assuntos médicos da *Medline* relacionados à pergunta da pesquisa.

Com a definição realizada e testada, os termos e palavras-chave foram adaptados a cada base de dados, utilizando como modelo a estratégia de busca montada para a *PubMed/Medline*: (“Hypertension” [MeSH Terms] OR “Hypertension” [All Fields] OR “High Blood Pressure” [All Fields] OR “High Blood Pressures” [All Fields] OR “Diabetes Mellitus” [MeSH Terms] OR “Diabetes Mellitus” [All Fields] OR “Diabetes” [Title/Abstract]) AND (“Primary Health Care” [MeSH Terms] OR “Primary Health Care” [All Fields] OR “Primary Healthcare” [All Fields] OR “Primary Care” [All Fields] OR “primary-secondary care interface” [All Fields] OR “collaborative care” [All Fields] OR “Ambulatory Care” [MeSH Terms] OR “Ambulatory Care” [All Fields] OR “Outpatient Care” [All Fields] OR “Outpatient Health Service” [All Fields] OR “Outpatient Health Services” [All

Fields] OR “Outpatient Services” [All Fields] OR “Outpatient Service” [All Fields] OR “Clinic Visits” [All Fields] OR “Clinic Visit” [All Fields]) AND (“Care coordination” [All Fields] OR “Coordinated care” [All Fields]).

A busca foi realizada no dia 16 de abril de 2023, utilizando-se do acesso institucional do portal de periódicos da CAPES/Acesso CAFe (Comunidade Acadêmica), quando não disponível o acesso de forma livre e gratuita. Assim, foi realizada busca nas seguintes fontes de informação: *PubMed/MedLine*, *Embase*, *Scopus (Elsevier)*, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCOhost)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Livivo* e *Google Scholar*.

Ademais, considerando que o *Google Scholar* é uma fonte de literatura cinzenta, que não faz parte de dados oficiais e não segue um processo editorial rigoroso, as buscas realizadas tendem a apresentar grande variabilidade de artigos e documentos. Por isso, foi definido que somente os 100 primeiros resultados da busca seriam utilizados.

Após a pesquisa em todas as bases de dados, os artigos encontrados foram migrados para o *software Rayyan®* versão *Web* gratuita, possibilitando a análise automática e manual de duplicatas. Com o auxílio dessa ferramenta, dois pesquisadores puderam, de forma cega e independente, realizar a avaliação em duas etapas: (1) leitura do título e resumo e (2) leitura do texto completo. A cada etapa, as divergências foram resolvidas por meio de consenso entre os dois pesquisadores conforme recomendado em literatura, não sendo necessário utilizar um terceiro⁽¹⁴⁾.

Os dados dos artigos incluídos foram extraídos usando uma planilha própria do *software Microsoft Excel®*, contendo informações específicas sobre título, autores, ano, país de origem, revista de publicação, idioma, objetivo do estudo, abordagem metodológica, população estudada (usuários com hipertensão e diabetes), número de participantes, contexto (APS e AEA), definição de coordenação do cuidado e principais resultados.

Tratamento e análise dos dados

Após os dados serem extraídos, foi utilizada a Análise de Conteúdo, do tipo temático-categorial, que, de acordo com Minayo⁽¹⁵⁾, é quando se descobrem os núcleos de sentido daquela comunicação cuja frequência ou presença signifique algo para o objetivo do estudo. Ainda foram utilizadas as três etapas recomendadas: pré-análise, com a organização e preparação do material; exploração do material, com a codificação dos dados por meio das unidades de registro; e o tratamento dos resultados, interpretação e inferências⁽¹⁶⁾.

Para a segunda etapa, com exploração do material, utilizou-se o *software* ATLAS.ti Web, versão paga, que facilita a criação de categorias. A utilização do *software* ocorreu em dois momentos: primeiro, o conteúdo retirado das referências foi separado por tópicos-chave que representassem a essência do que foi descrito e que respondiam à pergunta da pesquisa. Após este momento, os tópicos-chave foram agregados, formando um grupo de categorias que tivessem similaridade, representando os conceitos e características da coordenação do cuidado.

Com a categorização realizada por meio do *software* informado, foi possível analisar em cada artigo quais categorias estiveram mais prevalentes, realizando um cruzamento das informações após o tratamento dos resultados.

Aspectos éticos

Considerando que este estudo não realizou avaliação com seres humanos, mas sim com informações secundárias de acesso e domínio público, exclusivamente por meio de artigos científicos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de

Saúde de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares.

Resultados

A pesquisa resultou inicialmente em 1.506 publicações, das quais 943 foram identificadas como duplicatas, restando 563 publicações para leitura de títulos e resumos. Desses, 149 foram elegíveis para leitura de texto completo, que, com a aplicação dos critérios de exclusão, resultaram em 40 artigos incluídos nesta revisão, conforme processo de seleção detalhado na Figura 1.

Na Figura 2, é apresentada a descrição dos artigos que foram incluídos como amostra final desta revisão de escopo.

Em relação ao ano de publicação dos artigos selecionados, eles datam desde o ano 2000, com anos sequenciais de publicação encontradas a partir de 2009 até 2022. Em relação aos países de origem dos artigos, eles foram realizados nos Estados Unidos ($n=25$)^(17,19-24,27-29,31-33,35,38,40-43,45-49,53), seguido pelo Brasil ($n=3$)^(36-37,56), Austrália ($n=3$)^(30,34,51) e pelos demais oito países, com um ou dois artigos, quais sejam: África do Sul, País Basco, Canadá, Coreia do Sul, Índia, Itália, Noruega e Taiwan.

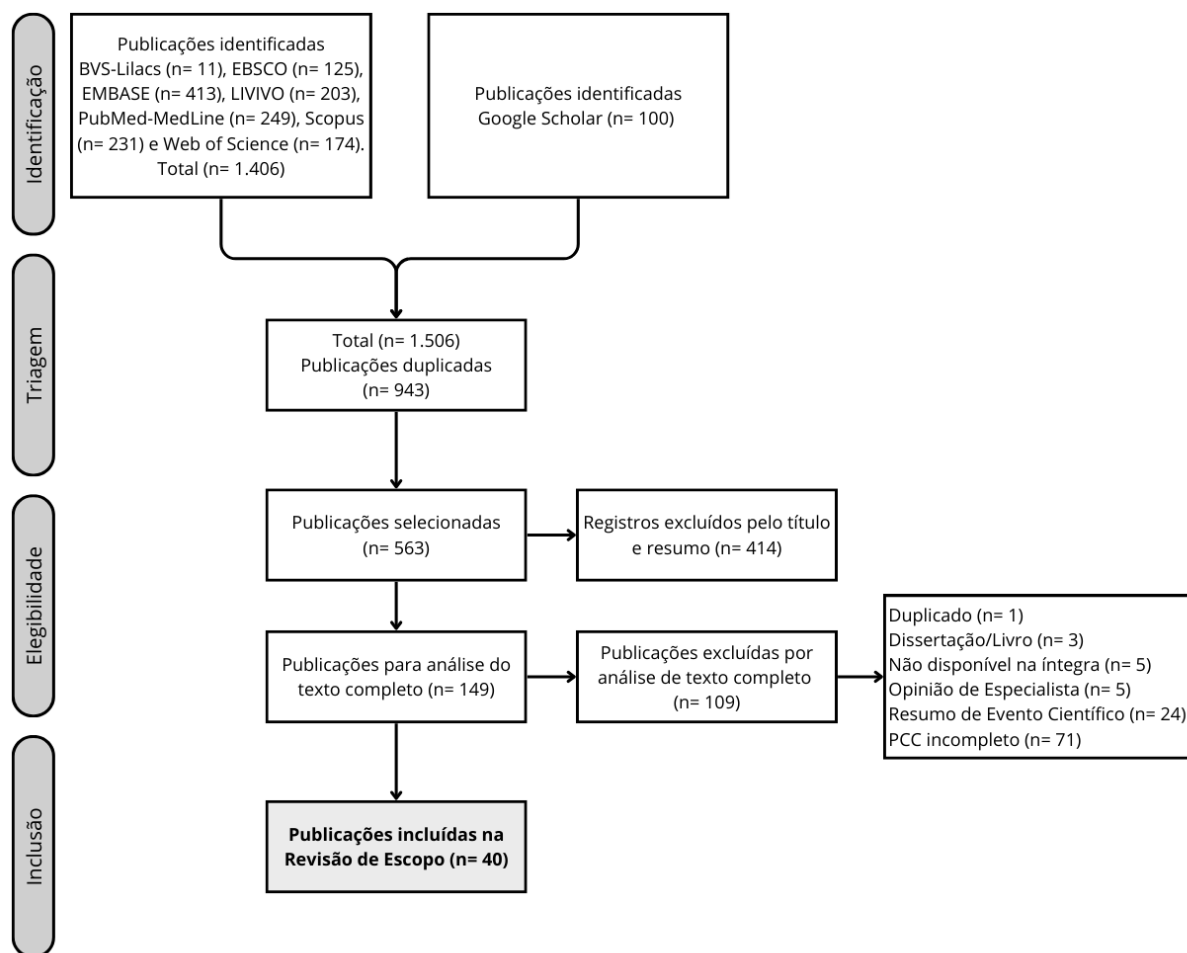


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹³⁾

Autor / Referência	Ano	Título	Abordagem metodológica / Desenho do estudo	População estudada
Schillinger, et al. ⁽¹⁷⁾	2000	<i>Effects of primary care coordination on public hospital patients</i>	Quantitativo / Randomizado	Usuário com hipertensão e diabetes
Mills; Harvey ⁽¹⁸⁾	2003	<i>Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial</i>	Quantitativo / Caso controle	Usuário com diabetes
O'Malley; Cunningham ⁽¹⁹⁾	2009	<i>Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source</i>	Quantitativo / Estudo Transversal	Usuário com hipertensão e diabetes
MacPhaillet, et al. ⁽²⁰⁾	2009	<i>Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record</i>	Qualitativo / Estudo de caso múltiplo	Usuário com diabetes
Liu, et al. ⁽²¹⁾	2010	<i>Care Fragmentation and Emergency Department Use Among Complex Patients With Diabetes</i>	Quantitativo / Observacional	Usuário com diabetes
Hummel; Gandara ⁽²²⁾	2011	<i>Health information exchange and care coordination of diabetic patients between medicine and dentistry</i>	Qualitativo / Estudo de caso	Usuário com diabetes
Maeng, et al. ⁽²³⁾	2012	<i>Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective</i>	Quantitativo / Transversal	Usuário com hipertensão e diabetes
Pollack, et al. ⁽²⁴⁾	2013	<i>Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytic approach to care coordination using claims data</i>	Quantitativo / Coorte	Usuário com diabetes
Baldo, et al. ⁽²⁵⁾	2014	<i>Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs</i>	Quantitativo / Observacional	Usuário com diabetes
Katz, et al. ⁽²⁶⁾	2014	<i>Do primary care physicians coordinate ambulatory care for chronic disease patients in Canada?</i>	Quantitativo / Coorte	Usuário com hipertensão e diabetes
Liss, et al. ⁽²⁷⁾	2014	<i>Specialty use among patients with treated hypertension in a patient-centered medical home</i>	Quantitativo / Estudo de série temporal	Usuário com hipertensão
Segal; Dugoff ⁽²⁸⁾	2014	<i>Building blocks for measuring care coordination with claims data</i>	Qualitativo / Observacional	Usuário com diabetes
Weeks, et al. ⁽²⁹⁾	2014	<i>Measuring Primary Care Organizational Capacity for Diabetes Care Coordination: The Diabetes Care Coordination Readiness Assessment</i>	Quantitativo	Usuário com diabetes
Dawda, et al. ⁽³⁰⁾	2015	<i>Does it matter who organises your health care?</i>	Quantitativo	Usuário com diabetes
Haley, et al. ⁽³¹⁾	2015	<i>Improving Care Coordination Between Nephrology and Primary Care: A Quality Improvement Initiative Using the Renal Physicians Association Toolkit</i>	Quantitativo / Estudo longitudinal	Usuário com hipertensão e diabetes
Wang, et al. ⁽³²⁾	2015	<i>Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction</i>	Quantitativo / Estudo Transversal	Usuário com diabetes
Zlateva, et al. ⁽³³⁾	2015	<i>Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives</i>	Quantitativo	Usuário com hipertensão e diabetes
Lo, et al. ⁽³⁴⁾	2016	<i>Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes
Malkani, et al. ⁽³⁵⁾	2016	<i>Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Providers</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes
Venancio, et al. ⁽³⁶⁾	2016	Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil	Misto / Estudo de caso	Usuário com hipertensão e diabetes
Aleluia, et al. ⁽³⁷⁾	2017	Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro	Qualitativo / Estudo de caso	Usuário com hipertensão e diabetes
Fitzgerald, et al. ⁽³⁸⁾	2017	<i>Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Autor / Referência	Ano	Título	Abordagem metodológica / Desenho do estudo	População estudada
Provost, et al. ⁽³⁹⁾	2017	<i>Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: Does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes?</i>	Misto	Usuário com hipertensão e diabetes
Talley, et al. ⁽⁴⁰⁾	2018	<i>Improving Population Health among Uninsured Patients with Diabetes</i>	Quantitativo / Estudo observacional	Usuário com diabetes
Van-Eeghen, et al. ⁽⁴¹⁾	2018	<i>Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study</i>	Qualitativo / Estudo de Caso	Usuário com diabetes
Vimalananda, et al. ⁽⁴²⁾	2018	<i>Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes
Benzer, et al. ⁽⁴³⁾	2019	<i>Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs</i>	Quantitativo / Estudo Observacional	Usuário com hipertensão e diabetes
Lee; Bae ⁽⁴⁴⁾	2019	<i>Implementation of a care coordination system for chronic diseases</i>	Qualitativo	Usuário com hipertensão e diabetes
McLendo, et al. ⁽⁴⁵⁾	2019	<i>Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program</i>	Quantitativo / Coorte	Usuário com diabetes
Mohr et al. ⁽⁴⁶⁾	2019	<i>Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration</i>	Misto / Estudo transversal	Usuário com hipertensão e diabetes
Williams, et al. ⁽⁴⁷⁾	2019	<i>Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes
Benzer, et al. ⁽⁴⁸⁾	2020	<i>A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans' and Clinicians' Experiences of Care Coordination</i>	Misto / Estudo Observacional	Usuário com hipertensão e diabetes
Harrison, et al. ⁽⁴⁹⁾	2020	<i>Economic outcomes of insurer-led care management for high-cost Medicaid patients</i>	Quantitativo / Coorte	Usuário com hipertensão e diabetes
Mateo-Abad, et al. ⁽⁵⁰⁾	2020	<i>Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country</i>	Misto / Estudo quase-experimental	Usuário com diabetes
Blignault, et al. ⁽⁵¹⁾	2021	<i>"You Can't Work with My People If You Don't Know How to": Enhancing Transfer of Care from Hospital to Primary Care for Aboriginal Australians with Chronic Disease</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes
Chen; Cheng ⁽⁵²⁾	2021	<i>Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization</i>	Quantitativo / Coorte	Usuário com diabetes
Cook, et al. ⁽⁵³⁾	2021	<i>Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness</i>	Quantitativo / Coorte	Usuário com diabetes
Helmersen, et al. ⁽⁵⁴⁾	2021	<i>Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study</i>	Qualitativo	Usuário com diabetes
Jindal, et al. ⁽⁵⁵⁾	2022	<i>Improving care for hypertension and diabetes in India by addition of clinical decision support system and task shifting in the national NCD program: I-TREC model of care</i>	Qualitativo / Estudo de caso	Usuário com hipertensão e diabetes
Rêgo, et al. ⁽⁵⁶⁾	2022	Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde	Quantitativo / Estudo transversal	Usuário com hipertensão

Figura 2 – Quadro de descrição dos artigos selecionados por autor/referência, ano, título, abordagem metodológica e categoria populacional

Os artigos foram publicados em 26 revistas científicas diferentes, com concentração maior de artigos na revista *Journal of General Internal Medicine* (n=7)^(17,19,24,27,29,43,36), seguido da revista *BMC Health Services Research* (n=5)^(23,33,47,50,55). Em relação ao idioma dos artigos, foram publicados em inglês (n=37)^(17-35,38-55) e português (n=3)^(36-37,56). No que

se refere à abordagem metodológica utilizada nos artigos, grande parte deles definiram-se como quantitativos (n=21)^(17-19,21,23-27,29-33,40,43,45,49,52-53,56), seguido de qualitativos (n=14)^(20,22,28,34-35,37-38,41-42,44,47,51,54-55) e mistos (n=5)^(36,39,46,48,50).

Algumas definições de coordenação do cuidado foram identificadas nos artigos selecionados, diante

disso, para descrever de forma sistematizada, foi realizada uma análise do conteúdo abordado, identificando no texto as características mais citadas por meio da categorização.

Foram elencados 108 tópicos-chave, divididos em 16 categorias. No entanto, para facilitar a compreensão, e

pela proximidade das temáticas, foram agrupados em oito categorias conforme mostra o gráfico de funil, na Figura 3, as quais serão apresentadas a seguir, em uma síntese de cada tópico, com as características apontadas pelos artigos, para que o conceito de coordenação do cuidado possa ser entendido em sua ampla dimensão.

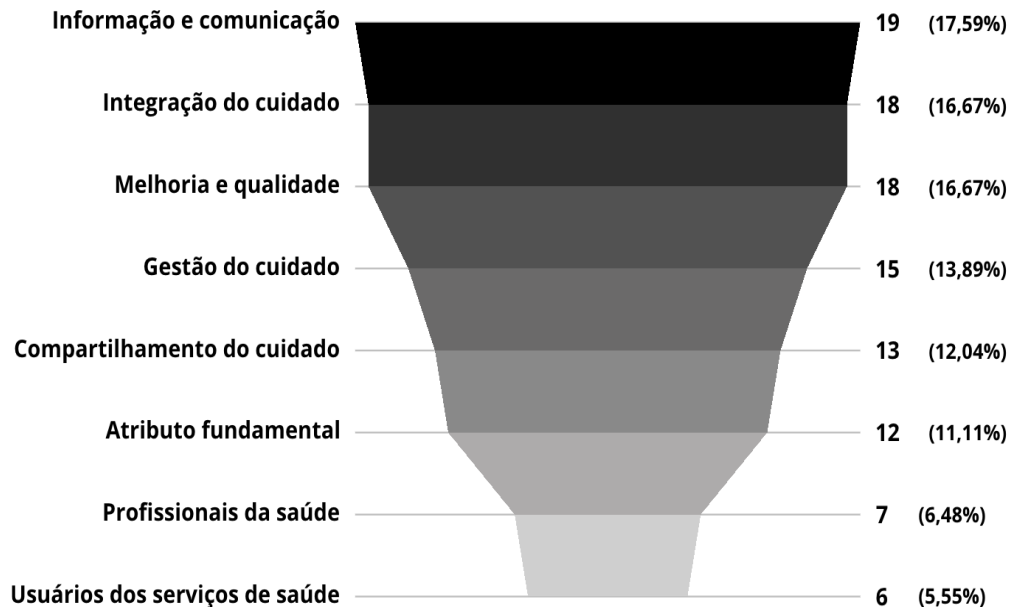


Figura 3 – Gráfico de funil com as definições da coordenação do cuidado por categorias

Informação e comunicação

Os sistemas de registros tecnológicos são necessários para viabilizar o reconhecimento e transferência de informações entre os diversos fornecedores de serviços, assegurando uma comunicação eficaz, com vistas a facilitar o cuidado coordenado, inclusive entre a equipe de cuidados primários e os demais especialistas^(22-24,26,28,32-33,38,41,46,48,52-53).

Integração do cuidado

A coordenação do cuidado é uma estratégia de prestação de cuidados de saúde responsável por integrar os serviços e as ações de saúde dos usuários de forma complementar dentro dos diferentes níveis de atenção. Para isso, é imperativa sua estruturação, uma vez que representa um componente essencial na regionalização dos serviços nos sistemas de saúde^(22,26,28,30,37,47,52,56).

Melhoria e qualidade

Coordenar o cuidado significa desempenhar um papel fundamental na promoção de melhorias e na entrega apropriada de cuidados aos usuários, promovendo um aumento na qualidade da prestação de serviços de maneira organizada, eficaz e eficiente. Esse processo

propicia a melhoria dos desfechos na área da saúde, a redução dos custos associados, devido à otimização da utilização de serviços, e em melhorias significativas nos resultados clínicos^(20,23,26,32,37-38,43,46-47,53,56).

Gestão do cuidado

Na coordenação do cuidado, o planejamento e organização da assistência pode ser efetivado por meio da padronização de processos e de procedimentos entre as partes. Neste sentido, realizar a gestão das necessidades dos pacientes e monitorar os planos de cuidado, gerando responsabilização, são características essenciais para que sejam gerenciados os serviços que os usuários realmente necessitam, reorientando as demandas quando necessário e antecipando as necessidades futuras^(19,22,29,33,37-38,41,43,46,52-53,56).

Compartilhamento do cuidado

O mecanismo de referência e contrarreferência, em conformidade com as melhores práticas na área da saúde, viabiliza a interdependência e a adequada condução do cuidado oferecido entre as distintas instâncias de serviços de saúde, mediante uma transição de cuidado oportuna e segura. Esse processo se efetiva quando múltiplos

intervenientes, incluindo o próprio usuário, os profissionais de cuidados primários e os demais prestadores de serviços colaboram e compartilham a responsabilidade pelos cuidados^(20,22-23,29-30,33,37-38,41-42,44,48,52).

Atributo fundamental

Amplamente reconhecido como um atributo fundamental, a coordenação do cuidado tem notável importância, caracterizando-se por ser essencial para a APS e por desempenhar um papel crítico na promoção do acesso aos serviços de saúde. Assegura a continuidade do cuidado, minimizando barreiras de acesso e estabelecendo a conexão entre os recursos comunitários, contribuindo para a provisão de cuidados centrados no paciente^(19-20,26,30,37-38,52).

Profissionais da saúde

Há o envolvimento de uma extensa variedade de profissionais de saúde e recursos para se operacionalizar a coordenação do cuidado. Nesse sentido, para que a execução das atividades essenciais e cuidados necessários aos usuários sejam viáveis, é imperativo o estabelecimento de uma sólida conexão entre as partes e a promoção de

um trabalho eficiente entre as equipes prestadoras dos cuidados em saúde^(23,26,37-38,46,53).

Usuários dos serviços de saúde

Apesar de a coordenação do cuidado ter sido empregada para atender a todos usuários dos serviços de saúde, no contexto das condições crônicas, surge como uma estratégia de resposta que deve ser estimulada em toda a sua abrangência, especialmente em virtude dos usuários que recebem cuidados de diversos prestadores em múltiplos ambientes, já que isto resulta em um incremento nos custos associados a esses cuidados e a riscos clínicos^(26,30,32,41,47,56).

No que se refere aos resultados apresentados pelos artigos, foram consideradas as categorias supracitadas, exceto a categoria atributo fundamental, com o objetivo de relacionar as principais características dos resultados às características conceituais apontadas sobre a coordenação do cuidado. Destarte, por meio do *software* ATLAS.ti Web, realizou-se o cruzamento das informações identificadas nos principais resultados de cada artigo para identificar neles as categorias mais presentes, por meio do Diagrama de Sankey, conforme Figura 4.

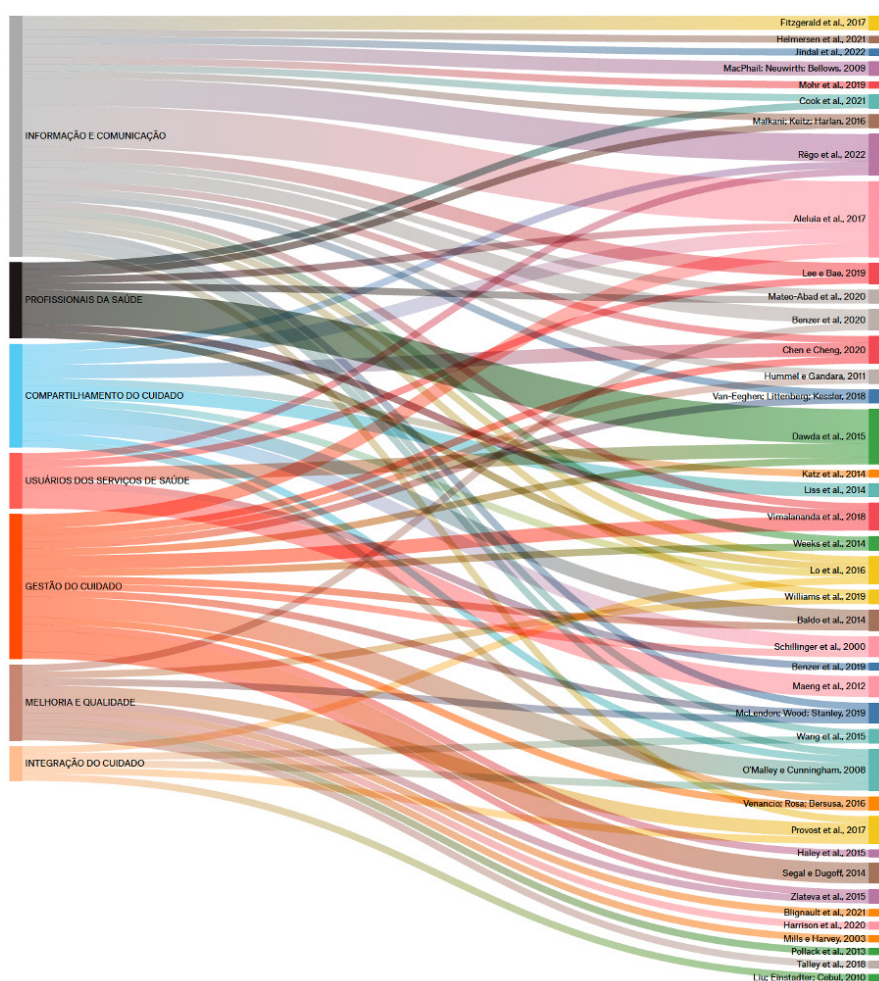


Figura 4 – Diagrama de Sankey das categorias dos resultados dos estudos por artigo selecionado

Os resultados dos artigos se concentraram principalmente em quatro categorias, tendo destaque a categoria de informação e comunicação, seguida da categoria de gestão do cuidado e da categoria de compartilhamento do cuidado em paralelo com melhoria e qualidade.

No que se refere à categoria *informação e comunicação*, a temática tem se mostrado um dos desafios centrais da coordenação de cuidados, já que as informações prestadas não apresentam detalhes suficientes para a tomada de decisão. No entanto, com a integração do prontuário eletrônico, a gestão da informação foi aprimorada e, ainda, melhorias no prontuário eletrônico, como a sinalização de *feedback*, geraram melhora na coordenação do cuidado^(22,37-38,46-48,53).

Nesse sentido, foi relatado que o encaminhamento por meio de um sistema eletrônico simplifica o registro das informações e se mostra uma ferramenta usual para o acompanhamento do usuário, apesar de o próprio usuário, em alguns momentos, não identificar que o profissional está realizando as anotações^(20,45,55-56).

Em contrapartida, a coordenação do cuidado requer mais do que o estabelecimento de recursos eletrônicos, além disso, as fichas de referência e contrarreferência não têm apresentado muito êxito, tendo em vista que foram pouco utilizadas na contrarreferência^(20,22,29,32,37). Vale ressaltar, que um sistema eletrônico, dependendo da estrutura necessária, pode ter custos elevados para as organizações, sendo de difícil implementação, principalmente devido aos recursos limitados^(35,41).

Em relação à *gestão do cuidado*, os usuários que recebem atendimento do médico de família e outros médicos especialistas apresentam resultados de saúde melhores do que aqueles prestados somente pelo médico de família, reduzindo a utilização hospitalar e os custos para o sistema de saúde^(17,25,39,45). Ainda, do ponto de vista dos usuários, a coordenação do cuidado é muito melhor quando realizada por um profissional de cuidados primários específico, sendo também importante a decisão desse profissional em relação a qual especialista consultar^(19,28).

No que se refere ao *compartilhamento do cuidado*, os mecanismos formais de referência e contrarreferência têm se mostrado insuficientes, principalmente devido à ausência de contrarreferência dos níveis secundários e terciários, e inclusive para o tratamento de usuários com diabetes e hipertensão. No entanto, o aumento do encaminhamento dos usuários de alta morbidade para especialistas destaca a necessidade de uma coordenação mais eficiente^(27,36-37).

Foi evidenciado, inclusive, que quando um médico não é o responsável pelo cuidado do usuário, é mais

provável que ele realize um encaminhamento para a atenção especializada por falta de informações e por não conhecer o histórico do usuário, o que é diferente de quando realizado pelos profissionais de cuidados primários^(17,26).

No que se refere à *melhoria e qualidade*, foi apontado que a coordenação do cuidado deve ser uma prioridade, tendo em vista que ela garante a qualidade do atendimento, gerando resultados de saúde melhores aos usuários^(18,39,45,48). Além disso, para garantir um cuidado mais adequado e planejado, a transferência do cuidado deve levar em consideração as questões culturais dos usuários⁽⁵¹⁾.

Nesse sentido, para se realizar um cuidado coordenado na perspectiva da melhoria do financiamento dos sistemas de saúde, estudos evidenciaram que pacientes com diabetes e insuficiência cardíaca congestiva, assim como aqueles com elevados riscos, que receberam cuidados compartilhados por meio da coordenação do cuidado, apresentaram menores custos totais, menor taxa de internação e hospitalização⁽²⁴⁾.

Outro estudo, apesar de considerar que a coordenação poderia ter reduzido os custos totais e/ou farmacêuticos, não encontrou evidências significativas⁽⁴⁹⁾. Ainda em relação a custos, foi evidenciado que a coordenação do cuidado, em sistemas privados de saúde, pode ser cobrada aos usuários, levando à falta de participação dos usuários em função dos altos custos⁽⁴⁷⁾.

No que concerne à categoria *profissionais da saúde*, os usuários e os seus cuidadores percebem que eles são bons como coordenadores do cuidado, tal concepção é ratificada, ainda, pela percepção dos médicos especialistas e de cuidados primários^(34,50). Não obstante, foi apontado que usuários com uma ou mais visitas aos médicos de família nos últimos três meses têm níveis de coordenação mais elevados⁽³⁰⁾.

Foi identificado, em contraponto, que há indicações de que ter um enfermeiro como gestor de cuidados pode melhorar a coordenação do cuidado, inclusive na percepção dos usuários, que também incluíram papel importante dos farmacêuticos e dos Agentes Comunitários de Saúde nesse processo, principalmente por meio da busca ativa dos usuários nas visitas domiciliares^(30,37,42).

Em relação aos *usuários dos serviços de saúde*, aqueles com condições crônicas e que se consultam com o mesmo médico apresentam uma melhora na adesão do tratamento, com resultados significativos, devido ao estabelecimento de vínculo e à continuidade do cuidado^(30,36).

Nesse sentido, foi evidenciado que usuários com diabetes acompanhados apenas no nível primário possuem taxa de mortalidade mais elevadas do que os compartilhados com o serviço especializado, com

aumento expressivo nos usuários em uso de insulina⁽²⁵⁾. No entanto, apesar de apresentarem menor probabilidade de sofrer hospitalização, os pacientes com baixa morbidade são encaminhados em menor quantidade devido às suas necessidades serem sanadas no âmbito da atenção primária^(27,52).

Ainda no que se refere às condições crônicas, conforme apontado por estudo, quando o usuário apresenta maior gravidade, como nos casos de diabetes tipo 2, a fragmentação encontrava-se mais presente, sugerindo que a gravidade aumenta os desafios da coordenação⁽⁴⁷⁾. Apesar disso, foi relatado que pessoas com condições mais complexas têm coordenação do cuidado mais consistente⁽³⁰⁾.

Estudos sobre os usuários dos serviços de saúde mostram que aqueles acima de 60 anos têm níveis de coordenação mais elevados do que os com idade inferior, bem como usuários mais ativos são menos propensos a relatarem problemas de coordenação por serem melhores autogestores dos seus cuidados, e aqueles usuários que são mais complexos se beneficiam de maiores esforços quanto à coordenação do cuidado^(23,30).

Em relação aos usuários com hipertensão, aqueles com a pressão arterial controlada tendem a avaliar positivamente a coordenação do cuidado, enquanto os descompensados a avaliam de forma insatisfatória⁽⁵⁶⁾. Assim, percebe-se que quanto maior a gravidade da condição do paciente, maior será a probabilidade de ele necessitar de outro serviço e especialidades⁽⁴⁴⁾.

Relativo à *integração do cuidado*, faz-se necessária maior proximidade entre as equipes nos modelos organizacionais da atenção primária, principalmente nos casos complexos de diabetes, no qual há fragmentação do cuidado^(21,39). Nessas situações, a continuidade de atendimento pelos mesmos profissionais é benéfica e pode favorecer, inclusive, no esclarecimento dos papéis dos profissionais no cuidado, o que melhora a coordenação do cuidado⁽¹⁹⁾.

Discussão

É evidente que a coordenação do cuidado para as condições crônicas, em específico para HAS e DM, caracteriza-se por ser um atributo fundamental, gerando integração e compartilhamento dos cuidados dos usuários, por meio de uma gestão do cuidado que garante melhoria e qualidade na assistência e no sistema de saúde, necessitando, para sua operacionalização, de excelentes meios de informação, comunicação e profissionais capacitados.

Nesse sentido, diversos têm sido os esforços para investigar e compreender os fatores, perspectivas e

desafios que os modelos de sistemas de saúde universais vêm realizando para se manter sustentáveis. No entanto, sabe-se que os hospitais possuem papel protagonista e, ao mesmo tempo, são produtos da fragmentação do cuidado. Frente a isso, espera-se que sejam produzidas conexões entre os serviços de saúde, inclusive junto a APS⁽⁵⁷⁾.

É fato que todos os sistemas têm desafios similares frente ao atendimento efetivo, eficiente e equitativo, mesmo que apresentem diferentes características e formas de serem operados, como no caso do Brasil e dos Estados Unidos da América (EUA). Ainda assim, todos têm trabalhado para responder às dificuldades de uma forma que não gere problemas econômicos, mas que auxilie na redução dos gastos com os serviços de saúde, mesmo com as ideologias diferentes de cada sistema⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

Assim, a coordenação do cuidado entre a APS e a AEA vem sendo discutida inclusive nos EUA que, mesmo não tendo um sistema de saúde universal, tenta identificar a experiência e percepção dos usuários frente à coordenação, avaliar os resultados médicos dos usuários com a coordenação do cuidado e avaliar se há diminuição dos custos hospitalares devido à coordenação^(23-24,48).

Acredita-se que a coordenação do cuidado seja responsável por promover melhorias na qualidade da assistência aos usuários, reduzir barreiras de acesso e integrar as ações e serviços nos sistemas de saúde, além disso, são amplas as definições dadas para este atributo, conforme apontado por este estudo. Assim, é fato que quanto maior a quantidade de pessoas e serviços envolvidos no cuidado e quanto mais complexa for a intervenção, maior é o nível de coordenação necessário para se alcançar os resultados desejados⁽³⁾.

Diante do exposto, foi evidenciado que, para garantir uma coordenação do cuidado em sua plenitude, faz-se necessária uma efetiva informação e comunicação, sendo assim realizada por meio de sistemas de registros tecnológicos com a transferência e intercambialidade das informações dos usuários.

Nesse sentido, entende-se o Registro Eletrônico de Saúde (RES) como uma tecnologia que orienta as necessidades dos usuários, unindo as informações de um indivíduo ou de um grupo e compartilhando essas informações entre as instituições. Além disso, o RES pode facilitar os serviços de saúde no monitoramento da situação de saúde e gestão financeira por meio de relatórios. No entanto, a implementação desses sistemas possui desafios, como o desenvolvimento de *software*, custo-efetividade, armazenamento dos dados e o desempenho dos programas⁽⁶⁰⁾.

Um estudo realizado descobriu que a implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), utilizado pela

APS no Brasil, favoreceu a organização da rede de serviços com integração horizontal entre as equipes, além disso, influenciou na responsabilização do cuidado e na produção da autonomia dos profissionais de saúde⁽⁶⁰⁾. O autor relata, também, que há relevância no uso do PEP para a APS ao favorecer a coordenação do cuidado, a integralidade da assistência e a longitudinalidade, o que corrobora o evidenciado nos estudos encontrados nesta revisão.

No entanto, apesar dos pontos positivos no uso do RES, ainda há resistência por parte dos profissionais, que pode estar relacionada à falta de capacitação para o seu uso. Isto foi evidenciado, pois, mesmo nos locais onde o prontuário eletrônico já está implantado, ele se encontra subutilizado⁽⁶⁰⁾.

Em outro estudo⁽⁶¹⁾, foi relatado que alguns profissionais da saúde não gostaram da ideia de se implantar prontuário eletrônico, já que muitos não sabiam utilizá-lo e não possuíam conhecimento sobre equipamentos tecnológicos. Apesar disso, com o uso, eles começaram a ter um comportamento positivo sobre a ferramenta, principalmente após as capacitações realizadas.

Em consonância com o que foi relatado nos estudos desta revisão, compreende-se que o RES são necessários para organização e reestruturação de um sistema de saúde, já que sua ausência fragiliza a referência e a contrarreferência, inibindo a troca de informações entre a APS e os outros serviços de saúde. Diante disso, é necessário integrar os registros de prontuário, de forma a acessar as condutas, exames e diagnósticos realizados pelos profissionais para que, assim, seja feita uma gestão dos processos e fluxos⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Em relação à gestão do cuidado, os estudos encontrados nesta revisão abordaram e identificaram que, para se realizar a coordenação do cuidado, é necessário planejamento e organização da assistência com a padronização de processos e procedimentos.

Diante disso, para se organizar os sistemas de saúde, a gestão do cuidado se insere em um novo paradigma, já que os usuários têm apresentado necessidades complexas de saúde, requerendo maior capacidade de gestão. No entanto, isso somente é possível por meio das relações entre os integrantes, com foco principal no usuário, tendo a APS um caráter complexo dentre os serviços de saúde⁽⁶³⁾.

Dessa forma, para que se fortaleçam as conexões, os profissionais precisam se preocupar com a literacia para saúde, também conhecida como letramento em saúde, tendo em vista que os usuários necessitam processar e compreender as informações básicas sobre saúde, incluindo, o conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde e da coordenação do cuidado, inclusive

para os usuários com DCNT, por serem doenças com elevada complexidade⁽⁶⁴⁾.

Nesse sentido, alguns autores⁽⁶⁵⁾ relataram que, na atenção às condições crônicas, faz-se necessária a reorganização dos processos de trabalho, com melhoria no planejamento e integração entre os membros da equipe, para que seja produzido um novo modo de gestão do cuidado em saúde.

Diante disso, sabe-se que, para se realizar a gestão do cuidado dos usuários, principalmente no que diz respeito àqueles com condições crônicas, os sistemas de saúde precisam de uma atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) fortalecida, o que tem sido um dos maiores problemas do SUS, com ofertas insuficientes para se realizar o que é necessário aos usuários⁽⁶⁶⁾.

Além disso, os artigos avaliados nesta revisão não abordam o papel da AEA na coordenação do cuidado, bem como não é abordada a contrarreferência dos usuários com hipertensão e diabetes para a APS; dessa forma, mostra-se como uma lacuna, que talvez ocorra, pois, conforme demonstrado o apoio da AEA é insuficiente, não tendo sido ainda transpassado esta barreira o que impossibilita outros avanços.

Salienta-se que a recente normativa publicada no Brasil por meio da Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, é um marco norteador para o SUS. Diante disso, espera-se que, com o fortalecimento da AEA, ocorra uma melhora na coordenação do cuidado, garantindo, assim, melhor apoio à APS.

Em relação ao compartilhamento do cuidado, os estudos desta revisão trouxeram que, para que a coordenação do cuidado seja efetivada, é necessário que o compartilhamento seja feito com responsabilidade, gerando interdependência e adequada condução do cuidado. Destacam, ainda, que o compartilhamento do cuidado deve ocorrer de forma oportuna e segura.

Em vista disso, um estudo que aborda o encaminhamento de usuários ao cardiologista e ao endocrinologista concluiu que, apesar dos médicos da APS utilizarem os protocolos de encaminhamento, ainda seriam necessárias adequações, pois estes, por si só, não são capazes de solucionar a problemática devido à falta de recursos diagnósticos⁽⁶⁷⁾.

Ressalta-se que, com melhorias na implementação de sistema de prontuário único, *telecharts* e reuniões capacitadoras, o compartilhamento do cuidado poderia ser adequado, o que evitaria os encaminhamentos desnecessários, reduzindo filas e custos, e aumentando o acesso dos usuários a AEA⁽⁶⁷⁾.

Destaca-se que a coordenação do cuidado representa uma estratégia para integração dos níveis de atenção, sendo impreterível para reorientar os serviços de saúde e as necessidades dos usuários. Diante disso, envolve a criação e a manutenção de uma estrutura comum, que tem o propósito de coordenar sua interdependência para permitir um trabalho coletivo⁽⁶⁸⁾.

Ainda, um estudo que considerou o impacto das DCNTs na morbimortalidade e nos custos para os sistemas de saúde reconheceu a importância da enfermagem⁽⁶⁸⁾, já que são conferidos ao profissional enfermeiro a capacidade resolutiva, o protagonismo e a autonomia, bem como a capacidade de coordenação, permitindo o direcionamento mais assertivo dos usuários pelos serviços de saúde, conforme foi apontado por estudos desta revisão.

Em suma, nota-se que, com os resultados apresentados, o conceito e as características da coordenação do cuidado se mostram mais claros, o que pode auxiliar na ampliação da avaliação desse atributo por meio de indicadores e na melhora da tomada de decisão, inclusive para a assistência de usuários com DCNT, além de que é fato que este atributo precisa ser entendido, discutido e aplicado dentro dos sistemas de saúde em toda sua magnitude.

Destarte, esta revisão evidencia a importância da coordenação do cuidado para os sistemas de saúde, bem como fica claro que a coordenação possui uma definição ampla e complexa. No entanto, alguns pontos se mostraram essenciais para o avanço no entendimento deste tema, sendo necessário o aprimoramento da informação e da comunicação, da gestão e do compartilhamento do cuidado.

Esta revisão de escopo apresenta como limitação o fato do termo “coordenação do cuidado” não estar definido como um descritor DeSC/MeSH, sendo assim necessária para a busca deste tema uma combinação de outros descritores.

No que se refere às lacunas encontradas, foi observado que há pouca informação e/ou informações divergentes na literatura em relação aos custos dos sistemas de saúde que apresentam ou não estruturação na coordenação do cuidado. Além disso, é notória a necessidade de mais estudos que avaliem a coordenação do cuidado sob a perspectiva da AEA, ficando evidentes somente o papel e os desafios da APS para que os usuários cheguem até a AEA, não sendo abordado o cuidado neste nível de atenção e os desdobramentos deste serviço até o retorno dos usuários à APS.

Conclusão

Esta revisão mostrou que os estudos tiveram como principais resultados a informação e comunicação, a

gestão do cuidado e o compartilhamento do cuidado como categorias da coordenação do cuidado, diante disso, entende-se que são características marcantes que devem ser investigadas durante a avaliação desse atributo.

Com os avanços tecnológicos e com a rapidez das informações, observa-se que ferramentas tecnológicas são um primeiro passo na garantia da coordenação do cuidado, que se mostraram uma característica muito significativa entre os estudos desta revisão, com ênfase nos estudos sobre o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde por meio de prontuários eletrônicos. No entanto, apesar dessa tecnologia se mostrar muito vantajosa para o sistema de saúde, com bons resultados, ela não é o único meio de se garantir a coordenação do cuidado.

No que se refere às DCNTs, por se tratarem de doenças complexas que necessitam de diversos profissionais para a realização do cuidado adequado, é fundamental que a coordenação do cuidado seja efetiva, visto ter se mostrado positiva e vantajosa, quando executada. Nesse sentido, fica evidente que a APS é o principal e mais capacitado serviço dentro do sistema de saúde para realizar a coordenação do cuidado.

No entanto, em relação a AEA, são necessários mais estudos que abordem o serviço de saúde em relação à coordenação do cuidado, já que tem demonstrado fragilidades dentro do sistema de saúde. Ainda, ressalta-se que a APS, por si só, não é capaz de resolver todas as necessidades de saúde dos usuários, mesmo sendo resolutiva em grande parte das demandas.

Esta revisão de escopo não possui conflito de interesses e não recebeu financiamento externo para sua realização.

Referências

1. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190154. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
2. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM. Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4769-82. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. *Saude Debate*. 2018;42(spe 1):244-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
4. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizators. Atenção Primária à Saúde: conceitos,

- práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. 610 p. <http://doi.org/10.7476/9788575416297>
5. 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(6):736-48. <http://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
 6. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. The Organization of Secondary Outpatient Care at SHS-DF. *Cien Saude Colet.* 2019;24(6):2125-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>
 7. Tesser CD, Poli P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. *Cien Saude Colet.* 2017;22(3):941-51. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
 8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2013 [cited 2023 Nov 30]. 28 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
 9. Ribeiro GJS, Grigório KFS, Pinto AA. Prevalência de internações e mortalidade por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em Manaus: uma análise de dados do Datasus. *Saúde (Sta. Maria)* 2021;47(1). <https://doi.org/10.5902/2236583464572>
 10. Simões TC, Meira KC, Santos J, Câmara DCP. Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: evidence of three household surveys. *Cien Saude Colet.* 2021;26(9):3991-4006. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269>
 11. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1223-49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
 12. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saude Publica.* 2016;50:80. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>
 13. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version) [Internet]. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* Adelaide: JBI; 2020 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
 14. Honório HM, Santiago JF Júnior. Fundamentos das revisões sistemáticas em saúde. São Paulo: Santos Publicações; 2021. 200 p.
 15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
 16. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2016. 288 p.
 17. Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Vranizan K, Bacchetti P, Luce JM, Bindman AB. Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Gen Intern Med.* 2000;15(5):329-36. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.07010.x>
 18. Mills PD, Harvey PW, COAG coordinated care trial. Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial. *Aust J Rural Health.* 2003;11(3):131-7. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2003.00508.x>
 19. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. *J Gen Intern Med.* 2009;24(2):170-7. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0885-5>
 20. MacPhail LH, Neuwirth EB, Bellows J. Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record. *Med Care.* 2009;47(9):993-9. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819e1ffe>
 21. Liu CW, Einstadter D, Cebul RD. Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *Am J Manag Care* [Internet]. 2010 [cited 2023 Nov 30];16(6):413-20. Available from: https://www.ajmc.com/view/ajmc_10jun_liu_413to420
 22. Hummel J, Gandara BK; Health Information Exchange and Care Coordination of Diabetic Patients Between Medicine and Dentistry. *Diabetes Spectr.* 2011;24(4):205-10. <https://doi.org/10.2337/diaspect.24.4.205>
 23. Maeng DD, Martsolf GR, Scanlon DP, Christianson JB. Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective. *Health Serv Res.* 2012;47(5):1960-79. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01405.x>
 24. Pollack CE, Weissman GE, Lemke KW, Hussey PS, Weiner JP. Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytic approach to care coordination using claims data. *J Gen Intern Med.* 2013;28(3):459-65. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2104-7>
 25. Baldo V, Lombardi S, Cocchio S, Rancan S, Buja A, Cozza S, et al. Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs. *Prim Care Diabetes.* 2015;9(1):54-9. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2014.03.005>
 26. Katz A, Martens P, Chateau D, Bogdanovic B, Koseva I. Do primary care physicians coordinate ambulatory care for chronic disease patients in Canada? *BMC Fam Pract.* 2014;15:148. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-148>
 27. Liss DT, Fishman PA, Rutter CM, Grembowski D, Ross TR, Reid RJ. Specialty use among patients with treated

- hypertension in a patient-centered medical home. *J Gen Intern Med.* 2014;29(5):732-40. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2776-2>
28. Segal JB, DuGoff EH. Building blocks for measuring care coordination with claims data. *Popul Health Manag.* 2014;17(4):247-52. <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0082>
 29. Weeks DL, Polello JM, Hansen DT, Keeney BJ, Conrad DA. Measuring primary care organizational capacity for diabetes care coordination: the Diabetes Care Coordination Readiness Assessment. *J Gen Intern Med.* 2014;29(1):98-103. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2566-2>
 30. Dawda P, McRae IS, Yen L, Islam MM, Bagheri N, Jowsey T, et al. Does it matter who organises your health care? *Int J Integr Care.* 2015;15. <https://doi.org/10.5334/ijic.1598>
 31. Haley WE, Beckrich AL, Sayre J, McNeil R, Fumo P, Rao VM, et al. Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physicians association toolkit. *Am J Kidney Dis.* 2015;65(1):67-9. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.06.031>
 32. Wang MC, Mosen D, Shuster E, Bellows J. Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction. *J Ambul Care Manage.* 2015;38(1):69-76. <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000021>
 33. Zlateva I, Anderson D, Coman E, Khatri K, Tian T, Fifield J. Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:226. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0893-1>
 34. Lo C, Ilic D, Teede H, Fulcher G, Gallagher M, Kerr PG, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2016;17(1):50. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0262-2>
 35. Malkani S, Keitz SA, Harlan DM. Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Providers. *Curr Diab Rep.* 2016;16(12):121. <https://doi.org/10.1007/s11892-016-0818-3>
 36. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Comprehensive care to hypertension and diabetes mellitus: implementation of the Care Line in a Health Region of Sao Paulo, Brazil. *Physis.* 2016;26(1):113-35. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>
 37. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Cien Saude Colet.* 2017;22(6):1845-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
 38. Fitzgerald TM, Williams PA, Dodge JA, Quinn M, Heminger CL, Moultrie R, et al. Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes. *Health Promot Pract.* 2017;18(2):306-13. <https://doi.org/10.1177/1524839916643705>
 39. Provost S, Pineault R, Grimard D, Pérez J, Fournier M, Lévesque Y, et al. Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2017;37(4):105-13. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.01>
 40. Talley MH, Polancich S, Williamson JB, Frank JS, Curry W, Russell JF, et al. Improving Population Health Among Uninsured Patients with Diabetes. *Popul Health Manag.* 2018;21(5):373-7. <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0170>
 41. Van-Eeghen CO, Littenberg B, Kessler R. Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study. *Transl Behav Med.* 2018;8(3):468-80. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx073>
 42. Vimalananda VG, Dvorin K, Fincke BG, Tardiff N, Bokhour BG. Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System. *J Ambul Care Manage.* 2018;41(1):15-24. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000219>
 43. Benzer JK, Singer SJ, Mohr DC, McIntosh N, Meterko M, Vimalananda VG, et al. Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs. *J Gen Intern Med.* 2019;34(Suppl 1):43-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04979-8>
 44. Lee JJ, Bae SG. Implementation of a care coordination system for chronic diseases. *Yeungnam Univ J Med.* 2019;36(1):1-7. <https://doi.org/10.12701/yujm.2019.00073>
 45. McLendon SF, Wood FG, Stanley N. Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: evaluation of a rural pilot program. *Public Health Nurs.* 2019;36:310-20. <https://doi.org/10.1111/phn.12601>
 46. Mohr DC, Benzer JK, Vimalananda VG, Singer SJ, Meterko M, McIntosh N, et al. Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration. *J Gen Intern Med.* 2019;34(Suppl 1):30-6. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04973-0>
 47. Williams MD, Asiedu GB, Finnie D, Neely C, Egginton J, Finney Rutten LJ, et al. Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3916-5>
 48. Benzer JK, Gurewich D, Singer SJ, McIntosh NM, Mohr DC, Vimalananda VG, et al. A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans'

- and Clinicians' Experiences of Care Coordination. *Med Care*. 2020;58(8):696-702. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001338>
49. Harrison JM, Oganisian A, Grande DT, Mitra N, Chhabra M, Chaiyachati KH. Economic outcomes of insurer-led care management for high-cost Medicaid patients. *Am J Manag Care*. 2020;26(7):310-6. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.43769>
50. Mateo-Abad M, González N, Fullaondo A, Merino M, Azkargorta L, Giné A, et al. Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(613). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05473-2>
51. Blignault I, Norsa L, Blackburn R, Bloomfield G, Beetson K, Jalaludin B, et al. "You Can't Work with My People If You Don't Know How to": Enhancing Transfer of Care from Hospital to Primary Care for Aboriginal Australians with Chronic Disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7233. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147233>
52. Chen CC, Cheng SH. Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization. *Med Care Res Rev*. 2021;78(5):475-89. <https://doi.org/10.1177/1077558720903882>
53. Cook JA, Jonikas JA, Steigman PJ, Glover CM, Burke-Miller JK, Weidenaar J, et al. Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2021;72(8):912-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000096>
54. Helmersen M, Sørensen M, Lukasse M, Laine HK, Garnweidner-Holme L. Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(1):44-50. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882077>
55. Jindal D, Sharma H, Gupta Y, Ajay VS, Roy A, Sharma R, et al. Improving care for hypertension and diabetes in india by addition of clinical decision support system and task shifting in the national NCD program: I-TREC model of care. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):688. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08025-y>
56. Rêgo AS, Santos FGT, Radovanovic CAT, Arnaldo JGS, Martins MA, Silva M, et al. Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2022;55(2):e-181413. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.181413>
57. Beltrammi DGM, Reis AAC. The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes. *Saude Debate*. 2019;43(spe5):94-103. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>
58. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726 p.
59. Paim JS. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Saude Debate*. 2019;43(spe5):15-28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
60. Toledo PPS, Santos EM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Oliveira AB. Electronic Health Record: a systematic review of the implementation under the National Humanization Policy guidelines. *Cien Saude Colet*. 2021;26(6):2131-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>
61. Rodrigues RM, Lima AO, Santos RC, Ferreira IS, Sousa AMR. Analysis of the implantation of the Electronic Prontuary of the Citizen (PEC) of the e-SUS AB in the Horizonte - CE municiple. *Rev Controle*. 2023;21(2):231-74. <https://doi.org/10.32586/rcda.v21i2.834>
62. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1799-808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
63. Paes LG, Fermo VC, Figueiredo MCAB, Mello ALSF. Care management in primary health care: a constructivist grounded theory. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200578. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0578>
64. Pavão ALB, Werneck GL, Saboga-Nunes L, Sousa RA. Assessment of health literacy in diabetic patients followed at a public outpatient clinic. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10):e00084819. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084819>
65. Silocchi C, Junges JR, Moehleck V, Diercks MS. Institutionalization of care practices for chronic conditions and the management of assistance in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200506. <https://doi.org/10.1590/interface.200506>
66. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. Access Regulation to Specialized Outpatient Care and the Primary Health Care in National Policies of SUS. *Physis*. 2021;31(1):e310109. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
67. Bernardino SV Junior, Medeiros CRG, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Referral processes to services specialized in cardiology and endocrinology for Primary Health Care. *Saude Debate*. 2020;44(126):694-707. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608>
68. Sousa SM, Bernardino E, Peres AM, Martins MM, Goncalves LS, Lacerda MR. The role of nurses in the integration of care for people with chronic noncommunicable diseases. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200131. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0131>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Virgílio Luiz Marques de Macedo, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Obtenção de dados:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Análise e interpretação dos dados:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Análise estatística:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Redação do manuscrito:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Virgílio Luiz Marques de Macedo, Naira Pereira de Sousa, Ana Cristina dos Santos, Walterlânia Santos, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 30.11.2023
Aceito: 07.08.2024

Editora Associada:
Karina Dal Sasso Mendes

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Virgílio Luiz Marques de Macedo

E-mail: virgilioescs@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0908-5392>