



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO

**CARACTERÍSTICAS DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NOS SISTEMAS DE
SAÚDE AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: REVISÃO DE ESCOPO**

BRASÍLIA, DF

2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO

**CARACTERÍSTICAS DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NOS SISTEMAS DE
SAÚDE AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de concentração: Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Cuidado, Gestão e
Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Cristina Morais Santa
Barbara Rehem

BRASÍLIA, DF
2023

VIRGÍLIO LUIZ MARQUES DE MACEDO

**CARACTERÍSTICAS DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NOS SISTEMAS DE
SAÚDE AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____ de _____ de 2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Escola Superior de Ciência da Saúde

Profa. Dra. Danyelle Lorrane Carneiro Veloso – Membro Suplente, Externo ao Programa
Escola Superior de Ciência da Saúde

*Dedico este trabalho a todos aqueles que
acreditam na educação e na saúde
pública de qualidade*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a todas as espiritualidades existentes por me proporcionarem tantas conquistas até este momento da minha vida.

Ao meu pai, Áureo Pereira de Macedo, e minha mãe, Maria Reis Marques, por serem o alicerce que me mantém firme diante de todos os desafios da vida.

À minha irmã e amiga, Mariana Marques Morais, por ser minha inspiração diária e por cuidar de mim sempre.

Aos meus sobrinhos, Arthur Marques Morais e Heloísa Marques Morais, que são meu momento de distração e felicidade para seguir em frente mesmo com as dificuldades, e que me motivam a ser a minha melhor versão para que um dia eu possa inspirá-los no caminho dos estudos.

Ao meu namorado e amigo, Cássio Fernandes de Sousa, por trilhar o caminho da vida acadêmica comigo desde a graduação, durante a residência e neste mestrado, com o apoio e o amor necessários para que essas etapas sejam vencidas com leveza.

Aos meus amigos e demais familiares que sempre me apoiam e incentivam a continuar trabalhando e estudando para ser alguém melhor.

À minha orientadora, Profa. Dra. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem, que me concedeu a oportunidade de ser seu orientando durante o Mestrado e que me fez crescer profissionalmente com experiências únicas.

À Profa. Dra. Ana Cristina dos Santos por me estimular, ensinar e me inspirar nos caminhos da pesquisa e educação desde a Graduação em Enfermagem.

À minha colega de mestrado Naira Pereira de Sousa por me motivar e me apoiar durante esse percurso acadêmico.

À minha amiga de graduação e mestrado Luana Nunes Lima pelas disciplinas cursadas, pelos cafés e momentos que experienciamos juntos durante esta etapa profissional.

Às enfermeiras e professoras Simone Luzia Fidélis de Oliveira, Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc e Walterlânia Santos por me incentivarem e apoiarem na realização do mestrado.

A todos os meus tutores e professores que acreditaram e acreditam no meu potencial acadêmico e que, de alguma forma, me motivaram e me inspiraram a ser um profissional cada dia mais capacitado.

À educação pública de qualidade oferecida pela Universidade de Brasília e a todos os seus colaboradores.

*“Aí, maloqueiro, aí, maloqueira
Levanta essa cabeça
Enxuga essas lágrimas, certo? (Você memo)
Respira fundo e volta pro ringue (vai)
Cê vai sair dessa prisão
Cê vai atrás desse diploma
Com a fúria da beleza do Sol, entendeu?
Faz isso por nós
Faz essa por nós (vai)
Te vejo no pódio”*

(Emicida)

RESUMO

de Macedo, Virgílio Luiz Marques. **Características da coordenação do cuidado nos sistemas de saúde aos usuários hipertensos e diabético: revisão de escopo.** 2023. 60 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

Introdução: O sistema de saúde, por meio da coordenação do cuidado realizada pela Atenção Primária à Saúde, possibilita aos usuários acesso à Atenção Secundária, também denominada, Atenção Ambulatorial Especializada, corresponsável pelos usuários do sistema de saúde, garantindo a retaguarda assistencial e a continuidade dos cuidados prestados. Deste modo, a coordenação do cuidado se mostra de extrema importância 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 hipertensão arterial sistêmica e na diabetes *mellitus*. **Objetivo:** Mapear as evidências disponíveis acerca da coordenação do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada aos usuários com hipertensão e diabetes. **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 do *Software ATLAS.ti Web*. **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 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. **Conclusão:** A coordenação do cuidado para as condições crônicas, em específico para hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, 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 e comunicação e também de profissionais capacitados.

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

ABSTRACT

Introduction: The health system, through the coordination of care carried out by Primary Health Care, allows users access to Secondary Care, also called Specialized Outpatient Care, co-responsible for users of the health system, guaranteeing care support and continuity of care provided. In this way, care coordination is extremely important since the negative effects of its absence are signs of poor quality of health care, being even more powerful in chronic conditions, such as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. **Objective:** To map the available evidence on the coordination of care between PHC and AAE for users with hypertension and diabetes. **Method:** This is a scoping review that had 40 articles as a final sample evaluated through Content Analysis, of thematic-categorical type, with the aid of *Software ATLAS.ti Web*. **Results:** Care coordination was defined through eight categories: information and communication, care integration, improvement and quality, care management, care sharing, fundamental attribute, health professionals and users of health services, with concentration of article results mainly in four categories, highlighting the information and communication category, followed by the care management category and the care sharing category, in parallel with improvement and quality. **Conclusion:** The coordination of care for chronic conditions, specifically for systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, is characterized by being a fundamental attribute, generating integration and sharing of care for users, through care management that guarantees improvement and quality in assistance and in the health system, requiring, for its operation, excellent means of information and communication and also trained professionals.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Ambulatory Care; Health Systems; Health Avaliation.

RESUMEN

Introducción: El sistema de salud, a través de la coordinación de la atención que realiza la Atención Primaria de Salud, permite a los usuarios acceder a la Atención Secundaria, también llamada Atención Ambulatoria Especializada, corresponsable de los usuarios del sistema de salud, garantizando apoyo asistencial y la continuidad de la atención brindada. De esta manera, la coordinación de la atención es de suma importancia ya que los efectos negativos de su ausencia son signos de mala calidad de la atención en salud, siendo aún más potente en condiciones crónicas, como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus. **Objetivo:** Mapear la evidencia disponible sobre la coordinación de la atención entre la APS y la AAE para usuarios con hipertensión y diabetes. **Método:** Se trata de una revisión de alcance que tuvo como muestra final 40 artículos evaluados mediante Análisis de Contenido, de tipo temático-categorico, con la ayuda del *Software ATLAS.ti Web*. **Resultados:** La coordinación del cuidado se definió a través de ocho categorías: información y comunicación, integración, mejora y calidad del cuidado, gestión del cuidado, reparto del cuidado, atributo fundamental, profesionales de la salud y usuarios de servicios de salud, concentrándose los resultados de los artículos principalmente en cuatro categorías, destacándose la categoría de información y comunicación, seguida de la categoría de gestión de cuidados y de la categoría de cuidados compartidos, en paralelo a la de mejora y calidad. **Conclusión:** La coordinación de la atención a las enfermedades crónicas, específicamente a la hipertensión arterial sistémica y a la diabetes mellitus, se caracteriza por ser un atributo fundamental, generando integración y compartición de la atención a los usuarios, a través de una gestión de la atención que garantice la mejora y la calidad en la asistencia y en la salud. sistema, requiriendo para su funcionamiento excelentes medios de información y comunicación y además profesionales capacitados.

Palabras clave: Hipertensión; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud; Atención Ambulatoria; Sistemas de Salud; Evaluación en Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo	23
Figura 2 – Artigos selecionados em relação ao ano de publicação.....	28
Figura 3 – Artigos selecionados em relação a revista publicada.....	29
Figura 4 – Idioma dos artigos selecionados	29
Figura 5 – Abordagem metodológica dos artigos selecionados.....	29
Figura 6 – Dimensões da Coordenação do Cuidado por categorias.....	30
Figura 7 – Categorização das características da coordenação do cuidado por autor	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia PCC para a questão norteadora da pesquisa.....	19
Quadro 2 – Autor(es), ano de publicação, título, abordagem metodológica e categoria populacional dos estudos incluídos nesta revisão de escopo.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Atenção Secundária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PCC	População, Conceito e Contexto
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (<i>United Nations Children's Fund</i>)
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 MÉTODOS	21
3.1 QUESTÃO DE PESQUISA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	21
3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA	22
3.3 SELEÇÃO, EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS	23
4 RESULTADOS	25
4.1 CONCEITUAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO	30
4.1.1 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	31
4.1.2 INTEGRAÇÃO DO CUIDADO.....	31
4.1.3 MELHORIA E QUALIDADE	31
4.1.4 GESTÃO DO CUIDADO	31
4.1.5 COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO	32
4.1.6 ATRIBUTO FUNDAMENTAL	32
4.1.7 PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	32
4.1.8 USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO	33
5 DISCUSSÃO	40
6 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – Estratégia de busca para as bases de dados selecionadas	54
APÊNDICE B – Planilha de extração dos dados dos artigos incluídos na pesquisa	56
ANEXO A – Lista de verificação de itens de relatório preferenciais para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo (PRISMA-ScR) para esta revisão de escopo	58
ANEXO B – Documentos comprobatórios de submissão do trabalho em revista	60

APRESENTAÇÃO

Egresso da educação pública, desde a educação infantil e graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), instituição vinculada a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), na qual participei de Projeto de Iniciação Científica (PIC) realizando avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Na finalização da graduação, obtive a maior nota no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) de 2019, entre todos os estudantes do Brasil.

Especialista em Atenção Básica na Modalidade Residência Multiprofissional pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), atuando na linha de frente da COVID-19 durante os dois anos da pandemia na Unidade Básica de Saúde nº 1 de São Sebastião e especialista em Gestão da Estratégia Saúde da Família pela Fiocruz com uma metodologia pautada no aprendizado ensino e serviço integrado as necessidades do trabalho.

Servidor Público da SES-DF no cargo de Enfermeiro de Família e Comunidade, onde atuei na Gerência de Estratégia Saúde da Família (GESFAM) da Coordenação da Atenção Primária à Saúde (COAPS) do DF, inclusive como gerente substituto. Atualmente gerente da Gerência de Serviços de Atenção Primária nº 1 de São Sebastião, responsável pela Unidade Básica de Saúde nº 1 de São Sebastião da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) da Região de Saúde Leste do DF.

Durante minha trajetória acadêmica estive motivado com as temáticas relacionadas a APS e ao Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no desenvolvimento do Mestrado Acadêmico pela Universidade de Brasília (UNB), estando ainda mais interessado para contribuir com a temática considerando meu envolvimento profissional com a área.

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde devem promover, restaurar e manter a saúde da população, por meio de um conjunto de serviços que se comunicam, para garantir a proteção social. É por este motivo que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) tiveram seu conceito e definição estabelecidas por meio do Relatório Dawson no Reino Unido após a 1ª Guerra Mundial, como resultado dos debates sobre as mudanças na proteção social pós-guerra, surgindo, assim, com a necessidade de organizar os sistemas de saúde por meio da regionalização, para atender aos usuários de forma eficaz e acessível (Brasil, 2022).

Com a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em que foi adotada a Declaração de Alma-Ata, maior ênfase acerca dos cuidados primários incentivaram a discussão para os sistemas de saúde, segundo a lógica das RAS. No entanto, somente na década de 90, os Estados Unidos da América (EUA), o Canadá e alguns países da Europa iniciaram esforços para enfrentar a fragmentação dos sistemas de saúde por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) integrada aos outros serviços de saúde (Brasil, 2022).

No entanto, diferente dos sistemas fragmentados, em que os serviços de saúde trabalham de forma isolada e incomunicáveis uns dos outros, os sistemas integrados, ou seja, as RAS, são organizados a partir de um conjunto coordenado de serviços que prestam, a usuários definidos, uma assistência contínua e integral. Diante disso, enfrentar a fragmentação tem sido o foco de diversos países após os anos 2000, na tentativa de reduzir os recursos investidos em contraste dos resultados apresentados, já que estes não têm se mostrado positivos (Mendes, 2011, p. 52).

Nos últimos anos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem alavancando junto aos países da América Latina e Caribe projetos que estimulem as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde, ainda, no que se refere ao Brasil, esta vem desenvolvendo cooperação técnica com debates sobre o tema das RAS coordenadas pela APS (OPAS, 2011).

Como preceito do Sistema Único de Saúde (SUS), as RAS se dispõem como o futuro, possibilitando um trabalho cooperativo, operacionalizado de forma compartilhada e com foco em atestar a qualidade da assistência prestada (Nakata *et al.*, 2020; Tofani, 2021). Para isso, é necessário que a Coordenação da Atenção à Saúde esteja fortalecida, no entanto, tem-se mostrado um desafio atual e que gera preocupações crescentes. Nesse sentido, a organização dos sistemas e redes de saúde precisam que a APS assuma seu papel como coordenadora do

cuidado, pois, quando isso ocorre, demonstra estar fortemente associada à ampliação do acesso e melhora na qualidade do serviço prestado, proporcionando satisfação aos usuários e melhor utilização de recursos (Almeida *et al.*, 2018; Vargas *et al.*, 2016).

No que se refere ao conceito da coordenação do cuidado, de acordo com Barbara Starfield (2002) é *“um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum. Além disso, sua essência é “a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”*. Além disso, Almeida e colaboradores (2018) referem que coordenar o cuidado 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”*.

Em relação à APS no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, afirma que a coordenação do cuidado é um dos princípios e diretrizes do SUS e da RAS a ser operacionalizado na Atenção Básica. Esse documento ressalta também que, para se garantir a coordenação do cuidado, é recomendado uma população adscrita por equipe, de 2.000 a 3.500 pessoas, podendo variar de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. Além disso, é recomendado que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tenha até quatro equipes para atingir máximo potencial de resolutividade e, assim, garantir essa coordenação (Brasil, 2017a).

Neste sentido, um sistema de saúde, por meio da coordenação do cuidado realizada pela APS, possibilita aos usuários acesso à Atenção Secundária (AS), também denominada, Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), corresponsável pelos usuários do sistema de saúde, garantindo a retaguarda assistencial e a continuidade dos cuidados prestados (Guedes *et al.*, 2019).

No que se refere à AAE, esta é caracterizada por um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais demarcadas por processos de trabalho com maior densidade tecnológica, sobre uma infraestrutura tecnológica dura. E ainda, que deve ser ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo uma economia de escala com um bom custo-benefício e uma boa qualidade de atenção prestada (Giovanella *et al.*, 2012).

No entanto, apesar da AAE ser importante para a RAS, dentro do SUS tem se tornado um grande problema, principalmente devido à expansão da APS nos últimos anos, gerando aumento da demanda para esse nível de atenção, somado a problemas históricos e recorrentes, como a ausência de planejamento para sua expansão, baixa incorporação tecnológica, baixo

investimento em qualificação profissional, baixa resolutividade e baixa regulação da oferta existente devido ao não conhecimento das necessidades dos usuários (Giovanella *et al.*, 2012).

Ressalta-se que, de acordo com documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a AAE é um problema muito importante nos sistemas de atenção, inclusive no SUS, por se tratar de um vazio assistencial e cognitivo, além de ter sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados. Ainda, há três situações fundamentais que causam desequilíbrio entre a oferta e a demanda da AAE, sendo elas: a falta de estratificação de risco pela APS, a vinculação definitiva do usuário com o ambulatório e a centralização na consulta médica individual e presencial (Brasil, 2016).

No que se refere às unidades ambulatoriais dentro da RAS, elas deveriam atuar de forma conjunta, por meio de uma comunicação ordenada com os demais componentes, e coordenadas pela APS, o que não ocorre nos sistemas fragmentados, em que essas unidades trabalham de forma isolada, sem planejamento das necessidades dos usuários, com prontuários clínicos individualizados sem integração em rede e com função meramente assistencial (Mendes, 2011, p. 103).

Vale ressaltar que o cuidado ambulatorial especializado precisa ser ofertado para garantir a integralidade do cuidado, pois, somente assim, será possível promover assistência específica quando a APS necessitar de um complemento; no entanto, é notório que, no Brasil, a estrutura desse nível de atenção é insuficiente e pouco articulada, fazendo com que a APS realize um trabalho isolado (Tesser; Poli, 2017).

Diante disso, ressalta-se que é de responsabilidade da APS realizar a integração vertical dos serviços de saúde na RAS por meio de mecanismos de coordenação, sendo essência desta coordenação do cuidado a disponibilidade de informação acerca dos problemas de saúde e dos serviços prestados aos usuários (Brasil, 2017a).

Além disso, a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes no SUS, relata que a coordenação do cuidado:

[...] é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2017b, Anexo I, 6.2 Estrutura Operacional).

Dito posto, a coordenação do cuidado é a conexão de diferentes tipos de serviços que providencia um cuidado contínuo ao usuário, sem conflitos, dentro de todo o sistema de saúde (Vargas *et al.*, 2016). De acordo com documento disponibilizado pelo CONASS, a coordenação

da atenção à saúde possui três tipos: coordenação da informação, coordenação da gestão da clínica e coordenação administrativa (Evangelista; Felisberto, 2021).

A coordenação da informação está relacionada à transferência da informação clínica e psicossocial e à utilização da informação; já a coordenação da gestão da clínica diz respeito ao seguimento adequado do usuário, a acessibilidade entre níveis e a coerência da atenção; por fim, a coordenação administrativa se refere aos circuitos administrativos estabelecidos e à ordenação do acesso (Evangelista; Felisberto, 2021).

No que se refere aos usuários com doença crônica não transmissível (DCNT), estes precisam de um acompanhamento contínuo, tendo em vista que, quando o cuidado é interrompido, vários são os prejuízos para o sistema de saúde e para o próprio usuário, sendo, assim, necessária uma boa comunicação entre os diversos serviços de saúde (Brasil, 2013).

No que se refere às DCNTs no Brasil, é evidente uma transição demográfica acelerada devido à baixa taxa de fecundidade e mortalidade, a qual gera uma transformação na pirâmide etária da população, sendo esperado até 2030, o aumento da parte superior da pirâmide, que representa a população mais envelhecida, o que representa o aumento crescente nas condições crônicas (Mendes, 2011).

Quanto à hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes *mellitus* (DM) e outras DCNTs, estas estão em ascensão não só no Brasil, mas em todo o mundo, com aumento da sua prevalência na população e conseqüente aumento das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares. Isto posto, faz-se necessário o direcionamento de estratégias para o combate efetivo dessas doenças (Ribeiro; Grigório; Pinto, 2021; Simões *et al.*, 2021).

No que se refere a HAS, no Brasil, sabe-se que entre 25 e 35% dos adultos possuem esta patologia, além disso, conforme a idade avança estes números aumentam para 40% em usuários de 60 a 69 anos, atingindo 75% dos idosos com mais de 75 anos. Já a DM, ocorre em menor quantidade, atingindo 6% dos adultos no Brasil, aumentando para 18% naqueles maiores de 60 anos (Oliveira, 2016, p. 124-140).

Ainda, estes dados corroboram com os que foram apresentados pelo Ministério da Saúde brasileiro por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em que a frequência do diagnóstico médico de HAS foi de 27,9% no conjunto das 27 cidades brasileiras, sendo as mulheres mais acometidas do que os homens, 29,3% e 26,4%, sucessivamente. No que se refere a DM, estes dados têm aumentado no Brasil, sendo, 10,2% de frequência do diagnóstico de diabetes, sendo maior nas mulheres (11,1%) do que entre os homens (9,1%) (Brasil, 2023a).

Deste modo, a coordenação do cuidado se mostra de extrema importância 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 (Almeida; Santos, 2016). Apesar disso, Mendonça *et al.* (2018) por meio de mapeamento bibliográfico de artigos sobre a APS no Brasil até 2016, apontaram que somente 5,5% dos estudos abordaram o atributo da coordenação do cuidado na proporção dos artigos selecionados na amostra levantada, o que deixa clara a importância da realização de mais estudos acerca desse atributo.

Vale ressaltar que, durante a pandemia da Covid-19, causada pelo vírus SARS-COV-2, a coordenação do cuidado teve considerável relevância, no entanto, devido à suspensão e restrição dos atendimentos durante esse período, o cuidado contínuo aos mais necessitados e aos que buscavam atendimento oportuno não foi garantido, o que pode ter gerado mais problemas para os sistemas de saúde (Bernardino Junior *et al.*, 2020; Daumas *et al.*, 2020). Diante disso, há de se fazer um destaque para a coordenação do cuidado no momento pós-pandêmico, com a necessidade de conhecer as lacunas que fragilizam os sistemas de saúde.

Dessarte, considerando a relevância da HAS e DM na APS, a fragilidade da AAE, somados ao número baixo de estudos sobre a coordenação do cuidado, conforme supracitado, bem como as especificidades da assistência aos usuários com doenças crônicas e, considerando que é possível que a coordenação do cuidado seja uma estratégia fundamental para o aprimoramento do sistema de saúde, a realização deste estudo se fez necessária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Mapear as evidências disponíveis acerca da coordenação do cuidado entre a APS e a AAE aos usuários com hipertensão e diabetes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as dimensões da coordenação do cuidado entre a APS e a AAE aos usuários com hipertensão e diabete
- b) Identificar as características da coordenação do cuidado entre a APS e a AAE aos com hipertensão e diabete

3 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de escopo conduzida de acordo com as diretrizes metodológicas do *Joanna Briggs Institute (JBI)* para *scoping review*, relatada de acordo com a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*. 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 (Aromataris; Munn, 2020).

Foi adotada essa metodologia para possibilitar explorar as informações que já estão disponíveis acerca da coordenação do cuidado entre a APS e a AAE 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, estimular a transparência e possibilitar que a estratégia de busca da pesquisa seja replicada.

3.1 QUESTÃO DE PESQUISA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A questão norteadora da revisão foi formulada com base na estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) conforme orientado pela JBI e está descrita no Quadro 1, resultando na seguinte questão: “Quais as dimensões e as características da coordenação do cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada?”.

Quadro 1 – Estratégia PCC para a questão norteadora da pesquisa

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Usuários hipertensos e/ou diabéticos
C	Conceito	Coordenação do cuidado
C	Contexto	Entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada

Fonte: Elaboração própria.

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 artigos publicados na

íntegra em formato completo e *online*, podendo ser qualitativos, quantitativos ou mistos, e publicados até o período da coleta de dados (16 de abril de 2023).

Foram definidos como critérios de exclusão os artigos de revisão, as cartas ao editor, os resumos e os trabalhos publicados em anais de eventos científicos, bem como aqueles que respondiam, de forma parcial, à pergunta da pesquisa e não contemplavam todos os itens do acrônimo PCC.

Considerando que este estudo não realizou nenhuma 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.

3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

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-chaves 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 foi encontrada abordando a questão deste estudo.

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) e projetando cabeçalhos de assuntos médicos da Medline relacionados à pergunta da pesquisa.

Com a definição realizada e testada, os termos e palavras-chaves foram adaptados a cada base de dados utilizando como modelo a estratégia de busca montada para a PubMed/MEDLINE, conforme descrito a seguir: ("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]).

Foi utilizado na busca o acesso institucional do portal de periódicos da Capes/Acesso CAFe (Comunidade Acadêmica), quando não disponível o acesso de forma livre e gratuita dos artigos. Assim, foi realizado a busca nas seguintes bases de dados e bibliotecas virtuais em saúde: 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*. Estas poderão ser visualizadas no Apêndice A.

Ademais, considerando que o *Google Scholar* é uma ferramenta de busca de dados de literatura cinzenta, que não está em base de dados oficiais e que não segue um processo editorial, bem como, não é possível a busca com os descritores somente em título e resumo, o número de artigos e documentos é consideravelmente elevado, por isso, foi definido que somente seriam utilizados os 100 primeiros. Além disso, foi levado em consideração, para escolha dessa quantidade, que esta base de dados realiza automaticamente uma ordenação por relevância (Rethlefsen *et al.*, 2023).

3.3 SELEÇÃO, EXTRAÇÃO E SÍNTESE DOS DADOS

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 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, já que não houve discordância nestas etapas (Honório; Santiago Júnior, 2021).

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, categoria populacional, número de participantes, definição de coordenação do cuidado e principais resultados (Apêndice B).

Após os dados serem extraídos, foi utilizada a Análise de Conteúdo, do tipo temático-categorial que, de acordo com Minayo (2006), é quando se descobrem os núcleos de sentido

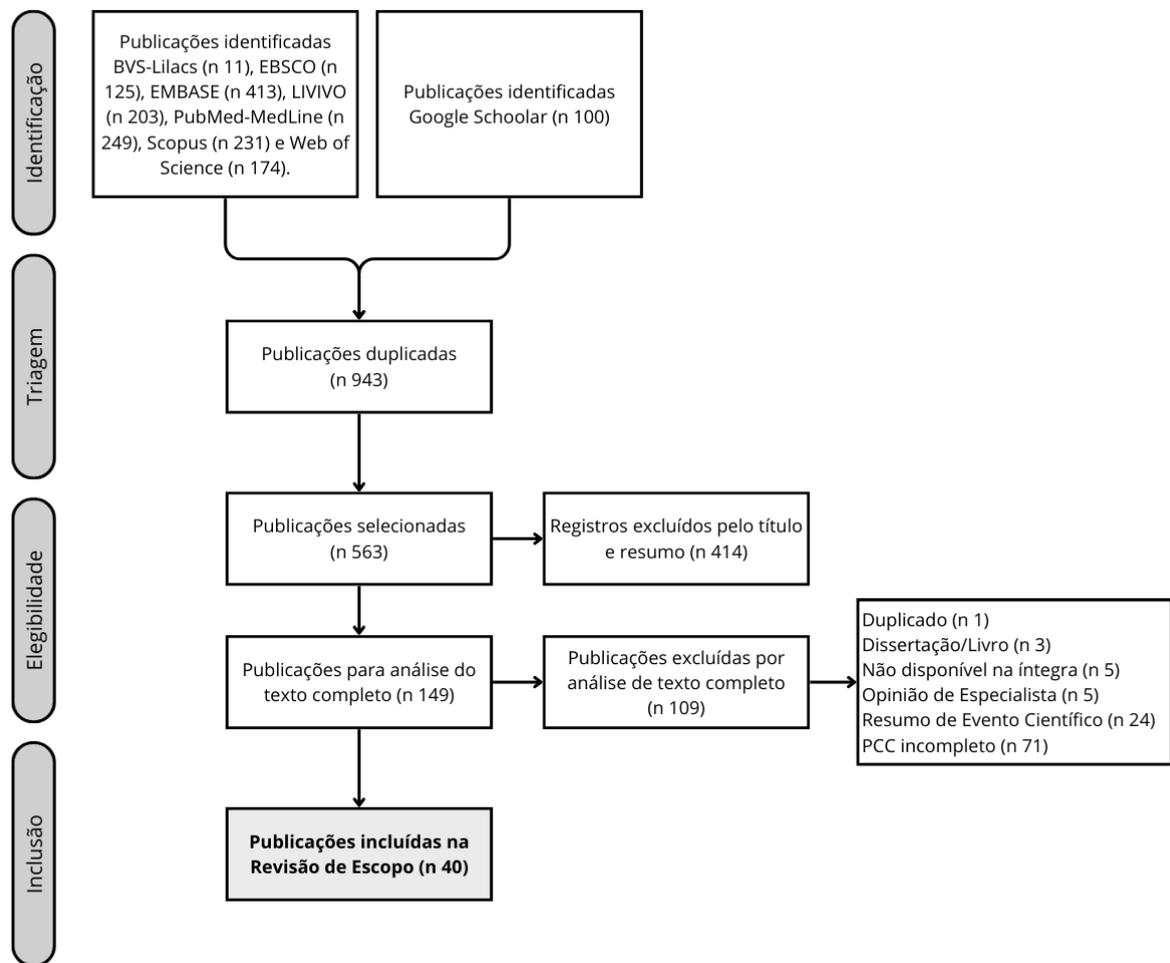
daquela comunicação cuja frequência ou presença signifique algo para o objetivo do estudo. Ainda foram utilizadas as três etapas recomendadas: pré-análise, com a organização e preparação do material; exploração do material, com a codificação dos dados por meio das unidades de registro; e o tratamento dos resultados, interpretação e inferências (Bardin, 2016).

Para a segunda etapa, exploração do material, foi utilizado o *software* ATLAS.ti Web, versão paga, que facilita a criação de categorias por meio de um gerenciador de códigos e grupos de códigos. A utilização do *software* ocorreu em dois momentos: primeiro, auxiliou a criar categorias para o levantamento das dimensões conceituais da coordenação do cuidado descritas nos artigos; e em um segundo momento, para criar categorias das principais características da coordenação do cuidado apresentados nos artigos. Ressalta-se que as categorias definidas no primeiro momento foram utilizadas no segundo momento para que a análise das características apresentadas estivesse correlacionada com as dimensões da coordenação do cuidado apresentados.

4 RESULTADOS

A pesquisa resultou inicialmente em 1.506 publicações, das quais 943 foram identificadas como duplicatas, com auxílio do *software Rayyan*®, 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.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo



Fonte: Adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)*.

No Quadro 2, é apresentada a descrição dos artigos que foram incluídos como amostra final desta revisão de escopo.

Quadro 2 – Autor(es), ano de publicação, título, abordagem metodológica e categoria populacional dos estudos incluídos nesta revisão de escopo

Autor(es)	Ano	Título	Abordagem metodológica	Categoria populacional
Aleluia <i>et al.</i>	2017	Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro	Qualitativo	Hipertensos e Diabéticos
Baldo <i>et al.</i>	2015	Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs	Quantitativo	Diabéticos
Benzer <i>et al.</i>	2019	Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Benzer <i>et al.</i>	2020	A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans' and Clinicians' Experiences of Care Coordination	Misto	Hipertensos e Diabéticos
Blignault <i>et al.</i>	2021	“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	Qualitativo	Diabéticos
Chen e Cheng	2021	Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization	Quantitativo	Diabéticos
Cook <i>et al.</i>	2021	Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness	Quantitativo	Diabéticos
Dawda <i>et al.</i>	2015	Does it matter who 26edicaid26 your health care?	Quantitativo	Diabéticos
Fitzgerald <i>et al.</i>	2017	Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes	Qualitativo	Diabéticos
Haley <i>et al.</i>	2015	Improving Care Coordination Between Nephrology and Primary Care: A Quality Improvement Initiative Using the Renal Physicians Association Toolkit	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Harrison <i>et al.</i>	2020	Economic outcomes of insurer-led care management for high-cost 26edicaid patients	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Helmersen <i>et al.</i>	2021	Women’s experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study	Qualitativo	Diabéticos
Hummel e Gandara	2011	Health information exchange and care coordination of diabetic patients between medicine and dentistry	Qualitativo	Diabéticos
Jindal <i>et al.</i>	2022	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	Qualitativo	Hipertensos e Diabéticos
Katz <i>et al.</i>	2014	Do primary care physicians coordinate ambulatory care for chronic disease patients in Canada?	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Lee e Bae	2019	Implementation of a care coordination system for chronic diseases	Qualitativo	Hipertensos e Diabéticos

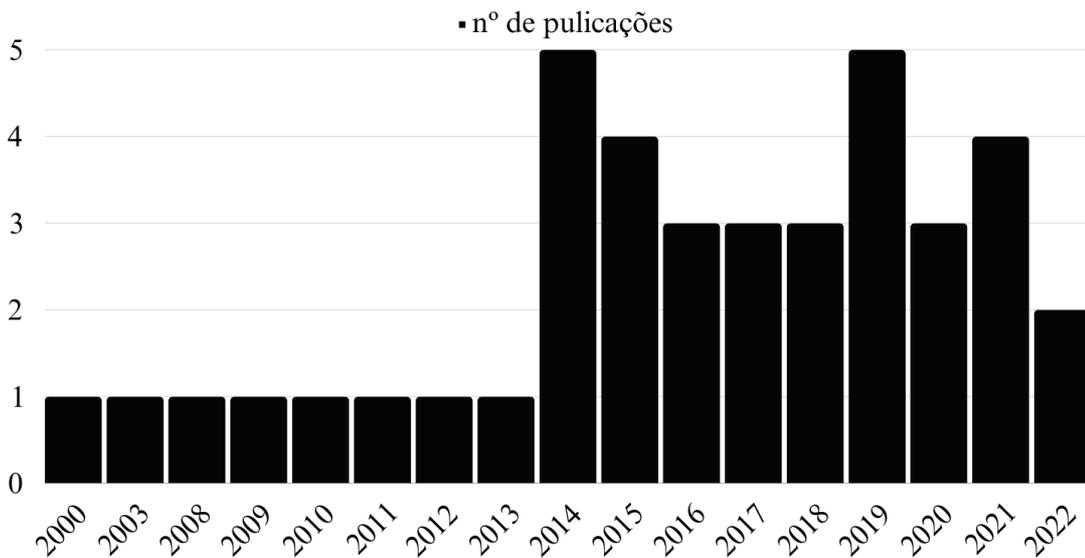
Liss <i>et al.</i>	2014	Specialty use among patients with treated hypertension in a patient-centered medical home	Quantitativo	Hipertensos
Liu; Einstadter; Cebul	2010	Care Fragmentation and Emergency Department Use Among Complex Patients With Diabetes	Quantitativo	Diabéticos
Lo <i>et al.</i>	2016	Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease – a qualitative study	Qualitativo	Diabéticos
MacPhail; Neuwirth; Bellows	2009	Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record	Qualitativo	Diabéticos
Maeng <i>et al.</i>	2012	Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Malkani; Keitz; Harlan	2016	Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Providers	Qualitativo	Diabéticos
Mateo-Abad <i>et al.</i>	2020	Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country	Misto	Diabéticos
McLendon; Wood; Stanley	2019	Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program	Quantitativo	Diabéticos
Mills e Harvey	2003	Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial	Quantitativo	Diabéticos
Mohr <i>et al.</i>	2019	Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration	Misto	Hipertensos e Diabéticos
O'Malley e Cunningham	2009	Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Pollack <i>et al.</i>	2013	Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytic approach to care coordination using claims data	Quantitativo	Diabéticos
Provost <i>et al.</i>	2017	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?	Misto	Hipertensos e Diabéticos
Rêgo <i>et al.</i>	2022	Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde	Quantitativo	Hipertensos
Schillinger <i>et al.</i>	2000	Effects of primary care coordination on public hospital patients	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos
Segal e Dugoff	2014	Building blocks for measuring care coordination with claims data	Qualitativo	Diabéticos
Talley <i>et al.</i>	2018	Improving Population Health among Uninsured Patients with Diabetes	Quantitativo	Diabéticos
Van-Eeghen; Littenberg; Kessler	2018	Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study	Qualitativo	Diabéticos

Venancio; Rosa; Bersusa	2016	Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i> : implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil	Misto	Hipertensos e Diabéticos
Vimalananda <i>et al.</i>	2018	Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System	Qualitativo	Diabéticos
Wang <i>et al.</i>	2015	Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction	Qualitativo	Diabéticos
Weeks <i>et al.</i>	2014	Measuring Primary Care Organizational Capacity for Diabetes Care Coordination: The Diabetes Care Coordination Readiness Assessment	Misto	Diabéticos
Williams <i>et al.</i>	2019	Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives	Qualitativo	Diabéticos
Zlateva <i>et al.</i>	2015	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	Misto	Hipertensos e Diabéticos

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao ano de publicação dos artigos selecionados, eles datam desde o ano 2000, com anos sequenciais de publicação encontradas a partir de 2008 até 2022, no entanto, são evidenciados picos nos anos de 2014 e 2019, com cinco publicações em cada ano, seguido de outros dois picos nos anos de 2015 e 2021, com quatro publicações em cada ano. Vale ressaltar que, dos artigos encontrados, 80% (n=32) se concentram a partir do ano de 2014 até 2022, conforme mostra Figura 2.

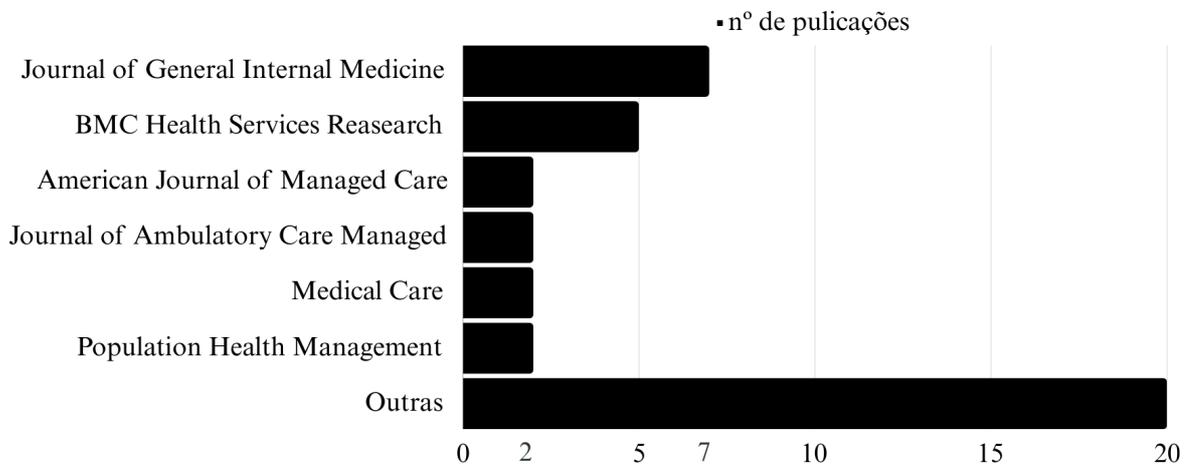
Figura 2 – Artigos selecionados em relação ao ano de publicação



No que se refere ao país onde os estudos foram realizados, há concentração nos Estados Unidos (n=25), representando 62,50% dos artigos selecionados, seguido do Brasil (n=3), Austrália (n=3) e os demais oito países com um ou dois artigos, sendo eles: África do Sul, País Basco, Canadá, Coreia do Sul, Índia, Itália, Noruega e Taiwan.

Os artigos foram publicados em 26 revistas científicas diferentes, com concentração maior de artigos na revista *Journal of General Internal Medicine* (n=7), seguido da revista *BMC Health Services Research* (n=5), conforme mostra Figura 3.

Figura 3 – Artigos selecionados em relação a revista publicada



Em relação ao idioma dos artigos publicados, ficaram concentrados em inglês (n=37) e português (n=3), conforme mostra Figura 4. No que se refere à abordagem metodológica utilizada nos artigos, é possível visualizar na Figura 5 que grande parte deles definiram-se como quantitativo (n=18), seguido de qualitativos (n=15) e mistos (n=7).

Figura 4 – Idioma dos artigos selecionados

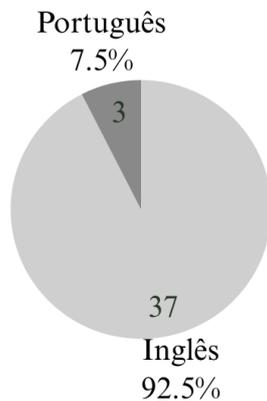
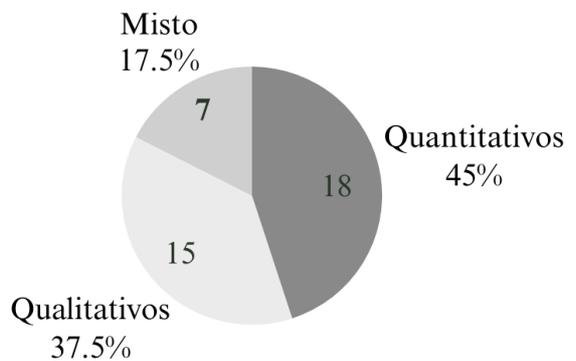


Figura 5 – Abordagem metodológica dos artigos selecionados



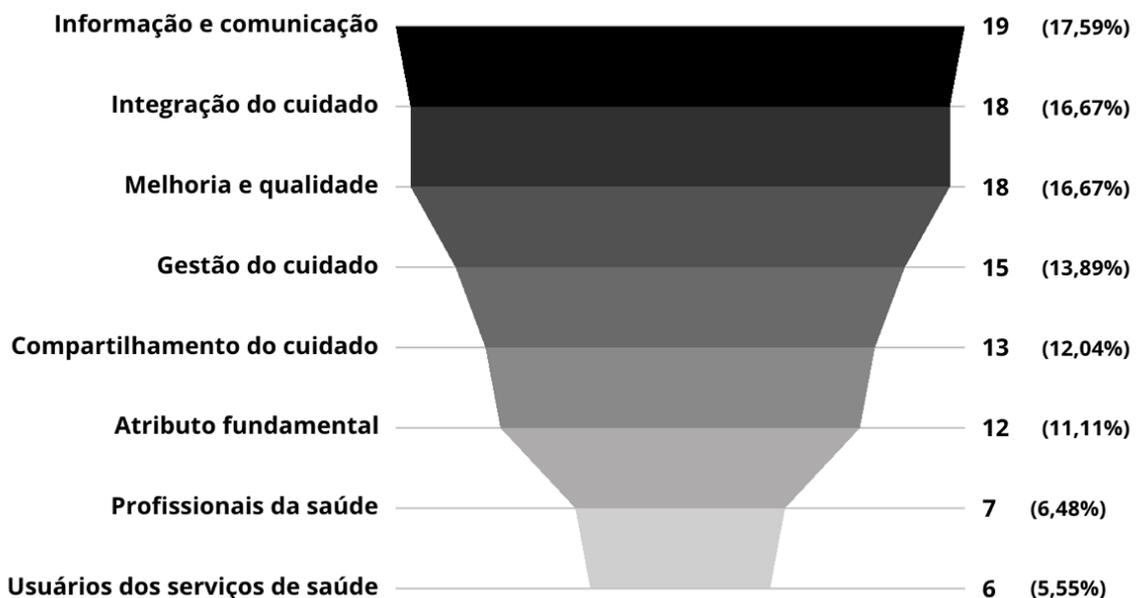
Em relação aos artigos quantitativos, 72,22% utilizaram os usuários como parte da amostra da pesquisa (n=13), 22,22% utilizaram prontuários (n=4) e 5,56% dados de prontuários e profissionais da saúde (n=1). O número de participantes que fizeram parte da amostra nos estudos quantitativos selecionados nesta revisão somam 309.721 usuários e/ou profissionais, e 354.119 prontuários.

4.1 CONCEITUAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Dos artigos selecionados, 23 apresentaram algum conceito da coordenação do cuidado. Diante disso, para descrever de forma mais sistemática, utilizou-se o *software* ATLAS.ti Web para realizar uma análise do conteúdo abordado, identificando no texto as dimensões mais citadas por meio da categorização.

Os 108 tópicos-chaves elencados foram divididos, primeiramente, em 16 categorias; no entanto, para facilitar a compreensão, e pela proximidade das temáticas, foram agrupados em 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 (Figura 6), as quais serão apresentadas, a seguir, em uma síntese de cada categoria, para que as dimensões da coordenação do cuidado possam ser entendidas em sua ampla conformação.

Figura 6 – Dimensões da Coordenação do Cuidado por categorias



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados apresentados nos artigos.

4.1.1 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. Com isso, os cuidadores dependem da intercambialidade de informações entre indivíduos, funções e locais ao longo do tempo, para garantir a coordenação do cuidado em sua plenitude (Benzer *et al.*, 2020; Chen; Cheng, 2021; Cook *et al.*, 2021; Fitzgerald *et al.*, 2017; Hummel; Gandara, 2011; Katz *et al.*, 2014; Maeng *et al.*, 2012; Mohr *et al.*, 2019; O'malley; Cunningham, 2009; Pollack *et al.*, 2013; Segal; Dugoff, 2014; Van-Eeghen; Littenberg; Kessler, 2018; Wang *et al.*, 2015; Zlateva *et al.*, 2015).

4.1.2 INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

A coordenação do cuidado é uma estratégia de prestação de cuidados de saúde oportuna responsável por integrar os serviços e as ações de saúde dos usuários de forma complementar dentro dos diferentes níveis de atenção. Para isso, é imperativo sua estruturação, uma vez que representa um componente essencial na regionalização dos serviços disponibilizados dentro dos sistemas de saúde (Aleluia *et al.*, 2017; Chen; Cheng, 2021; Dawda *et al.*, 2015; Hummel; Gandara, 2011; Katz *et al.*, 2014; Rego *et al.*, 2022; Segal; Dugoff, 2014; Williams *et al.*, 2019).

4.1.3 MELHORIA E QUALIDADE

Coordenar o cuidado significa desempenhar um papel fundamental na promoção de melhorias e na facilitação da 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 e a redução dos custos associados, devido à otimização da utilização de serviços mediante a oferta adequada às necessidades dos usuários, o que também resulta em melhorias significativas nos resultados clínicos (Aleluia *et al.*, 2017; Benzer *et al.*, 2019; Cook *et al.*, 2021; Dawda *et al.*, 2015; Fitzgerald *et al.*, 2017; Katz *et al.*, 2014; Macphail; Neuwirth; Bellows, 2009; Maeng *et al.*, 2012; Mohr *et al.*, 2019; Rêgo *et al.*, 2022; Wang *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2019).

4.1.4 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, até mesmo das relações informais entre as pessoas. 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 (Baldo *et al.*, 2015; Benzer *et al.*, 2019; Chen; Cheng, 2021; Cook *et al.*, 2021; Fitzgerald *et al.*, 2017; Hummel; Gandara, 2011; Mohr *et al.*, 2019; O'malley; Cunningham, 2009; Rêgo *et al.*, 2022; Van-Eeghen; Littenberg; Kessler, 2018; Weeks *et al.*, 2014; Zlateva *et al.*, 2015).

4.1.5 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 dispensados (Aleluia *et al.*, 2017; Benzer *et al.*, 2020; Chen; Cheng, 2021; Dawda *et al.*, 2015; Fitzgerald *et al.*, 2017; Hummel; Gandara, 2011; Lee; Bae, 2019; Macphail; Neuwirth; Bellows, 2009; Maeng *et al.*, 2012; Van-Eeghen; Littenberg; Kessler, 2018; Vimalananda *et al.*, 2018; Weeks *et al.*, 2014; Zlateva *et al.*, 2015).

4.1.6 ATRIBUTO FUNDAMENTAL

Amplamente reconhecido como um atributo fundamental, a coordenação do cuidado tem notável importância e caracteriza-se por ser essencial para a APS e desempenha um papel crítico na promoção do acesso aos serviços de saúde, assegurando continuidade do cuidado, minimizando barreiras de acesso e estabelecendo a conexão entre os recursos comunitários, contribuindo para a provisão de cuidados centrados no paciente (Aleluia *et al.*, 2017; Chen; Cheng, 2021; Dawda *et al.*, 2015; Fitzgerald *et al.*, 2017; Katz *et al.*, 2014; Macphail; Neuwirth; Bellows, 2009; O'malley; Cunningham, 2009).

4.1.7 PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Há o envolvimento de uma extensa variedade de profissionais de saúde e recursos para se operacionalizar a coordenação do cuidado. Neste sentido, para que a execução das atividades essenciais e a realização dos 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 (Aleluia *et al.*, 2017; Cook *et al.*, 2021; Fitzgerald *et al.*, 2017; Katz *et al.*, 2014; Maeng *et al.*, 2012; Mohr *et al.*, 2019).

4.1.8 USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

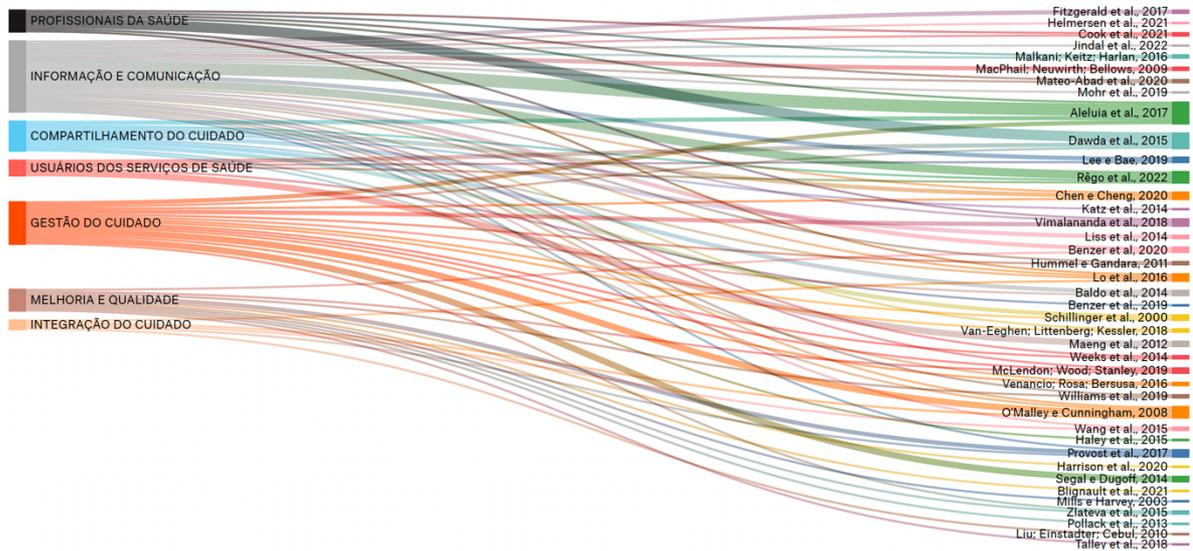
Apesar de a coordenação do cuidado ter sido empregada para atender a todas as categorias de usuários dos serviços de saúde, no contexto das condições crônicas, surge como uma estratégia de resposta que deve ser estimulada em toda a sua abrangência, especialmente em virtude dos usuários que recebem cuidados de diversos prestadores em múltiplos ambientes, já que isto resulta em um incremento nos custos associados a esses cuidados e a riscos clínicos (Dawda *et al.*, 2015; Katz *et al.*, 2014; Rêgo *et al.*, 2022; Van-Eeghen; Littenberg; Kessler, 2018; Wang *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2019).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

No que se refere as principais características apresentadas pelos artigos, foram consideradas as categorias mencionadas anteriormente, exceto atributo fundamental, pois, não foi identificado resultados dos estudos relacionados a ela, no entanto, esta categoria se mostrou transversal a todas as outras.

Diante disso, na perspectiva de relacioná-los as dimensões da coordenação do cuidado apontados anteriormente, por meio do *software* ATLAS.ti Web, realizou-se a categorização dos resultados apresentados pelos estudos com as categorias supracitadas para que fosse possível apresentar as características levantadas acerca da coordenação do cuidado. Ainda, foi realizado o cruzamento entre as categorias estabelecidas e os autores de cada artigo para identificar neles as categorias mais presentes, conforme Figura 7.

Figura 7 – Categorização das características da coordenação do cuidado por autor



Fonte: Elaboração por meio do *software* Atlas.TI Web.

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*, esta temática tem se mostrado um dos desafios centrais da coordenação de cuidados eficazes entre os profissionais, já que as informações prestadas não apresentam detalhes suficientes para a tomada de decisão. No entanto, foi evidenciado que, 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 com comunicação em tempo real entre os membros da equipe, reduzindo a fragmentação do cuidado quando prestado em vários serviços (Aleluia *et al.*, 2017; Benzer *et al.*, 2019; Cook *et al.*, 2021; Fitzgerald *et al.*, 2017; Hummel; Gandara, 2011; Mohr *et al.*, 2019; Williams *et al.*, 2019).

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. Assim, os sistemas eletrônicos têm mostrado melhorias na coordenação do cuidado por meio do gerenciamento do fluxo do cuidado, evitando lacunas e sobreposições de cuidados (Jindal *et al.*, 2022; Macphail; Neuwirth; Bellows, 2009; McLendon; Wood; Stanley, 2019; Rêgo *et al.*, 2022).

No entanto, conforme apontado, a coordenação do cuidado requer mais do que o estabelecimento de recursos eletrônicos para o compartilhamento de informações de saúde, além disso, as fichas de referência e contrarreferência não têm apresentado muito êxito, tendo em vista que foram pouco utilizadas na contrarreferência (Aleluia *et al.*, 2017; Hummel; Gandara, 2011; Macphail; Neuwirth; Bellows, 2009; Wang *et al.*, 2015; Weeks *et al.*, 2014). Vale ressaltar, conforme apresentado por estudos, que um sistema eletrônico, dependendo da estrutura necessária, pode ter custos elevados para as organizações, sendo de difícil implementação principalmente devido aos recursos limitados (Malkani; Keitz; Harlan, 2016; Van-Eeghen; Littenberg; Kessler, 2018).

Além disso, foi identificado que uma transmissão mais coordenada e coesa de informações aos pacientes é gerada quando se tem uma coordenação de cuidados com um médico de cuidados primários. E ainda, quanto maior o nível de compartilhamento de pacientes entre os médicos, melhor é a troca de informação, a comunicação e a cooperação entre os fornecedores de cuidados, sendo necessário ampliar em ambas as direções a comunicação (Chen; Cheng, 2021; Lee; Bae, 2019; O'malley; Cunningham, 2009; Provost *et al.*, 2017).

Foi ressaltada, também, a importância da comunicação entre as equipes de atenção primária com os especialistas e com a central de regulação, já que esta se mostrou fraca, com desconhecimento entre os profissionais, além de terem sido evidenciadas informações inadequadas nos relatórios de encaminhamento, quando realizados (Aleluia *et al.*, 2017; Lo *et al.*, 2016; Vimalananda *et al.*, 2018). E mais, estudo apontou que a falta da comunicação faz com que os usuários se sintam coordenadores do seu próprio cuidado (Helmersen *et al.*, 2021).

Em relação à *gestão do cuidado*, os usuários que possuem atendimento com o médico de família e outros médicos especialistas têm resultados de saúde melhores do que quando prestados somente pelo médico de família, reduzindo a utilização hospitalar e custos para o sistema de saúde (Baldo *et al.*, 2015; Mclendon; Wood; Stanley, 2019; Schillinger *et al.*, 2000). 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 (O'malley; Cunningham, 2009; Segal; Dugoff, 2014).

No que se refere ao *compartilhamento do cuidado*, os mecanismos formais de referência e contrarreferência têm se mostrado insuficientes, inclusive para o tratamento de usuários hipertensos e diabéticos. No entanto, o aumento do encaminhamento dos usuários de alta morbidade para especialistas destaca a necessidade de uma coordenação mais eficiente (Liss *et al.*, 2014; Venancio; Rosa; Bersusa, 2016).

Foi evidenciado, inclusive, que quando um médico não é o responsável pelo cuidado do usuário, é mais provável que ele realize um encaminhamento para à 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 (Katz *et al.*, 2014; Schillinger *et al.*, 2000).

Sendo assim, foi apontada a necessidade de melhorias no processo de encaminhamento dos usuários, principalmente no que se refere à apresentação de informações ao especialista e na devolução deste para o médico de cuidados primários, já que há evidências de dificuldades relacionadas ao compartilhamento do cuidado dos usuários, principalmente devido à ausência de contrarreferência dos níveis secundários e terciários (Aleluia *et al.*, 2017; O'malley; Cunningham, 2009).

Também foi apontada, por usuários e pelos profissionais de cuidados primários, a insatisfação quanto ao processo de coordenação do cuidado, haja vista a falta de seguridade de atendimento especializado, tendo que aguardar em filas para agendamento, e a falta de informações escritas sobre os serviços realizados fora das unidades de cuidados primários (Lo *et al.*, 2016; Rêgo *et al.*, 2022).

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 (Benzer *et al.*, 2020; Mclendon; Wood; Stanley, 2019; Mills; Harvey, 2003; Provost *et al.*, 2017). Além disso, para garantir um cuidado mais adequado e planejado, a transferência do cuidado deve levar em consideração as questões culturais dos usuários (Blignault *et al.*, 2021).

Neste 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 e aqueles com elevados riscos, que receberam cuidados compartilhados por meio da coordenação do cuidado, apresentaram menores custos totais, menor taxa de internação e hospitalização (Pollack *et al.*, 2013).

Outro estudo, no entanto, apesar de achar que a coordenação poderia ter reduzido os custos totais e/ou farmacêuticos, não encontrou evidências significativas (Harrison *et al.*, 2020). 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 (Williams *et al.*, 2019).

No que concerne à categoria *profissionais da saúde*, os usuários e os seus cuidadores percebem que eles são bons como coordenadores do cuidado, ratificado ainda pela percepção dos médicos especialistas e de cuidados primários (Lo *et al.*, 2016; Mateo-Abad *et al.*, 2020).

Isto posto, os cuidados geridos por profissionais de saúde têm melhores coordenações, independente do profissional, de cuidados primários ou especialista. 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 (Dawda *et al.*, 2015).

Em contraponto, 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 (Dawda *et al.*, 2015; Vimalananda *et al.*, 2018). Aponta-se também que o Agente Comunitário de Saúde é um importante ator nesse processo, principalmente por meio da busca ativa dos usuários nas visitas domiciliares (Aleluia *et al.*, 2017).

Concomitante a isto, foi identificado que reunir os profissionais e estabelecer relações entre os profissionais gera resultados positivos na assistência direta ao usuário, melhorando a cooperação mútua e auxiliando as equipes a estabelecer e compartilhar as responsabilidades (Haley *et al.*, 2015; Hummel; Gandara, 2011; Zlateva *et al.*, 2015).

De forma complementar, foi exposto que ter a presença de um profissional coordenador do cuidado melhora significativamente indicadores de glicemia, lipídios e pressão arterial, gerando um nível mais elevado de coordenação do que aqueles que gerem seus próprios cuidados, no entanto, a autocoordenação e a coordenação por amigos e familiares é melhor medida quando o usuário reconhece alguém como liderança da coordenação (Cook *et al.*, 2021; Dawda *et al.*, 2015).

Define-se ainda o papel do coordenador do cuidado como aquele que é responsável por revisar periodicamente o plano de cuidado de cada usuário e encaminhá-lo ao membro da equipe mais apropriado, dependendo da necessidade específica apresentada (Malkani; Keitz; Harlan, 2016).

Ressalta-se que a falha da coordenação do cuidado entre os profissionais faz com que os usuários criem sua própria rede de segurança, por meio de uma capacidade limitada de se autocoordenarem, evidenciando, assim, as dificuldades do sistema de saúde em gerir os cuidados (Vimalananda *et al.*, 2018).

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 (Dawda *et al.*, 2015; Venancio; Rosa; Bersusa, 2016). No entanto, foi identificado que os usuários que possuem comorbidades mais sérias geralmente se consultam com um número maior de profissionais do que os que possuem comorbidades mais leves (Chen; Cheng, 2021).

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 (Baldo *et al.*, 2015). Vale ressaltar que, com a coordenação do cuidado, os usuários têm menor probabilidade de sofrer hospitalização, no entanto, os pacientes com baixa morbidade são encaminhados em menor quantidade devido às suas necessidades serem sanadas no âmbito da atenção primária (Chen; Cheng, 2021; Liss *et al.*, 2014).

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 (Williams *et al.*, 2019). Apesar disso, foi relatado que pessoas com condições mais complexas têm coordenação do cuidado mais consistente (Dawda *et al.*, 2015).

Diante disso, as unidades de saúde precisam implementar estratégias organizacionais, com mudança na cultura clínica, redesenhando o processo de trabalho entre as equipes, com a adoção de planos terapêuticos com instrumentos de estratificação de risco para definir com mais segurança os fluxos dos usuários na implementação de protocolo clínico sistemático, cuja ausência se mostrou obstáculo para o referenciamento dos usuários, haja vista a necessidade de esclarecimento dos papéis e responsabilidades (Aleluia *et al.*, 2017; Van-Eeghen; Littenberg; Kessler, 2018; Vimalananda *et al.*, 2018; Weeks *et al.*, 2014).

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 (Dawda *et al.*, 2015; Maeng *et al.*, 2012).

Em relação aos usuários hipertensos, aqueles com a pressão arterial controlada tendem a avaliar positivamente a coordenação do cuidado, enquanto os descompensados avaliam de forma insatisfatória (Rêgo *et al.*, 2022). Assim, percebe-se que, quanto maior a gravidade da condição do paciente, maior será a probabilidade de ele necessitar de outro serviço e especialidades (Lee; Bae, 2019).

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, nos quais há fragmentação do cuidado (Liu; Einstadter; Cebul, 2010; Provost *et al.*, 2017). 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 (O'malley; Cunningham, 2009).

De forma correlacionada, o prontuário eletrônico auxilia na integração do cuidado realizado pelos profissionais da saúde, principalmente quando comparados a um ambiente não integrado, conforme apontado pelos usuários, sendo necessária a realização de práticas baseadas em evidência dentro de equipes que foquem nas necessidades dos usuários (Wang *et al.*, 2015; Zlateva *et al.*, 2015).

5 DISCUSSÃO

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 manterem 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 à APS (Beltrammi; Reis, 2019).

Neste sentido, é fato que todos os sistemas têm desafios similares frente ao atendimento efetivo, eficiente e equitativo, mesmo eles apresentando diferentes características e formas de serem operados. No entanto, todos têm trabalhado para responder aos problemas de uma forma que não gere problemas econômicos, mas que auxilie na redução dos gastos com os serviços de saúde (Starfield, 2002).

É por isto que os sistemas de saúde vêm sofrendo diversas mudanças. No que se refere ao Brasil, este foi o único país capitalista da América Latina a estabelecer um sistema universal de saúde, o SUS. Já nos Estados Unidos da América (EUA), sob a influência de uma ideologia pró-mercado e pró-setor privado, o sistema de saúde está em contraponto ao sistema universal, pois, o propósito é reduzir o tamanho, o papel e a ação do Estado, principalmente devido à necessidade de reduzir o seu financiamento (Paim, 2019).

No entanto, há diferenças significativas entre os sistemas dos dois países supracitados. Os EUA seguem a ideia da Cobertura Universal em Saúde, com a presença de planos de saúde, entre eles o Medicaid e o Medicare, pelo qual a população paga, de forma direta, os custos em saúde. Já o Brasil segue com esforços para manter a universalidade e os direitos à saúde, sendo uma referência de inovação para a América Latina e para o mundo (Paim, 2019).

Apesar das diferenças apresentadas nos diversos sistemas de saúde, observa-se que a coordenação do cuidado entre a APS e a AAE 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 (Benzer *et al.*, 2020; Cook *et al.*, 2021; Maeng *et al.*, 2012; Pollack *et al.*; 2013).

De acordo com Barbara Starfield (2002), a coordenação do cuidado é essencial, e sem ela a longitudinalidade não atingiria o seu potencial, a integralidade não seria possível e o primeiro contato seria apenas um ato administrativo. Além disso, a autora define a coordenação do cuidado como um estado de estar em harmonia em uma ação ou esforço em comum, demonstrando ser muito importante para um sistema de saúde.

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, no entanto, são amplas as definições dadas para este atributo, conforme apontado por este estudo. Além disso, é fato que, quanto maior a quantidade de pessoas e serviços envolvidos no cuidado e mais complexa for a intervenção, maior o nível de coordenação necessário para se alcançar os resultados desejados, como nas condições crônicas (Almeida *et al.*, 2018).

Diante do exposto, foi evidenciado que, para garantir uma coordenação do cuidado em sua plenitude, faz-se necessária uma efetiva *informação e comunicação*, conforme apresentado pelos estudos desta categoria, sendo 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 (Toledo *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Toledo (2021) descobriu que a implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), utilizado pela APS brasileira, favoreceu a organização da rede de serviços com integração horizontal entre as equipes, além disso, influenciou na corresponsabilização do cuidado e na produção da autonomia dos profissionais de saúde. 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 com 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 (Toledo *et al.*, 2021).

Em outro estudo, Rodrigues *et al.* (2023) relatam que alguns profissionais da saúde não gostaram da ideia de se implantar prontuário eletrônico, já que muitos não sabiam utilizar e não possuíam conhecimento sobre equipamentos tecnológicos. No entanto, com o uso, eles começaram a ter um comportamento positivo sobre a ferramenta, principalmente com as capacitações realizadas.

Em consonância com o que foi relatado nos estudos desta revisão, compreende-se que os 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 (Rodrigues *et al.*, 2023; Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Em relação à *gestão do cuidado*, 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, necessitando de uma capacidade maior 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 (Paes *et al.*, 2021).

Desta 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 (Pavão *et al.*, 2021).

Neste sentido, Silocchi *et al.* (2021) 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 os 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 (Melo *et al.*, 2021).

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 que reconhece a AAE como o conjunto

de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica.

A política supracitada define como um de seus eixos estruturantes a regulação do cuidado e coordenação do cuidado com equidade e transparência. Além disso, reforça, em um dos seus artigos, que a AAE no SUS deve ser ofertada de forma regionalizada e integrada com os outros pontos da RAS, para garantir, entre os demais itens, a continuidade e coordenação do cuidado (Brasil, 2023b).

Diante desta nova normativa, espera-se maior investimento, fortalecimento e estruturação da AAE e que, com isso, ocorra uma melhora na coordenação do cuidado aos usuários que utilizam o SUS, garantindo, assim, melhor apoio à APS.

Em relação ao *compartilhamento do cuidado*, 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. Ainda destaca 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 de os médicos da APS utilizarem os protocolos de encaminhamento, ainda seriam necessárias adequações, pois, estes, por si sós, não são capazes de solucionar a problemática devido à falta de recursos diagnósticos (Bernardino Junior *et al.*, 2020).

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 AAE (Bernardino Junior *et al.*, 2020).

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 (Sousa *et al.*, 2021).

Ainda, estudo de Sousa *et al.* (2021), que considerou o impacto das DCNTs na morbimortalidade e nos custos para os sistemas de saúde, reconheceu a importância da enfermagem, já que é conferido ao profissional enfermeiro, capacidade resolutiva, protagonismo e 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.

6 CONCLUSÃO

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.

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.

Ainda, com os avanços tecnológicos e com a rapidez das informações, observa-se que ferramentas tecnológicas são o primeiro passo na garantia da coordenação do cuidado, e que se mostraram características muito significativas 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 de essa tecnologia se mostrar muito vantajosa para o sistema de saúde, com bons resultados, não é o único meio de se garantir a coordenação do cuidado.

No que se refere à HAS e a DM, 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. Neste 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 à AAE, são necessários mais estudos que abordem este serviço de saúde em relação à coordenação do cuidado, já que tem demonstrado fragilidades dentro do sistema de saúde. Além do que, é evidente 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.

Em suma, nota-se que, com os resultados apresentados, as dimensões e as características da coordenação do cuidado se mostram mais claras, 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 às DCNT supracitadas, além de que, é fato que este atributo precisa ser entendido, discutido e aplicado dentro dos sistemas de saúde em toda sua magnitude.

Somados a isso, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde na garantia de uma coordenação do cuidado efetiva, além disso, considerando o protagonismo do profissional de enfermagem, principalmente no que se refere a gestão, espera-se que este estudo possa embasar os profissionais para que estes desenvolvam cada dia mais um papel essencial na mudança positiva dos sistemas de saúde em que estão inseridos, reduzindo a fragmentação do cuidado dos usuários.

Diante disso, os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos, além de serem enviados às áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e do Ministério da Saúde (MS) para que os gestores possam utilizar os dados como subsídio para as tomadas de decisão, haja vista que, esta temática é oportuna frente as discussões do MS, bem como da APS do DF, considerando a necessidade de integração entre estes níveis de atenção.

Esta revisão de escopo apresenta como limitação, apesar de não fazer parte da metodologia de uma revisão de escopo, não ter identificado a qualidade dos estudos selecionados. Além disso, a grande quantidade de material levantado para análise se mostrou um desafio, no entanto, acredita-se que estas tenham sido minimizadas, pois, muitos estudos foram publicados em revistas com avaliação entre pares e foi utilizada metodologia científica junto à ferramenta tecnológica para auxiliar na análise dos dados apresentados pelos artigos selecionados.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I. R. S. *et al.* Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Acesso em: 24 out. 2023. ISSN 1678-4561.
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 22 set. 2021. ISSN 2358-2898.
- ALMEIDA, P. F. de; SANTOS, A. M. dos. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 80, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>. Acesso em: 22 set. 2023.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. [S. l.]: JBI, 2020. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>. Acesso em: 4 set. 2023.
- BALDO, V. *et al.* Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs. **Primary care diabetes**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 54-59, 2015. .
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELTRAMMI, D. G. M.; REIS, A. A. C. The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 94-103, dez 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- BENZER, J. K. *et al.* A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans' and Clinicians' Experiences of Care Coordination. **Medical care**, Philadelphia, v. 58, n. 8, p. 696-702, 2020. PMID: 32692135.
- BENZER, J. K. *et al.* Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs. **8JGIM: Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 43-49, 2019. doi 10.1007/s11606-019-04979-8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=136731234&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 2 out. 2023.
- BERNARDINO JUNIOR, S. V. *et al.* Referral processes to services specialized in cardiology and endocrinology for Primary Health Care. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 694–707, jul. 2020.
- BLIGNAULT, I. *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. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 14, p. 7233, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147233>. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada**. Brasília: CONASS, 2016. 116 p. – (CONASS Debate, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023a. 131 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 87-100, 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68-70, 22 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **Regulação de Sistemas de Saúde do SUS** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. (Curso I, Módulo 4: Redes de Atenção à Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2023.

CHEN, C. C.; CHENG, S. H. Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization. **Medical care research and review: MCRR**, [s. l.], v. 78, n. 5, p. 475-489, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077558720903882>. Acesso em: 3 set. 2023.

COOK, J. A. *et al.* Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. 72, n. 8, p. 912-919, 2021. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33887953; PMCID: PMC10443902.

DAUMAS, R. P. *et al.* The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.

DAWDA, P. *et al.* Does it matter who organises your health care? **International journal of integrated care**, [s. l.], v. 15, p. e022, 2015. PMID: 26150760; PMCID: PMC4491326.

EVANGELISTA, M. J.; FELISBERTO, E. (orgs.) **Contribuições para a avaliação da efetividade da planificação da atenção à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021 (Cadernos de informação técnica e memória do Conass; Conass Documenta; v. 39). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-39-contribuicoes-para-a-avaliacao-da-efetividade-da-planificacao-da-atencao-a-saude/>. Acesso em: 12 set. 2021.

FITZGERALD, T. M. *et al.* Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes. **Health promotion practice**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 306-313, 2017. Epub 2016 Jul 9. PMID: 27178837.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4.

GUEDES, B. A. P. *et al.* The Organization of Secondary Outpatient Care at SHS-DF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6 p. 2125-2134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>. Acesso em: 15 out. 2023.

HALEY, W. E. *et al.* Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physicians association toolkit. **American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation**, New York, v. 65, n. 1, p. 67-79, 2015. Epub 2014 Aug 30. PMID: 25183380.

HARRISON, J. M. *et al.* Economic outcomes of insurer-led care management for high-cost Medicaid patients. **The American journal of managed care**, [s. l.], v. 26, n. 7, p. 310-316, 2020. PMID: 32672916

HELMERSEN, M. *et al.* Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study. **Scandinavian journal of primary health care**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 44-50, 2021. Epub 2021 Feb 8. PMID: 33555201; PMCID: PMC7971282.

HONÓRIO, H. M.; SANTIAGO JÚNIOR, J. F. **Fundamentos das revisões sistemáticas em saúde**. São Paulo: Santos Publicações, 2021.

HUMMEL, J.; GANDARA, B. K. Health Information Exchange and Care Coordination of Diabetic Patients Between Medicine and Dentistry. **Diabetes Spectrum**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 205-210, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/diaspect.24.4.205>. Acesso em: 4 set. 2023.

JINDAL, D. *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 services research**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 688, 2022. PMID: 35606762; PMCID: PMC9125907.

KATZ, A. *et al.* Do primary care physicians coordinate ambulatory care for chronic disease patients in Canada? **BMC family practice**, [s. l.], v. 15, p. 148, 2014. PMID: 25175589; PMCID: PMC4160545.

LEE, J. J.; BAE, S. G. Implementation of a care coordination system for chronic diseases. **Yeungnam University journal of medicine**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 1-7, 2019. PMID: 31620605; PMCID: PMC6784624.

LISS, D. T. *et al.* Specialty use among patients with treated hypertension in a patient-centered medical home. **Journal of general internal medicine**, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 732-740, 2014. PMID: 24493321; PMCID: PMC4000327.

LIU, C. W.; EINSTADTER, D.; CEBUL, R. D. Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. **The American journal of managed care**, [s. l.], v. 16, n. 6, p. 413-420, 2010. PMID: 20560685.

LO, C. *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 nephrology**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 50, 2016. PMID: 27189462; PMCID: PMC4870736.

MACPHAIL, L. H.; NEUWIRTH, E. B.; BELLOWS, J. Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record. **Medical care**, Philadelphia, v. 7, n. 9, p. 993-999, 2009. PMID: 19648836. .

MAENG, D. D. *et al.* Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective. **Health services research**, Chicago, v. 47, n. 5, p. 1960-1979, 2012.

MALKANI, S.; KEITZ, S. A.; HARLAN, D. M. Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Providers. **Current diabetes reports**, Philadelphia, v. 16,1 n. 2, p. 121, 2016.

MATEO-ABAD, M. *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 Services Research**, [s. l.], v. 20, n. 613, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05473-2>. Acesso em: 13 maio 2023.

MCLENDON, S. F.; WOOD, F. G.; STANLEY, N. Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: evaluation of a rural pilot program. **Public health nursing (Boston, Mass.)**, v. 36, n. 3, p. 310-320, 2019.

MELO, E. A. *et al.* Access Regulation to Specialized Outpatient Care and the Primary Health Care in National Policies of SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e310109, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Acesso em: 4 set. 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MILLS, P. D.; HARVEY, P. W. COAG coordinated care trial. Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial. **The Australian journal of rural health**, Armidale, v. 11, n. 3, p. 131-137, 2003.. PMID: 12950396.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOHR, D. C. *et al.* Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration. **Journal of general internal medicine**, [s. l.], v. 34, suppl 1, p. 30-36, 2019.

NAKATA, L. C. *et al.* Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e20190154, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>. Acesso em: 11 maio 2023.

OLIVEIRA, R.G de. **Blackbook - Enfermagem** / Reinaldo Gomes de Oliveira. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. 816 p.

O'MALLEY, A. S.; CUNNINGHAM, P. J. Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source. **Journal of general internal medicine**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 170-177, 2009.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

PAES, L. G. *et al.* Care management in primary health care: a constructivist grounded theory. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20200578, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0578>. Acesso em: 4 set. 2023.

PAIM, J. S. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 15-28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em: 4 set. 2023.

PAVÃO, A. L. B. *et al.* Assessment of health literacy in diabetic patients followed at a public outpatient clinic. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. e00084819, 2021. PMID: 34644752.

POLLACK, C. E. *et al.* Patient sharing among physicians and costs of care: a network analytic approach to care coordination using claims data. **Journal of general internal medicine**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 459-465, 2013.

PROVOST, S. *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 promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 105-113, 2017.

RÊGO, A. S. *et al.* Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. e-181413,

2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181413>. Acesso em: 24 out. 2023.

RETHLEFSEN, M.L. *et al.* PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev* **10**, 39 (2021). Disponível em: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-020-01542-z#citeas>. Acesso em: 10 jun. 2023.

RIBEIRO, G. J. S.; GRIGÓRIO, K. F. S.; PINTO, A. A. Prevalência de internações e mortalidade por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em Manaus: uma análise de dados do Datasus. *Saúde (Sta. Maria)*, [s. l.], v. 47, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/64572>. Acesso em: 15 out. 2023.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 15 out. 2023.

RODRIGUES, R. M. *et al.* Análise da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB no município de Horizonte - CE. *Revista Controle*, Fortaleza, v. 21, n.2, p. 231-274, jul./dez. 2023. Disponível em: <https://revistacontrole.tce.ce.gov.br/index.php/RCDA/article/view/834>. Acesso em: 4 set. 2023.

SCHILLINGER, D. *et al.* Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Journal of general internal medicine*, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 329-336, 2000.

SEGAL, J. B.; DUGOFF, E. H. Building blocks for measuring care coordination with claims data. *Population health management*, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 247-252, 2014. Epub 2014 Mar 7. PMID: 24606582; PMCID: PMC4532896.

SILOCCHI, C. *et al.* Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e gestão do cuidado na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. e200506, 2021.

SIMÕES, T. C. *et al.* Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: evidence of three household surveys. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 09, p. 3991-4006, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>. Acesso em: 15 out. 2023. ISSN 1678-4561.

SOUSA, S. M. *et al.* The role of nurses in the integration of care for people with chronic noncommunicable diseases. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 55, p. e20200131, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TALLEY, M. H. *et al.* Improving Population Health Among Uninsured Patients with Diabetes. *Population health management*, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 373-377, 2018. PMID: 29437531; PMCID: PMC8935481.

TESSER, C. D.; POLI, P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, set. 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/caos-organizacao-e-criatividade-revisao-integrativa-sobre-as-redes-de-atencao-asaude/17769?id=17769&id=17769>. Acesso em: 26 set. 2021.

TOLEDO, P. P. S. *et al.* Electronic Health Record: a systematic review of the implementation under the National Humanization Policy guidelines. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2131-2140, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>. Acesso em: 23 out. 2023. ISSN 1678-4561.

VAN-EEGHEN, C. O.; LITTENBERG, B.; KESSLER, R. Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study. **Translational behavioral medicine**, New York, v. 8, n. 3, p. 468-480, 2018. PMID: 29800398; PMCID: PMC6065364.

VARGAS, I. *et al.* Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 736-748, 2016. DOI: 10.1093/heapol/czv126. Epub 2016 Feb 13. PMID: 26874327; PMCID: PMC4916317.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A.A. S. 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: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113-135, jan. 2016.

VIMALANANDA, V. G. *et al.* Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System. **The Journal of ambulatory care management**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 15-24, 2018. PMID: 29176459; PMCID: PMC5726433.

WANG, M. C. *et al.* Association of patient-reported care coordination with patient satisfaction. **The Journal of ambulatory care management**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 69-76, 2015. PMID: 25469580.

WEEKS, D. L. *et al.* Measuring primary care organizational capacity for diabetes care coordination: the Diabetes Care Coordination Readiness Assessment. **Journal of general internal medicine**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 98-103, 2014. Epub 2013 Jul 30. PMID: 23897130; PMCID: PMC3889951.

WILLIAMS, M. D. *et al.* Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 92, 2019. PMID: 30709349; PMCID: PMC6359857.

ZLATEVA, I. *et al.* 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 services research**, [*s. l.*], v. 15, p. 226, 2015. PMID: 26113153; PMCID: PMC4482098.

APÊNDICE A – Estratégia de busca para as bases de dados selecionadas

Base de dados	Estratégia de busca
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])
Embase	('hypertension' OR 'hypertension'/exp OR hypertension OR 'high blood pressure'/exp OR 'high blood pressure' OR 'high blood pressures' OR 'diabetes mellitus'/exp OR 'diabetes mellitus' OR 'diabetes' OR 'diabetes'/exp OR diabetes) AND ('primary health care'/exp OR 'primary health care' OR 'primary healthcare'/exp OR 'primary healthcare' OR 'primary care'/exp OR 'primary care' OR 'primary-secondary care interface' OR 'collaborative care'/exp OR 'collaborative care' OR 'ambulatory care'/exp OR 'ambulatory care' OR 'outpatient care'/exp OR 'outpatient care' OR 'outpatient health service' OR 'outpatient health services' OR 'outpatient services'/exp OR 'outpatient services' OR 'outpatient service'/exp OR 'outpatient service' OR 'clinic visits'/exp OR 'clinic visits' OR 'clinic visit') AND ('care coordination'/exp OR 'care coordination' OR 'coordinated care'/exp OR 'coordinated care')
Scopus	TITLE-ABS-KEY(Hypertension OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Diabetes Mellitus" OR Diabetes) AND TITLE-ABS-KEY("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "primary-secondary care interface" OR "collaborative care" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Care" OR "Outpatient Health Service" OR "Outpatient Health Services" OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit") AND TITLE-ABS-KEY("Care coordination" OR "Coordinated care")
Web of Science	TS=(Hypertension OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Diabetes Mellitus" OR Diabetes) AND TS=("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "primary-secondary care interface" OR "collaborative care" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Care" OR "Outpatient Health Service" OR "Outpatient Health Services" OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit") AND TS=("Care coordination" OR "Coordinated care")
CINAHL (EBSCO host)	(Hypertension OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Diabetes Mellitus" OR Diabetes) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "primary-secondary care interface" OR "collaborative care" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Care" OR "Outpatient Health Service" OR "Outpatient Health Services" OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit") AND ("Care coordination" OR "Coordinated care")

LILACS	(hypertension OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Diabetes Mellitus" OR diabetes OR hipertensão OR "Pressão Arterial Alta" OR "Pressão Sanguínea Alta" OR hipertensión OR "presión sanguínea alta" OR diabetes OR diabele OR "Diabete Melito" OR "Diabetes Melito") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "primary-secondary care interface" OR "collaborative care" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Care" OR "Outpatient Health Service" OR "Outpatient Health Services" OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidado Primário de Saúde" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Asistencia Primaria" OR "Asistencia Primaria de Salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Básica" OR "Atención Primaria" OR "atención primaria de la salud" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Primer Nivel de Atención Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención de Salud" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria" OR "Atenção Ambulatorial Especializada" OR "Assistência Ambulatorial" OR "Atendimento de Emergência" OR "Atendimento de Urgência" OR "Cuidados Ambulatoriais" OR "Serviços Ambulatoriais de Saúde" OR "Serviços para Pacientes de Ambulatório" OR "Visitas Clínicas" OR "Atención Ambulatoria" OR "asistencia ambulatoria" OR "atención ambulatoria" OR "servicios de salud ambulatorios" OR "Atención a Pacientes Externos" OR "Atención de Emergencia" OR "Atención de Emergencias" OR "Atención de Urgencia" OR "Atención de Urgencias" OR "Atención en Emergencias" OR "Cuidados Ambulatorios" OR "Cuidados de Pacientes Externos" OR "Servicios Ambulatorios" OR "Servicios Ambulatorios de Salud" OR "Servicios Sanitarios Ambulatorios" OR "Servicios de Salud para Pacientes Externos" OR "Servicios para Pacientes de Ambulatorio") AND ("Care coordination" OR "Coordinated care" OR "Coordenação do cuidado" OR "coordinación de la atención" OR "coordinación de cuidados") AND (db:("LILACS"))
Livivo	(Hypertension OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Diabetes Mellitus" OR Diabetes) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "primary-secondary care interface" OR "collaborative care" OR "Ambulatory Care" OR "Outpatient Care" OR "Outpatient Health Service" OR "Outpatient Health Services" OR "Outpatient Services" OR "Outpatient Service" OR "Clinic Visits" OR "Clinic Visit") AND ("Care coordination" OR "Coordinated care")
Google Scholar	(Hypertension OR "High Blood Pressure" OR "Diabetes Mellitus" OR Diabetes) AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "collaborative care" OR "Ambulatory Care") AND ("Care coordination" OR "Coordinated care")

APÊNDICE B – Planilha de extração dos dados dos artigos incluídos na pesquisa

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	ANO	PAÍS	REVISTA DE PUBLICAÇÃO	IDIOMA DA PUBLICAÇÃO	OBJETIVO DO ESTUDO	ABORDAGEM METODOLÓGICA	POPULAÇÃO ESTUDADA	CATEGORIA POPULACIONAL	Nº DE PARTICIPANTES	DEFINIÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO
Coordenação de cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de microregião do nordeste brasileiro	Albino et al.	2017	Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Português	Avaliar a coordenação de cuidado no âmbito da APS em um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia de modo a identificar as principais dificuldades da equipe de atenção básica para cumprir essa função	Qualitativo	Hipertensos e Diabéticos	Profissionais Gestores	4 3	SIM
Diabetes outcomes within integrated healthcare management programs	Baldo et al.	2014	Ítalia	Primary Care Diabetes	Inglês	Avaliar resultados de cuidados com diabetes em sistemas de atenção primária de saúde de cuidadores de saúde e de especialistas em médicos generalistas, em unidades integradas.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	12.978	NÃO
A Mixed Methods Study of the Association of Non-Veterans Affairs Care With Veterans' and Clinicians' Experiences of Care Coordination	Benzer et al.	2020	Estados Unidos	Medical Care	Inglês	Determinar as experiências de coordenação dos pacientes com VA e dos médicos em ambientes com e sem VA	Misto	Hipertensos e Diabéticos	Usuários Profissionais	5.372 262	SIM
Survey of Patient-Centered Coordination of Care for Diabetes with Cardiovascular and Mental Health Comorbidities in the Department of Veterans Affairs	Benzer et al.	2019	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Determinar o nível as comorbidades cardiovascular e de saúde mental estão relacionadas ao cuidado coordenado de cuidado no paciente no Departamento de Assuntos de Veteranos.	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	5.806	SIM
"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	Bignault et al.	2021	Austrália	International Journal of Environmental Research and Public Health	Inglês	Explorar as experiências e pontos de vista dos pacientes, familiares e prestadores de serviços e documentar e refinar o modelo de cuidado para adultos aborígenes com condições crônicas.	Qualitativo	Diabéticos	Usuários e familiares Profissionais	10 39	NÃO
Care Continuity and Care Coordination: A Preliminary Examination of Their Effects on Hospitalization	Chen, Cheng	2021	Taiwan	Medical Care Research and Review	Inglês	Examinar a relação entre a continuidade dos cuidados e a coordenação dos cuidados utilizando indicadores baseados em retroalimentação e avaliar simultaneamente os efeitos de continuidade e de coordenação dos cuidados nos resultados de saúde e utilização de serviços em pacientes com diabetes tipo 2, foi com diferentes níveis de comorbidade.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	173.895	SIM
Registry-Managed Care Coordination and Education for Patients With Co-occurring Diabetes and Serious Mental Illness	Cook et al.	2021	Estados Unidos	Psychiatric Services	Inglês	Examinar os resultados médicos de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em uma casa de saúde comportamental com prestadores de cuidados primários co-localizados após a introdução de um programa de aprimoramento da prática, incluindo coordenação de cuidados, cuidados gerenciados por registro e educação personalizada sobre diabetes.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	1.865	SIM
Does it matter who organises your health care? Program Implementation Approaches to Build and Sustain Health Care Coordination for Type 2 Diabetes	Dawda et al.	2015	Austrália	International Journal of Integrated Care	Inglês	Desenvolver uma medida de coordenação composta e examinar as diferenças na medida com diferentes indicadores de coordenação de cuidados utilizando métodos descritivos e de regressão.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	65	SIM
Improving Care Coordination Between Nephrology and Primary Care: A Quality Improvement Initiative Using the Renal Physicians Association Toolkit	Fitzgerald et al.	2017	Estados Unidos	Health Promotion Practice	Inglês	Examinar o modelo da Aliança usando um processo sistemático e de análise de coleta de dados ao longo do tempo e entre programas e contribuir para a literatura ao ilustrar como a coordenação de cuidados para o manejo do diabetes tipo 2 foi implementada.	Qualitativo	Diabéticos	Profissionais	179	SIM
Economic outcomes of insulin-led care management for high-cost medicated patients	Haley et al.	2015	Estados Unidos	American Journal of Kidney Diseases	Inglês	Avaliar os padrões de prática de identificação de pacientes com DRC, anamnese, avaliação de risco e encaminhamento para PCP e especialistas em DRC e estratificar os pacientes com DRC em grupos de risco de acordo com a gravidade da doença renal crônica, conforme avaliado por uma identificação automatizada de pacientes com DRC e melhoria na comunicação e satisfação entre nefrologistas e PCPs.	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Promotores Profissionais	292 49	NÃO
Women's experience with receiving advice on diet and Self-Monitoring of blood glucose for gestational diabetes mellitus: a qualitative study	Harrison et al.	2020	Estados Unidos	American Journal of Managed Care	Inglês	Avaliar o impacto do programa Community Based Care Management (CBCM) nos custos totais de atendimento e utilização entre pacientes adultos de alta necessidade e alto custo inscritos em uma organização de cuidados gerenciados do Medicaid (MCO).	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Promotores	3.048	NÃO
Health information exchange and care coordination: a comparison between patients with 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	Helmersen et al.	2021	Noruega	Scandinavian Journal of Primary Health Care	Inglês	Explorar como mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG) vivenciam conselhos sobre dieta e automonitoramento da glicemia recebidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e Cuidados Secundários de Saúde (SCS), com foco na forma como as mulheres percebem a coordenação dos cuidados e a colaboração entre os profissionais de saúde.	Qualitativo	Diabéticos	Usuários	12	NÃO
Implementation of a care coordination system for chronic diseases	Hummel, Gaudan	2011	Estados Unidos	Diabetes Spectrum	Inglês	Apresentar um modelo de como a tecnologia da informação pode ser usada para apoiar fluxos de trabalho de pacientes em medicina e otimizar a prática de cuidados de saúde de cuidadores de saúde.	Qualitativo	Diabéticos	-	-	SIM
Specialty use among patients with treated hypertension in a patient-centered medical home	Jindal et al.	2022	Índia	BMC Health Services Research	Inglês	Relatar a integração de uma intervenção de saúde digital baseada em evidências com o programa nacional de saúde pública para DNT e compartilhar os aprendizados que podem ser úteis para outros estados da Índia e países de renda baixa e média no sudeste da Ásia e além.	Qualitativo	Hipertensos e Diabéticos	-	-	NÃO
Care Engagement and Emergency Department Visits Among Complex Patients with Primary and Tertiary Health Professionals' Views on the Health-Care of Patients with Co-morbid Diabetes and Chronic Kidney Disease - a qualitative study	Katz et al.	2014	Canadá	BMC Family Practice	Inglês	Examinar os padrões de cuidado primário e uso especializado por adultos com tipos específicos de doenças crônicas, a fim de avaliar se seus cuidados se enquadraram em padrões recomendados de cuidados coordenados.	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Promotores	347.606	SIM
	Lee, Bae	2019	Coreia do Sul	Yeungnam University Journal of Medicine	Inglês	Examinar os fatores de coordenação de cuidados no manejo de pacientes com doenças crônicas e investigar mais profundamente as condições e planos para a implementação bem-sucedida de política na Coreia do Sul.	Qualitativo	Hipertensos e Diabéticos	-	-	SIM
	Liss et al.	2014	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Descrever as mudanças durante e após a transformação da prática do PCMH.	Quantitativo	Hipertensos	Usuários	36.805	NÃO
	Liu et al.	2010	Estados Unidos	American Journal of Managed Care	Inglês	Avaliar a associação entre padrões de atendimento fragmentado e utilização do pronto-socorro (PS) entre pacientes adultos com diabetes e doença renal crônica.	Quantitativo	Diabéticos	Promotores	3.873	NÃO
	Lo et al.	2016	Austrália	BMC Nephrology	Inglês	Explorar como os cuidados de saúde de pacientes com diabetes co-morbida e DRC podem ser melhorados examinando as percepções dos profissionais de saúde primários e terciários sobre os principais fatores que influenciam os cuidados de saúde ideais para esta população de pacientes.	Qualitativo	Diabéticos	Profissionais	73	NÃO

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	ANO	PAÍS	REVISTA DE PUBLICAÇÃO	IDIOMA DA PUBLICAÇÃO	OBJETIVO DO ESTUDO	ABORDAGEM METODOLÓGICA	POPULAÇÃO ESTUDADA	CATEGORIA POPULACIONAL	Nº DE PARTICIPANTES	DEFINIÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO
Coordination of diabetes care in four delivery models using an electronic health record	MacPhail et al.	2009	Estados Unidos	Medical Care	Inglês	Identificar as pressões e comportamentos pelos quais os prestadores trabalhavam juntos para fornecer cuidados de doenças crônicas, examinar as condições que apoiavam ou prejudicavam a coordenação dos cuidados e examinar as experiências de coordenação dos pacientes.	Qualitativo	Diabéticos	Usuários Profissionais	65	SIM
Care coordination for the chronically ill: understanding the patient's perspective	Meeng et al.	2012	Estados Unidos	BMC Health Services Research	Inglês	Identificar fatores associados à percepção de problemas de coordenação do cuidado entre pacientes com doenças crônicas.	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	9.257	SIM
Redesigning Diabetes Care: Defining the Role of Endocrinologists Among Alternative Models of Care	Malkani et al.	2016	Estados Unidos	Current Diabetes Reports	Inglês	Sugerir uma implementação gradual de componentes distintos com base nas prioridades e recursos locais e fornecer alguns exemplos de medidas que tomamos em nosso instituição.	Qualitativo	Diabéticos	-	-	NÃO
Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country	Mateo-Abad et al.	2020	País Basco	BMC Health Services Research	Inglês	Avaliar o país Basco, o impacto dos cuidados integrados CareWell modelo para pacientes idosos com multimorbidade, usando técnicas quantitativas e qualitativas.	Misto	Diabéticos	Usuários	200	NÃO
Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program	McLendon et al.	2019	Estados Unidos	Public Health Nursing Research	Inglês	Realizar uma pesquisa abrangente avaliação do programa piloto, incluindo resultados clínicos, pacientes e satisfação do fornecedor com o uso da tecnologia de telemedicina para acesso a cuidados especializados em endocrinologia, eficácia de uma abordagem de cuidado compartilhado e custo-benefício do programa piloto rural.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	59	NÃO
Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial	Mills; Harvey	2003	África do Sul	Australian Journal of Rural Health	Inglês	Descrever os processos de gestão de pacientes desenvolvidos durante o Conselho de Governo Australiano (COAG) coordenaram testes de cuidados e uso de medidas de resultados de saúde para monitorar mudanças na utilização padões e bem-estar do paciente ao longo do tempo para um subgrupo de 598 pacientes com diabetes tipo 2.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	398	NÃO
Organizational Coordination and Patient Experiences of Specialty Care Integration	Mohr et al.	2019	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Examinar como as medidas de coordenação organizacional, relatadas pelos PCPs, foram associadas às experiências dos pacientes de coordenação de cuidados.	Misto	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	3.183	SIM
Patient experiences with coordination of care: the benefit of continuity and primary care physician as referral source	Mullaly; Cunningham	2008	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Descrever os pontos de vista dos pacientes sobre a coordenação de cuidados em um modelo de cuidado compartilhado (PCP) em uma clínica de cuidados de saúde de visita como o PCP e a fonte de referência especializada estava associada a classificações mais altas de coordenação.	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	3.436	SIM
Patient sharing among physicians and cox of care: a network analytic approach to care coordination using claims data	Pollack et al.	2013	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Testar se os pacientes cujos prestadores frequentemente compartilham pacientes entre si - o que chamamos de "densidade de atendimento" - tendem a ter custos de atendimento e probabilidade de hospitalização mais baixos.	Quantitativo	Diabéticos	Usuários	62.284	SIM
Implementation of an integrated primary care endocrinology: The Piedmont Model. Does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes?	Provost et al.	2017	Canadá	Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada	Inglês	Avaliar o impacto da coordenação do cuidado entre as equipes interdisciplinares e os médicos na participação dos pacientes no programa, na melhoria do estilo de vida e no controle da doença.	Misto	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	992	NÃO
Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde	Rêgo et al.	2022	Brasil	Medicina (Rio de Janeiro)	Português	Analisar a satisfação de pessoas com hipertensão acerca da coordenação do cuidado na APS.	Quantitativo	Hipertensos	Usuários	417	SIM
Effects of primary care coordination on public health	Schallinger et al.	2000	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Avaliar o efeito da coordenação da atenção primária nos níveis de utilização e custos de saúde pública.	Quantitativo	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	2.293	NÃO
Building blocks for measuring care coordination with claims data	Segal; Dugoff	2014	Estados Unidos	Population Health Management	Inglês	Descrever os blocos de construção para operacionalizar essas medidas no nível do sistema.	Qualitativo	Diabéticos	-	-	SIM
Improving Population Health among Uninsured Patients with Diabetes	Talley et al.	2018	Estados Unidos	Prehensive Health Management	Inglês	Avaliar um modelo de prática colaborativa interprofissional (IPC) liderado por enfermeiros que fornece cuidados de transição e coordenação de cuidados contínuos para pacientes carentes com diabetes que recebem alta do Hospital UAB.	Quantitativo	Diabéticos	Prontuários	300	NÃO
Chronic care coordination by integrating care through a team-based, population-driven approach: a case study	Van-Engelen et al.	2018	Estados Unidos	Translational Behavioral Medicine	Inglês	Observar uma prática de medicina familiar em Vermont com serviço integrado de saúde médica e comportamental que utiliza uma abordagem estruturada para melhorar a coordenação de cuidados crônicos com Lenz.	Qualitativo	Diabéticos	Prontuários Usuários Profissionais	116 9 29	SIM
Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil	Vannier et al.	2016	Brasil	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Português	Avaliar a implementação da Linha de Cuidado (LC) em hipertensão arterial e diabetes mellitus em uma Região de Saúde do estado de São Paulo.	Misto	Hipertensos e Diabéticos	-	-	NÃO
Patient Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in a Rural, Underserved Area	Vimalananda et al.	2018	Estados Unidos	Journal of Ambulatory Care Management	Inglês	Elucidar as perspectivas da "tríade" de cuidados especializados - pacientes, PCPs e endocrinologistas - para identificar potenciais oportunidades.	Qualitativo	Diabéticos	Usuários Profissionais	13 25	SIM
Association of patient reported care coordination with patient satisfaction	Wang et al.	2015	Estados Unidos	Journal of Ambulatory Care Management	Inglês	Examinar a associação entre a coordenação de cuidados relatada pelo paciente e a satisfação do paciente entre pacientes com diabetes.	Qualitativo	Diabéticos	Usuários	1.367	SIM
Measuring Primary Care Organizational Capacity for Diabetes Care Coordination: The Diabetes Care Coordination Readiness Assessment	Weeks et al.	2014	Estados Unidos	Journal of General Internal Medicine	Inglês	Descrever o desenvolvimento e a validação inicial da Avaliação de Pronto de Coordenação de Cuidados de Diabetes (DCCRA)	Misto	Diabéticos	-	-	SIM
Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administration, and insurer perspectives	Williams et al.	2019	Estados Unidos	BMC Health Services Research	Inglês	Capturar as perspectivas dos prestadores de cuidados primários e administradores de uma rede de saúde em um modelo de coordenação de cuidados baseado em equipes (COMPASS) em Minnesota e obter perspectivas com aquelas das seguradoras em Minnesota mais familiarizadas com modelos de coordenação do cuidado.	Qualitativo	Diabéticos	Administradores, seguradoras e prestadores	42	SIM
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	Zlatava et al.	2015	Estados Unidos	BMC Health Services Research	Inglês	Avaliar a perspectiva da equipe de saúde (MHCCS-H) e do perspectiva do paciente (MHCCS-P)	Misto	Hipertensos e Diabéticos	Usuários	232	SIM

ANEXO A – Lista de verificação de itens de relatório preferenciais para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo (PRISMA-ScR) para esta revisão de escopo

SEÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-ScR	RELATADO NA PÁGINA #
TÍTULO			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	1
INTRODUÇÃO			
Justificativa	3	Descreva a justificativa para a revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as questões/objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão do escopo.	18
Objetivos	4	Forneça uma declaração explícita das questões e objetivos abordados com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes usados para conceituar as questões e/ou objetivos da revisão.	19
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão; indicar se e onde pode ser acessado (por exemplo, um endereço da Web); e, se disponível, forneça informações de registro, incluindo o número de registro.	20
Critério de eleição	6	Especifique as características das fontes de evidências usadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e forneça uma justificativa.	20 - 21
Fontes de informação*	7	Descrever todas as fontes de informação na busca (por exemplo, bases de dados com datas de cobertura e contato com autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a busca mais recente foi executada.	22
Procurar	8	Apresentar a estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos uma base de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	21 - 22
Seleção de fontes de evidência†	9	Declare o processo de seleção de fontes de evidência (isto é, triagem e elegibilidade) incluídas na revisão de escopo.	24
Processo de mapeamento de dados‡	10	Descrever os métodos de mapeamento de dados das fontes de evidências incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou formulários que foram testados pela equipe antes de seu uso, e se o mapeamento de dados foi feito de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos para obtenção e confirmação de dados de investigadores.	22 - 23
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais foram procurados dados e quaisquer suposições e simplificações feitas.	22
Avaliação crítica de fontes individuais de evidência§	12	Se feito, forneça uma justificativa para realizar uma avaliação crítica das fontes de evidências incluídas; descrever os métodos utilizados e como essas informações foram utilizadas em qualquer síntese de dados (se apropriado).	-
Síntese de resultados	13	Descrever os métodos de tratamento e resumo dos dados que foram mapeados.	22 - 23

SEÇÃO	ITEM	ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO PRISMA-ScR	RELATADO NA PÁGINA #
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidência	14	Forneça o número de fontes de evidências selecionadas, avaliadas quanto à elegibilidade e incluídas na revisão, com motivos para exclusões em cada etapa, de preferência usando um diagrama de fluxo.	23
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresente as características para as quais os dados foram mapeados e forneça as citações.	25 - 27
Avaliação crítica dentro das fontes de evidência	16	Se feito, apresente dados sobre a avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	-
Resultados de fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados e que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	27 - 28
Síntese de resultados	18	Resuma e/ou apresente os resultados do gráfico conforme eles se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	28; 32
DISCUSSÃO			
Resumo das evidências	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidências disponíveis), vincule-os às questões e objetivos da revisão e considere a relevância para os grupos-chave.	28; 32
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão do escopo.	43
Conclusões	21	Fornecer uma interpretação geral dos resultados em relação às questões e objetivos da revisão, bem como possíveis implicações e/ou próximos passos.	42 - 43
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Descreva as fontes de financiamento para as fontes de evidências incluídas, bem como as fontes de financiamento para a revisão do escopo. Descrever o papel dos financiadores da revisão do escopo.	43

ANEXO B – Documentos comprobatórios de submissão do trabalho em revista

ScholarOne Manuscripts™ VIRGILIO de Macedo ▾ Switch to a different account ▾ Instructions & Forms Help Log Out

SciELO Revista Latino-Americana de Enfermagem

Home Author

Author Dashboard

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts >
- Start New Submission >
- Legacy Instructions >
- 5 Most Recent E-mails >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
Contact Journal	RLAE-2023-7198	Coordenação do cuidado nos sistemas de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos: revisão de escopo	01-Nov-2023	02-Nov-2023
<ul style="list-style-type: none"> Awaiting Admin Processing 				

Revista Latino-Americana de Enfermagem



Coordenação do cuidado nos sistemas de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos: revisão de escopo

Journal:	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Manuscript ID:	RLAE-2023-7198
Manuscript Type:	Review Article
Study Area:	Interdisciplinary, Public Health Nursing < Nursing, Family Nursing < Nursing
Select the study type:	Qualitative Research
Select the research design/procedure:	Scoping review
Keywords in English:	Hypertension, Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Ambulatory Care, Health Systems, Health Avaluation

SCHOLARONE™
Manuscripts