

Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde

Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System

Patty Fidelis de Almeida¹, Maria Guadalupe Medina², Márcia Cristina Rodrigues Fausto³, Ligia Giovanella⁴, Aylene Bousquat⁵, Maria Helena Magalhães de Mendonça⁶

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1676-3574>
pattyfidelis@id.uff.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva, (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>
medina@ufba.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0746-3684>
marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>
giovanel@ensp.fiocruz.br

⁵Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>
aylenebousquat@gmail.com

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3917-9103>
mhelenam@ensp.fiocruz.br

DOI: 10.1590/0103-11042018S116

RESUMO Coordenação do cuidado significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade. O presente ensaio faz uma revisão dos estudos, teóricos e empíricos, sobre coordenação do cuidado, tendo como objetivo norteador a identificação de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação no Sistema Único de Saúde. A síntese é realizada a partir de três dimensões, consideradas centrais para análise desse atributo no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira: posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial; integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial; e integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território. Buscou-se identificar conceitos, evidências, resultados e desafios acerca da coordenação do cuidado no cenário nacional, assim como formular uma ‘agenda estratégica pró-coordenação’ que reconhece os avanços alcançados, mas também a incompletude dessas iniciativas. Na medida em que o fortalecimento da APS é uma das mais potentes medidas pró-coordenação, a diminuição de investimentos e de prioridade na Estratégia Saúde da Família representa o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos, capazes de garantir a integralidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE Coordenação do cuidado. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *Coordination of care means establishing connections in order to achieve the greater goal of providing/meeting the needs and preferences of users in the provision of health care, with high value, quality and continuity. This essay reviews the theoretical and empirical studies on coordination of care, with the objective of identifying policies, strategies and instruments to achieve better coordination in the Unified Health System. The synthesis is carried out from three dimensions, considered central to analyze this attribute in the context of Primary Health Care (PHC) in Brazil: position of the Family Health Strategy in the care network; integration between care levels and interfaces with care regulation; and horizontal integration with other attention and care devices in the territory. It sought to identify concepts, evidence, results and challenges regarding the coordination of care in the national scenario, as well as to formulate a ‘pro-coordination*



strategic agenda' that recognizes the progress achieved, but also the incompleteness of those initiatives. As the strengthening of PHC is one of the most powerful pro-coordination measures, the reduction of investments and priority in the Family Health Strategy represents the weakening of the consolidation of systemic arrangements, capable of guaranteeing integrality in health.

KEYWORDS *Coordination of care. Primary Health Care. Family Health Strategy.*

Introdução

A coordenação dos cuidados pela Atenção Primária à Saúde (APS) promove melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. Na literatura internacional, identificamos uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado¹, que envolvem elementos da integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos².

Essa definição foi inspirada, em grande medida, no modelo conceitual proposto por McDonald et al.¹ que parece ilustrar com exatidão o sentido atribuído à coordenação do cuidado: *'anything that bridges gaps'*. Nesse sentido, coordenar significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/sistema de saúde) e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do

cuidado¹. A coordenação do cuidado está no centro desse processo, interligando recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros.

Quanto maior a multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos na provisão do cuidado e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado¹, como no caso das condições crônicas que exigem o uso simultâneo de diversos serviços. A coordenação, portanto, não pode ser vislumbrada como algo estático ou supostamente dado. Pelo contrário, para que seja efetiva, deve ser concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema e, acrescentaríamos nós, às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. A coordenação pressupõe, portanto, a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos.

No desenrolar da prestação do cuidado ao indivíduo, as relações interpessoais e interorganizacionais são implementadas de diferentes maneiras, que, segundo Contandriopoulos et al.³, correspondem a três tipos de coordenação: a coordenação sequencial, quando um usuário encontra sucessivamente os profissionais ou organizações durante um episódio de doença (é o caso, por exemplo, de um paciente com pneumonia que é encaminhado pelo médico

da APS para um pneumologista); a coordenação recíproca, quando um usuário é tratado simultaneamente por diversos profissionais ou organizações (por exemplo, usuário hipertenso que é acompanhado, ao mesmo tempo, pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS, pelo médico da APS e por um cardiologista); e a coordenação coletiva, quando uma equipe de profissionais ou organizações assegura continuamente a responsabilidade da tomada de decisão dos usuários segundo modalidades decididas conjuntamente (por exemplo, no caso de um paciente com câncer que é acompanhado concomitantemente por especialistas, como oncologista, fisioterapeutas, psicólogos, profissionais de cuidado paliativo e médico da APS, que discutem o caso e compartilham decisões)³.

Podemos compreender que o modelo ótimo de coordenação deve ser ajustado em função das necessidades do usuário, contexto dos sistemas de saúde, com suas distintas competências e formas de organização, e que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações⁴. Tais arranjos são implementados por meio de práticas de coordenação e envolvem fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações e a operação de mecanismos e instrumentos diversos.

McDonald et al.¹ destacam a importância das perspectivas e participação de indivíduo/família e dos profissionais de saúde na concepção, mensuração e processos de coordenação. Sucessos e falhas serão percebidos e podem ser mensurados diferentemente, de acordo com cada perspectiva; e para que uma análise seja suficientemente abrangente, precisa tê-las em consideração.

Os usuários e suas famílias experenciam falhas de coordenação especialmente nos pontos de transição entre um serviço e outro¹. É o que ocorre, por exemplo, quando o usuário precisa repetir sua história ao procurar diferentes profissionais de saúde (em um mesmo ou em distintos serviços), ou quando

precisa repetir exames quando trafega entre diversos pontos de atenção. Leat et al.⁵ desenvolveram ferramentas de mensuração da coordenação do cuidado incorporando questões desse tipo. Em tais circunstâncias, pode-se dizer que não há coordenação quando: o usuário acaba por ser o principal instrumento de coordenação e a ausência de outros mecanismos representa, também, desperdício de tempo e recursos, incorrendo em ineficiências do sistema de saúde.

A perspectiva dos profissionais de saúde diz respeito ao que diversos autores têm denominado de coordenação ou de integração clínica^{1,3} e se apoia na constituição de equipes multiprofissionais ou de integração entre os diversos envolvidos no cuidado. Também aqui, a coordenação tanto se expressa no âmbito de uma equipe de saúde como entre unidades, ou entre estas e os dispositivos de apoio diagnóstico e terapêutico do sistema. Nesse caso, facilita a circulação eficiente e efetiva do usuário no sistema de saúde e envolve a determinação de para onde o usuário deve ser encaminhado, que informações precisam ser transferidas entre distintos serviços e como as competências e responsabilidades são compartilhadas. Profissionais de saúde percebem falhas de coordenação especialmente quando o usuário é direcionado para o ‘lugar’ errado no sistema de saúde ou quando há pouca efetividade na resolução do problema em função de troca de informações inadequadas ou insuficiência de informações¹.

A coordenação como estratégia para superação da fragmentação assistencial também expressa os objetivos fundamentais de sistemas de saúde em contextos diversos. Embora os instrumentos e mecanismos reconhecidamente possam ser utilizados em diferentes sistemas de saúde, os objetivos podem ser muito distintos. Por exemplo, existem os interesses de mercado, como nos sistemas de caráter privado, ou aqueles fundamentados por objetivos universalizantes e de equidade, como em sistemas públicos. A

despeito dos diferentes tipos de sistema de saúde, a coordenação tem com foco favorecer que a atenção à saúde seja apropriada e eficiente no sistema de saúde¹.

Na literatura, pode-se identificar diversas definições e classificações da coordenação do cuidado. A mais conhecida e adotada no Brasil é a que distingue a coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde: coordenação horizontal e vertical. Diferencia-se entre as iniciativas e arranjos que são necessários para integrar os serviços e ações de saúde em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical). A coordenação implica, portanto, o estabelecimento de relações entre organizações (do mesmo ou de diferentes níveis, da mesma ou de diferentes instituições) e entre pessoas (do mesmo ou de diferentes serviços, da mesma ou de diferentes instituições)^{3,4}. Em nosso país, ainda que a literatura considere a existência da coordenação horizontal, a maioria dos estudos tem analisado e enfatizado a perspectiva organizacional estabelecida na integração entre diferentes níveis do sistema de saúde, como se discutirá adiante.

Especificamente em relação aos sistemas públicos universais de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a coordenação entre níveis assistenciais e a coordenação horizontal representa a base para que a coordenação clínica seja operada pelos profissionais nos serviços de saúde. Portanto, para que a coordenação ocorra, é necessário que a rede assistencial esteja estabelecida geograficamente, com população definida, papéis e funções determinados para todos os serviços de saúde que compõem a rede de atenção, função esta que extrapola a capacidade de um nível específico do sistema.

A rede regionalizada é uma estratégia fundamental para os sistemas de saúde universais equitativos, cujos princípios partem da noção de saúde como um bem público. A constituição de redes de atenção regionalizadas traz como questão central

a definição da população em espaços territoriais específicos com vistas à garantia da oferta integral em saúde. Constitui-se, dessa forma, em importante instrumento para o alcance de ampliação do acesso, qualidade na atenção, eficiência no sistema de saúde e diminuição de desigualdades⁶. A APS é parte dessa rede regionalizada, e o seu papel é favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, de toda a população circunscrita aos territórios regionalizados. Por conseguinte, a posição ocupada pela APS na rede assistencial, se mais central ou periférica, determinaria suas possibilidades de exercer a função de coordenadora do cuidado.

Desde Alma Ata, tem-se destacado a importância da APS na organização dos sistemas de saúde; e os movimentos de reforma mais recentes têm assinalado a importância da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado⁷. No Brasil, a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização pôs em relevo o desafio do fortalecimento da APS na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a coordenação do cuidado um de seus atributos fundamentais, elo central da integração e organização do sistema^{8,9}.

Diante do exposto, o presente ensaio faz uma revisão dos estudos sobre coordenação do cuidado, tendo como objetivo norteador a identificação de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação no SUS. A síntese é realizada a partir de três dimensões, consideradas centrais para análise desse atributo no contexto da APS brasileira: posição da ESF na rede assistencial; integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial; e integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território. Embora se reconheça que a coordenação do cuidado envolva outras dimensões¹, este ensaio parte do pressuposto que somente uma APS forte, com papel central na 'direção do sistema'¹⁰,

poderia desempenhar a função coordenadora, seja entre níveis assistenciais mediada pelos sistemas de regulação, seja no território. O ensaio é apoiado em estudos, teóricos e empíricos, buscando-se identificar conceitos, evidências e resultados acerca da coordenação do cuidado no cenário nacional. Buscou-se apresentar uma síntese consistente e ampliada dos resultados alcançados no enfrentamento da fragmentação dos cuidados em saúde, assim como os desafios para a formulação de uma agenda estratégica que reconhece os avanços, mas também a incompletude das iniciativas pró-coordenação pela APS no SUS.

Posição da ESF na rede assistencial

Parte-se da proposição que somente uma APS fortalecida como parte de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais¹¹. O reconhecimento de sua posição na rede representa elemento técnico e simbólico fundamental para a assunção das funções de guia do percurso terapêutico dos usuários em suas trajetórias assistenciais. Assim, reformas direcionadas à ampliação do escopo de serviços providos pela APS, incluindo atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários, execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar, introdução de equipes multiprofissionais, integração entre APS e saúde pública, também conformam medidas pró-coordenação^{12,13} na medida em que seu fortalecimento a habilita a ocupar a direção do sistema. Ojeda et al.¹⁴ destacam que uma APS forte se caracteriza por ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

Estudos nacionais mostram que a ESF foi adotada com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na APS. Desde então, medidas para seu fortalecimento vêm sendo implementadas em diferentes graus: ampliação de cobertura; desenvolvimento de estratégias de acolhimento; definição de sua função de porta de entrada e de filtro para a atenção especializada; articulação entre atendimento à demanda espontânea e programada; tentativas de articulação com os serviços de pronto atendimento; implantação dos Conselhos Gestores para fortalecer a relação entre as unidades de saúde de determinado território e diminuir a informalidade de definição dos fluxos e ações de coordenação; articulação das ações de saúde pública, vigilância e assistência; além de fomentar maior reconhecimento profissional e social dos trabalhadores da APS, estas últimas ainda tímidas e insuficientes^{11,15-17}.

De modo geral, a explicitação nas políticas locais de saúde do papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF pode ser apontada como reconhecimento de sua importância estratégica na rede. Ainda que os profissionais de saúde devam ser acolhedores e que todos os serviços estejam oportunamente disponíveis aos usuários, defende-se a APS, e, no caso brasileiro, o protagonismo da ESF, como via de acesso principal e rotineiro. Outras entradas devem ser a exceção. Por esse prisma, compreendemos que uma rede com porta de entrada difusa entre os diferentes pontos, em diferentes níveis, representa fragilização das Equipes de Saúde da Família (EqSF) ou, ainda, a não valorização da ESF como locus capaz de resolver problemas de saúde do cotidiano das pessoas e territórios. Em cenários cuja comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas pode inviabilizar os frágeis processos de coordenação e continuidade do cuidado¹⁸.

Rodrigues et al.¹⁷, em revisão dos estudos nacionais, apontam que a coordenação das redes pela APS passa pelo fortalecimento do

papel do generalista na condução dos cuidados; incentivos para que as equipes de APS desenvolvam ações de coordenação, reconhecendo-se que estes não são processos espontâneos e que precisam ser incentivados e facilitados; implantação de práticas baseadas no agir comunicativo; e alargamento de suas bases de apoio¹⁷. Harzheim et al.¹⁹ reconhecem a ampliação dos canais de comunicação com a população como importante mecanismo para consolidação da APS.

Silva e Andrade²⁰, ao analisarem as políticas nacionais (2007/2011), não identificaram especificidades em relação ao objetivo de alcançar melhor coordenação dos cuidados pela APS. Contudo, um conjunto de políticas como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), as RAS (Brasil, 2011) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo foco é o fortalecimento da APS, sobressaíram-se, ratificando a relação entre APS forte e melhor coordenação. Destacou-se a edição dos ‘Cadernos de Atenção Básica’, com protocolos e parâmetros técnicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, como facilitadores da coordenação dos cuidados, por qualificar os processos de referência e contrarreferência. Na percepção dos gestores, os Nasf foram considerados a principal estratégia para melhoria da coordenação dos cuidados ao ampliar a resolubilidade da APS e qualificar os processos de referência²⁰. Nesse mesmo sentido, análises com bases nos resultados do PMAQ sinalizam que o apoio matricial atua na qualificação da atenção básica, agrega recursos de saber e potencializa a capacidade resolutiva das equipes, na perspectiva dos profissionais²¹.

É importante destacar que estudos ratificam desempenho superior em relação aos atributos da APS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com EqSF, demonstrando êxito da política ao apostar nesse modelo para qualificação e fortalecimento da APS no SUS, ainda que os atributos de ‘acesso – primeiro contato/acessibilidade’, ‘orientação comunitária’ e ‘orientação

familiar’ – tenham-se revelado insuficientes em alguns cenários¹⁹. Esses resultados reforçam evidências de que, apesar da ESF ser considerada a principal porta de entrada do sistema, ainda precisa ser organizada para tornar-se ordenadora do acesso à rede.

Em estudo realizado por Turci et al.²² para avaliação de desempenho da APS, o atributo da coordenação mostrou-se influenciado por características estruturais e organizacionais, sugerindo-se que as UBS com maior número de equipes e tempo médico por equipe, adequada formação dos profissionais e presença de uma rede especializada articulada às unidades apresentaram maior probabilidade de ter um bom desempenho neste atributo.

Assim como o prontuário informatizado e utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) facilitam a relação entre APS e demais níveis, Santos e Ferreira²³ destacam que o prontuário da família representa importante instrumento para a coordenação horizontal, embora tenham identificado falta de padronização do registro das informações, da classificação e do arquivamento, e pouca utilização de seu conteúdo informacional no processo de trabalho das equipes.

Venancio et al.²⁴ identificam dificuldades em relação ao acesso das EqSF aos exames realizados na atenção especializada, o que compromete a continuidade do cuidado e realização de busca ativa dos usuários com exames alterados. Os autores mencionam as atividades educativas em grupos como facilitadoras da vinculação dos usuários à rede básica e estratégias para a produção de autonomia dos pacientes²⁴.

Outra via para fortalecer a APS circunscreve-se à valorização e expansão das atribuições clínicas dos enfermeiros. Almeida e Santos¹⁸ destacam inclusive, a possibilidade de aumento do número desses profissionais nas EqSF, principalmente naquelas que atuam em áreas mais vulneráveis, ajustando-se ao perfil epidemiológico do território, de forma que possam compartilhar ações gerenciais, clínicas e promocionais mais alargadas no território e aumentar a resolubilidade. Estudo realizado

pelos autores em regiões de saúde da Bahia também apontou a valorização do ACS como sujeito estratégico para fortalecer a integração horizontal, na medida em que continua sendo o elo que garante o vínculo do usuário com a equipe, responsável por comunicá-la sobre os fluxos formais e informais percorridos pelos usuários na busca pela resolução dos problemas de saúde; realização de ações de vigilância em saúde; além de apresentar potencial para detectar vulnerabilidades sociais. Nessa lógica, advoga-se que o ACS apresenta potencial para integrar o território real à rede formal, o que justifica ações para sua qualificação e manutenção nas equipes de APS.

A expansão do cardápio e adensamento do arsenal tecnológico nas UBS, com inclusão obrigatória de equipes de saúde bucal, assim como a garantia do apoio matricial do Nasf ou outros arranjos possíveis, ampliam as possibilidades de trocas de saberes, favorecendo maior integração e qualificação dos profissionais, além de tirá-los do isolamento e incentivar o trabalho interdisciplinar no alcance do cuidado integral. Dessa forma, o apoio matricial pode ser compreendido como ferramenta de qualificação do acesso e arranjo organizacional capaz de dar sustentabilidade à conformação de redes, potencializando uma ação integrada e articulada²¹.

Por conseguinte, um aspecto não menos relevante refere-se à capacidade de mobilização de recursos financeiros como indicador do grau de prioridade política, apontada como um indicador potente para medir a fortaleza da APS ao interior de um sistema de saúde²⁵.

Integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial

Na PNAB^{8,9} a coordenação do cuidado é definida como ‘coordenação da integralidade’, um dos fundamentos da APS que deve ser viabilizado por meio de estratégias de

integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as RAS. Assim, é clara a referência ao conceito de integralidade, imagem objetivo do SUS, que evoca a necessária interdependência entre atores e organizações envolvidas no cuidado para alcance de integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde, além de gestão mais eficiente dos recursos²¹. Nessa mesma perspectiva, alinha-se o conceito e as ferramentas para a regulação assistencial, fundamental para a conformação das RAS e para viabilizar o acesso mais equitativo aos recursos da saúde, no lugar, no tempo, com custos e qualidade adequados.

Em revisão da literatura que buscou identificar evidências científicas sobre as fragilidades, potencialidades e desafios da APS na coordenação das RAS, no período de 2000 a 2011, Rodrigues et al.¹⁷ não identificaram estudos anteriores ao ano de 2006, o que, provavelmente, relaciona-se com as políticas para o fortalecimento da APS com a publicação da PNAB naquele ano e, posteriormente, com o marco legal que deu maior visibilidade ao tema das RAS na agenda política²⁶. Mais recentemente, observa-se ampliação de estudos com foco na coordenação do cuidado e com enfoque das regiões de saúde.

Estudos argumentam que a abrangência e força da APS são dependentes de sua articulação e integração nas redes regionalizadas, que, embora pouco consolidadas em território nacional, apontam um caminho a ser fortalecido na busca pelo cuidado integral^{27,28}. Por esse ângulo, a construção de redes regionalizadas passa necessariamente pelo encontro da esfera local e regional na constituição de uma porta de entrada resolutiva, abrangente e com potencialidades para assumir a coordenação do cuidado para além dos limites municipais, a depender do contexto, sobretudo em municípios de pequeno porte²⁹.

Estudos sobre o tema no Brasil indicam que a dimensão de integração da rede, necessária à coordenação do cuidado, pode ser potencializada pela expansão da ESF com diminuição das barreiras de acesso e consolidação da função de porta de entrada; criação de serviços de especialidades médicas nos distritos/regiões de saúde; implantação de Sistemas Informatizados de Regulação (Sisreg); informatização dos prontuários eletrônicos; implementação do gestor de caso como 'coordenador' do cuidado ao usuário na rede de serviços institucionais e comunitários; desenvolvimento de protocolos gerenciais e clínicos, sobretudo se elaborados de forma compartilhada; iniciativas de comunicação formal/informal e apoio matricial entre profissionais das equipes de APS, Nasf, Centros de Atenção Psicossocial e atenção especializada, assim como envolvimento dos ACS em atividades de coordenação^{15,16,21,29-31}. A constituição de redes temáticas foi mencionada por alguns estudos como favorável à organização do sistema em redes²⁹, contudo, ainda insuficiente para garantir a coordenação dos cuidados pela APS, visto que foram desenhadas para atender a segmentos específicos de usuários, atomizando a proposição das RAS regionalizadas²⁰.

Em análise realizada com base nos resultados do PMAQ, Chaves et al.²¹ afirmam que ações de apoio matricial, como discussão de caso, ação clínica compartilhada, construção conjunta de projetos terapêuticos e organização conjunta de intervenções nos territórios, qualificam e associam-se ao melhor desempenho das equipes de APS, aprimorando sua capacidade para o trabalho em rede. Embora o apoio matricial tenha se mostrado importante qualificador para o trabalho em rede, dois quintos das equipes participantes do PMAQ (1º ciclo) afirmaram não receber apoio do Nasf.

No que se refere à dimensão da integração entre níveis, compete destacar que o subfinanciamento público com restrição da retaguarda terapêutica, aliada a mecanismos pouco eficientes de programação e planejamento em saúde (como a Programação

Pactuada e Integrada), agrava problemas decorrentes de vazios assistenciais presentes em regiões de saúde de diferentes portes^{29,32,33}. Nesse sentido, a escassez de recursos especializados, hospitalares e de urgência e emergência nas regiões de saúde se sobressaem à discussão das redes²⁹. Conforme destacam Santos e Giovanella³³, o cenário de escassez e desarticulação favorece a criação de circuitos paralelos e exercício de práticas clientelistas que privilegiam os interesses privados e transformam o direito à saúde em troca de favores.

Em contexto de reconhecida insuficiência de recursos, dispositivos para garantia de acesso oportuno e equitativo como a regulação assistencial correm o risco de operar na perspectiva da restrição de acesso aos tetos preestabelecidos, impondo mais uma barreira à trajetória assistencial dos usuários³³. Na análise dos dados do PMAQ, Chaves et al.²¹ ratificam tal proposição ao verificar que as centrais de marcação de procedimentos estavam presentes na maioria dos municípios, mesmo naqueles classificados com baixo nível de integração da rede. Os autores destacaram que a disponibilidade de centrais de marcação de procedimentos não discriminava as equipes quanto à sua integração à rede. Esses resultados parecem apontar certo esgotamento dos processos de regulação assistencial, guiados pela lógica de organização da oferta, pouco afeito às necessidades de saúde da população.

Além das mencionadas acima, outras barreiras em relação à integração entre níveis assistenciais são apontadas pelos estudos, entre as quais: desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais da APS e dificuldades para o agendamento de consultas especializadas; falta de cooperação entre profissionais dos diferentes níveis; ausência de valores e metas compartilhadas acerca dos resultados organizacionais; insuficiência e descontinuidade dos processos comunicacionais; descompasso entre o desenho da regionalização e a prática dos usuários¹⁷.

Assis et al.³⁴ também destacam aspecto

pouco tratado pelos estudos sobre coordenação, indicando a participação incipiente do usuário no processo de atenção e a necessidade de envolvê-lo como agente ativo. Destarte, em estudo que investigou a coordenação assistencial na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/Aids, foram considerados insatisfatórios os indicadores de ‘discussão sobre os possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento’ e ‘recebimento de guia de contrarreferência’, ratificando a pouca participação dos usuários no processo de coordenação de seus cuidados³⁵.

Também a atenção especializada carece de maior qualificação para o trabalho em rede, avançando na ampliação e otimização da oferta, implantando dispositivos de regionalização. A esse aspecto, soma-se a incipiência na incorporação das TIC para comunicação entre níveis no SUS. Tal fato se agrava pela baixa adesão à tradicional proposta de referência e contrarreferência que, ainda que conservadora e burocrática, referendada por inúmeros estudos como insuficiente para organização de RAS com continuidade do cuidado, poderia oferecer algum suporte clínico à coordenação do cuidado pelas equipes de APS¹⁸.

Além das estratégias capazes de otimizar a integração e comunicação entre os níveis, o fortalecimento da diretriz da regionalização como locus político e organizacional das RAS, em nosso contexto, também pode ser considerada medida pró-coordenação. Nessa direção, espaços de governança regional instituídos como a Comissão Intergestores Regional (CIR), ainda que imperfeitos e insuficientes, carecem de aperfeiçoamento e fortalecimento para co-gestão das redes, com participação ativa do ente estadual e suas representações regionais descentralizadas, cuja atuação não se restrinja ao apoio institucional e ao papel burocrático de organização das reuniões, especialmente nos municípios com maior dificuldade técnica e gerencial³⁶. Mais recentemente, uma Resolução da Comissão Intergestores Tripartite³⁷ que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões

de saúde instituiu mais um ator ao processo de regionalização, cabendo-nos observar possíveis sinergias ou enfraquecimento do já frágil papel das CIR.

Outro desafio, que não dialoga diretamente com as estratégias e instrumentos para integração entre níveis, mas que precisa ser enfrentado, refere-se à ampliação da oferta pública de serviços de saúde em distintas densidades tecnológicas, rompendo com a dependência do prestador privado e com a mercantilização da saúde dentro do SUS³³.

Embora se destaque a importância dos estudos realizados, muitos dos quais informaram políticas nacionais na direção de estratégias e instrumentos pró-coordenação, Rodrigues et al.¹⁷ apontam o desafio de delineamentos metodológicos mais robustos, com consistência interna e validade externa acerca das evidências científicas da capacidade da APS coordenar as redes de atenção em cenário nacional.

Integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território

A integração da APS com outros dispositivos do território onde se localizam as equipes profissionais, especialmente no âmbito da ESF, faz parte da concepção territorializada do modelo brasileiro. De fato, a ESF pode ser considerada como um modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetos³⁸, para além da atenção individual e de práticas tradicionais de saúde pública, incorporando o território e suas populações como objeto de intervenção, compreendido este enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais. Esse modo de atuação implica o reconhecimento do território, por meio do processo de mapeamento das famílias, dispositivos comunitários, condições

geográficas e ambientais relacionadas com riscos e potencialidades sanitárias, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados.

A ideia, portanto, de trabalho e organização comunitária como elemento inerente da concepção de APS – subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo movimento da reforma sanitária brasileira – coloca como desafio adicional o desenvolvimento de práticas de coordenação que se situam além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, ou espaço sanitário, como têm designado alguns autores³⁹.

De fato, um conjunto de ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde têm exigido uma ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios. Alguns estudos têm problematizado e analisado a questão da coordenação, a gestão de ações intersetoriais de saúde e o protagonismo do setor saúde no desenvolvimento dessas ações⁴⁰.

No que diz respeito às articulações com outros setores, as mais frequentes ainda são aquelas entre Saúde e Educação, estimuladas pela criação do Programa Saúde na Escola, objeto de incentivo do governo federal. Tais iniciativas, de grande importância para o redirecionamento do modelo de atenção no país, têm, entretanto, apresentado sérios limites quanto ao desenvolvimento das práticas e à efetividade das ações, tais como:

ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações e predomínio de abordagens setorializadas e biomédicas⁴¹⁽¹⁷⁸²⁾.

Vale mencionar, também, a partir de 2004, as articulações estimuladas pelo cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família⁴². Além da redução da pobreza, há evidências de que a inclusão das condicionalidades para a vinculação ao Programa teve como conseqüências o aumento da frequência

escolar e da vinculação das crianças aos serviços de saúde, especialmente em Unidades de Saúde da Família (USF)⁴³.

Engajamento comunitário e mobilização social com outras instituições no âmbito do território para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de doenças foram pouco analisadas nos estudos incluídos nesta revisão, e pouco mencionadas quando foram objeto de investigação. Um exemplo é o estudo de Venancio et al.²⁴ que analisou a implementação da Linha de Cuidado em hipertensão arterial e diabetes mellitus em uma região de saúde do estado de São Paulo. Os autores destacaram a ausência de iniciativas por parte do Departamento Estadual de Saúde da região e a incipiência de ações referida pelos gestores municipais, muito embora gerentes de UBS referissem parcerias com Organização Não Governamental (ONG) para o desenvolvimento de ações com a comunidade. Esse é um caso ilustrativo que demonstra que ainda que existam ações intersetoriais nos espaços das unidades de saúde, ainda há pouca institucionalidade quando se trata da integração horizontal nos diferentes níveis do sistema. Esta é uma hipótese que merece ser mais bem investigada.

Vale mencionar, também, a necessidade de articulação das unidades de saúde com a rede de apoio social para dar suporte a usuários e famílias que precisam de cuidados especiais, que operacionalizam o princípio da responsabilidade sanitária, central no estabelecimento de vínculo entre equipes de saúde e famílias no território^{44,45}.

Proposições estratégicas e desafios para a melhoria da coordenação do cuidado pela APS no SUS

Na elaboração de proposições, consideramos que uma coordenação do cuidado efetiva necessita incorporar as perspectivas dos

usuários, dos profissionais de saúde e da condução do sistema. Tais perspectivas encontram-se entrelaçadas; e as ações e estratégias desenhadas devem ser avaliadas em função das repercussões nessas três dimensões.

Um sistema de saúde que tenha em perspectiva atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados deve, portanto, considerar o seu ponto de vista e sua participação na definição de seu plano terapêutico como um dos elementos para a organização da oferta de serviços. Para os usuários que buscam respostas para as suas demandas, não importa tanto ‘como’, mas principalmente ‘se’ as suas necessidades são resolvidas no serviço de saúde. Considerar as expectativas dos usuários torna-se, por conseguinte, chave fundamental para que a APS se coloque no sistema como porta de entrada preferencial, lugar de procura regular para resolver oportunamente a maior parte dos seus problemas de saúde e acessar recursos especializados, quando necessário.

Desde a perspectiva dos usuários e a organização dos processos de trabalho, a primeira condição para a APS coordenar o cuidado é que se constitua no primeiro nível assistencial com acessibilidade e capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, e que garanta a continuidade assistencial. As UBS vêm-se constituindo gradualmente em fonte usual do cuidado⁴⁶ com a importante ampliação do número de UBS e equipes, e cada vez mais se responsabilizam pelo agendamento de atenção especializada¹⁶.

No entanto, resolutividade e qualidade são desafios presentes, dependentes de ações sistêmicas. Políticas públicas, nos últimos oito anos, tais como Requalifica UBS, Programa Mais Médicos (PMM), PMAQ, E-SUS, convergem para o fortalecimento e qualificação de processos assistenciais na APS⁴⁷. Nesse sentido, políticas e ações voltadas para construção, ampliação e reforma das UBS, garantia da presença de médicos nas equipes, incentivo a boas práticas nos processos de

trabalho, continuidade informacional e institucionalização da avaliação contínua para melhoria da qualidade devem ter continuidade e avanços em suas proposições, já que a capacidade clínica da APS, a sua integração às RAS, bem como os subsídios necessários para a realização da coordenação clínica permanecem como importantes desafios.

Na mesma perspectiva de aumento da resolutividade da APS, fortalecer as equipes multiprofissionais, com maior número de equipes completas por UBS, o que inclui a ampliação da saúde bucal, Nasf e garantia de tempo médico nas equipes; aumento do escopo de prática de outros profissionais – coordenação clínica pelo enfermeiro e fortalecimento da coordenação horizontal pelo ACS; garantia de retaguarda terapêutica, inclusive farmacológica; somadas à melhoria da infraestrutura são ações possíveis e estratégicas para alcance de melhor coordenação do cuidado.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, o estabelecimento efetivo das conexões entre os pontos de atenção passa pelo conhecimento da oferta e disponibilidade de serviços para onde encaminhar, o que implica definição clara dos serviços de referência e da existência de fluxos de informação bem instituídos e, sobretudo, suficiência nos recursos para retaguarda terapêutica.

Desde a perspectiva dos usuários, as informações entre serviços e níveis devem estar organizadas de modo a evitar esforços excessivos de repetição de informações e procedimentos para o atendimento de suas necessidades. Do ponto de vista da comunicação interprofissional, o fluxo de informações deve ser fluido entre os diversos pontos de atenção. A adoção ampliada das TIC¹, cujo E-SUS é um dos instrumentos, aliadas a estratégias de acomodação mútua que oportunizem contatos formais e informais entre os trabalhadores do SUS são estratégias de reconhecido valor para a promoção de continuum assistencial.

Também há que se admitir que a função de ‘coordenação dos cuidados’ é processo de trabalho, ou seja, não irá surgir

espontaneamente⁴⁸; e, para tal, são necessários incentivos (financeiros e não financeiros como disponibilidade de tempo), protocolos clínicos e gerenciais consensuados, e, para agravos específicos, definição de gestores de caso. Isto não deve significar, entretanto, a perda da continuidade e vínculo com a equipe APS. Muito pelo contrário, deve ser incentivado o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores, que necessariamente só pode ser realizado no território, e que tem no ACS um de seus pilares fundamentais.

Em uma perspectiva sistêmica, a fragmentação é uma constatação no SUS, o que afeta diretamente a experiência dos usuários em suas trajetórias assistenciais com cuidados descontinuados. No caso da APS, a ausência de papéis e fluxos claramente definidos tem caracterizado o modo como os serviços de saúde operam em territórios municipais e regionais, agravando a desarticulação assistencial, produzida pela insuficiente integração entre prestadores, baixa qualidade dos processos de regulação e insuficiente oferta de atenção especializada. Embora, nos últimos anos, tenha-se observado a ampliação de serviços especializados, especialmente as policlínicas, e o esforço de constituição de redes temáticas voltadas para determinados tipos de condição ou doença/agravo, o sistema de saúde brasileiro carece de uma política direcionada para a atenção especializada e hospitalar na perspectiva do fortalecimento regional, inclusive com a garantia de espaços de cogestão das RAS regionalizadas, de instrumentos de planejamento em saúde a partir de necessidades e monitoramento e definição de tempos máximos de espera. Mecanismos de monitoramento devem ser instituídos, com transparência na divulgação de filas de espera e efetivação do acompanhamento dos tempos máximos estipulados por lei para alguns agravos.

A ideia de organização de serviços de

saúde orientada por lógicas mais centradas no usuário e suas necessidades em saúde deve ser a base para a definição clara dos serviços de referência e fluxos de informação no território. Não se trata de rigidez normativa, mas de oferecer, de fato, acesso aos serviços necessários. Para isso, deve-se considerar as tendências de deslocamento da população no território e aspectos socioespaciais e culturais influenciando a organização da rede assistencial em todos os níveis de atenção. O desenho dos fluxos nas regiões de saúde deve levar em consideração o contexto dos usuários (disponibilidade de transporte, acesso geográfico, cultural) e suas trajetórias assistenciais habituais.

Devemos considerar no contexto atual o grande desafio para a coordenação do cuidado relacionado com a organização da rede regionalizada e territorializada, a partir da implementação de mecanismos de regulação assistencial que facilitem o acesso e que não representem barreira de acesso aos serviços, como tem ocorrido em muitas situações nas quais filas em portas de hospitais se transmutaram em filas virtuais nas centrais de regulação. Para tanto, é fundamental a elaboração de protocolos e diretrizes com papéis e funções bem definidos para todas as unidades que compõem o sistema e a constituição de um trabalho colaborativo, que agregue valor e qualidade à prestação do cuidado.

Na medida em que o fortalecimento da APS representa uma das mais potentes medidas pró-coordenação^{12,48}, a diminuição de investimentos e de prioridade na ESF representa, ao mesmo tempo, o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos capazes de garantir a integralidade em saúde. A superação das características hegemônicas do modelo de atenção, ainda caracterizado pela fragmentação entre níveis e pouco comprometimento com o trabalho em rede e processos mais horizontais e interdisciplinares, também constitui desafio, tanto para as equipes de APS quanto para profissionais dos demais níveis¹⁷.

A disponibilidade de médicos para a APS é um indicador da orientação dos sistemas de saúde. No Brasil, é reconhecida a insuficiência de médicos, sobretudo com formação apropriada, dificuldade enfrentada parcialmente pela provisão emergencial via PMM⁴⁹. Esse problema afeta a estruturação da rede, pois uma APS sem cobertura apropriada ou desestruturada se reflete em sobrecarga para o restante dos serviços de saúde e acesso por vias não adequadas, limitando o acesso oportuno³³. Sem uma política nacional para a valorização (laboral, social e financeira) do trabalho, a APS se vê submetida às possibilidades municipais de atração e fixação de profissionais, cedendo às imposições do mercado em detrimento de suas diretrizes e necessidades de saúde dos territórios.

Finalmente, a despeito de todos os desafios, a proposição do que chamamos de ‘agenda estratégica pró-coordenação’ reconhece os avanços alcançados, mas também a incompletude dessas iniciativas, que, em alguns casos, precisam ser ampliadas, em outros, fortalecidas e, em alguns, reinventadas. Gostaríamos de sublinhar que o caminho percorrido nos 30 anos do SUS, ainda com

limites e problemas, mas, também, sucessos e acertos, revela uma antecipação das preocupações atuais dos sistemas de saúde no plano internacional.

Exemplo disso foi o Simpósio Europeu de Atenção Primária recentemente realizado na Inglaterra, que colocou como tema central o desafio de integrar a APS e a ação comunitária (Integrating Primary and Community care: an International Perspective, 2018). Nesse ponto de vista, há certo vanguardismo do sistema de saúde brasileiro ao adotar uma concepção ampliada de saúde desde o marco constitucional e ao assumir o trabalho comunitário, especialmente por intermédio da atuação do ACS, como um elemento central do modelo de APS pela via da ESF.

Colaboradores

Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM foram responsáveis pela concepção do ensaio, produção, análise, interpretação dos dados e redação final do manuscrito. ■

Referências

1. McDonald KM, Schultz E, Albin L, et al. Care Coordination: Atlas Version. Rockville: AHRQ Publication; 2014.
2. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 3]; 22(6):1845-1856. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>.
3. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, et al. Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures* [internet]. 2001 [acesso em 2018 out 3]; 8(2):38-52. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Charo_Rodriguez/publication/251783304_Integration_des_soins_Dimensions_et_mise_en_oeuvre/links/02e7e52de8be5562df000000/Integration-des-soins-Dimensions-et-mise-en-oeuvre.pdf.
4. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2004 [acesso em 2018 out 3]; 20(supl.2):331-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>.
5. Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Health Papers* [internet]. 2000 [acesso em 2018 out 3]; 1(2):13-55. Disponível em: <http://hospitalquarterly.com/content/17216>.
6. Kuschnir R, Chorny A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2010 [acesso em 2018 out 3]; 15(5):2307-2316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. 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. Washington DC: OPAS; 2010. n. 4.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial*. 2011. 22 Out 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial*. 22 Set 2017.
10. Boerma WGW. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Londres: Open University Press; 2010. p. 25-47.
11. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. panam. salud pública*. [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 4]; 29(2):84-95. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>.
12. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. de Saúde Pública* [internet]. 2006 mai [acesso em 2018 out 4]; 22(5):951-963. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1X2006000500008&script=sci_abstract&tlng=pt.
13. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* [internet]. 2010 maio [acesso em 2018 out 4]; 10(65). Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>.

14. Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit* [internet]. 2006 abr [acesso em 2018 out 4]; 4(2):357-82. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13091843>.
15. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2009 mai-jun [acesso em 2018 out 4]; 14(3):783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014.
16. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debat.* [internet]. 2014 out [acesso em 2018 out 4]; 38(n.esp):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
17. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.*[internet]. 2014 fev [acesso em 2018 out 4]; 19(2):343-352. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232014000200343&script=sci_abstract&tlng=pt.
18. Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca de ordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba. 2015. p. 277-303.
19. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2016 maio [acesso em 2018 out 4]; 21(5):1399-1408. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci_abstract&tlng=pt.
20. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis* (Rio J.) [internet]. 2014 out-dez [acesso em 2018 out 4]; 24(4):1207-1228. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01207.pdf>.
21. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*[internet]. 2018 fev [acesso em 2018 out 4]; 34(2):1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00201515.pdf>.
22. Turci MA, Costa MFL, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 set [acesso em 2018 out 4]; 31(9):1941-1952. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000901941&script=sci_abstract&tlng=pt.
23. Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis* (Rio J.) [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 4]; 22(3):1121-1137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015.
24. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis* (Rio J.) [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 4]; 26(1):113-135. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000100113&script=sci_abstract&tlng=pt.
25. WHO-World Health Organization. *Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008*. Geneva: WHO-World Health Organization. 2008.
26. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011.
27. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 out 4]; 22(4):1141-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401141&script=sci_abstract&tlng=pt.
 28. Fausto MCR, Campos SEM, Almeida PF, et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* [internet]. 2017 out [acesso em 2018 out 4]; 17(Supl.1):S73-S82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-0S63.pdf.
 29. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saúde Pública* [internet]. 2016 dez [acesso em 2018 out 4]; 50:1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf>.
 30. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2010 fev [acesso em 2018 out 4]; 26(2):286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt.
 31. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 4]; 48(2):357-365. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/81164/84798>.
 32. Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde. Salvador: Edufba; 2015.
 33. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* [internet]. 2016 mar [acesso em 2018 out 4]; 32(3):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>.
 34. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 4]; 46(1):111-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15>.
 35. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 4]; 30(11):2283-2297. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2283.pdf>.
 36. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 5]; 25(2):320-335. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200320&script=sci_abstract&tlng=pt.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 37 de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. 23 Mar 2018.
 38. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad de Saúde Pública* [internet]. 2009 maio [acesso em 2018 out 5]; 25(5):1153-1167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>.
 39. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, et al. Social theory and the renewal of the foundations of contempora-

- ry public health practice. *Am. j. public health.* 2005; 95:591-595. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449225/>.
40. Greer LS, Lillvis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 5]; 116(1):12-17. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000323>.
41. Sousa MC, Espiridião MA, Medina MG. A interseccionalidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2017 jun [acesso em 2018 out 5]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1781.pdf>.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
43. Carvalho AT, Almeida ER, Jaime PC. Condiçionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde Soc.* [internet]. 2014 dez [acesso em 2018 out 5]; 23(4):1370-1382. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104306>.
44. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient. Soc.* [internet] 2014 jul-set [acesso em 2018 out 5]; 17(3):135-154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n3/v17n3a09.pdf>.
45. Medeiros KKAS, Pinto Júnior EP, Bousquat A, et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* [internet] 2017 set [acesso em 2018 out 5]; 41(esp.3):288-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf>.
46. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int. j. equity health.* [internet]. 2016 nov [acesso em 2018 out 5]; 17;15(01):151. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27852265>.
47. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCA, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 5]; 21(9):2695-2706. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232016000902697&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
48. Bodenheimer T. Coordinating Care - A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med.* [internet]. 2008 mar [acesso em 2018 out 5]; 358:1064-71. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr0706165>.
49. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da produção científica. Brasília, DF: OPAS; 2017.
50. European Symposium 'Integrating Primary and Community Care'. 2 March, 2018. Kent (United Kingdom). [acesso em 2018 out 5]. Disponível em: <http://www.euprimarycare.org/news/european-symposium-integrating-primary-and-community-care-2-march-2018-kent-united-kingdom>

Recebido em 31/05/2018
Aprovado em 30/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve