

**ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO**Alessandra Magri Dadalt¹Andrieli Berger da Rosa²Elisa Rucks Megier³Natasha Basso⁴Teresinha Heck Weiller⁵**Resumo**

Objetivo: conhecer os estudos realizados sobre a coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. Revisão de Literatura: foi desenvolvido um estudo de revisão na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações no mês de julho de 2021, a partir da palavra-chave “Redes de Atenção à Saúde”. Foram incluídas teses e dissertações sobre a temática da coordenação das redes de saúde pela Atenção Primária à Saúde publicadas no período de 2011 a 2020. Foram selecionados 17 estudos e analisados sob a proposta operativa. Resultados: as estratégias de coordenação do cuidado da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde foram estudadas em 15 dissertações e 2 teses em 14 universidades brasileiras, cujos delineamentos metodológicos mais frequentes foram os descritivos exploratórios. Discussão: As estratégias para a coordenação do cuidado se apresentam como fluxos assistenciais regidos por protocolos clínicos terapêuticos; comunicação interserviços como elo entre a continuidade do cuidado e a garantia de acesso; e o apoio matricial como estratégia de qualificação profissional e comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis. As fragilidades foram identificadas na gestão, integração entre profissionais e serviços, qualificação profissional, falhas na comunicação e fluxos (principalmente ausência de contrarreferência). Conclusão: verificou-se que a tendências das estratégias estão relacionadas ao desenvolvimento de fluxos, integração, gestão do cuidado, encaminhamentos, qualificação profissional e comunicação para a coordenação do cuidado da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária; Coordenação; Rede de Atenção.

Abstract

Objective: to analyze the trends of Brazilian dissertations and theses on strategies for coordinating the attention of Primary Health Care and Health Care Networks. Literature review: a review study was carried out at the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations in July 2021, searching for the word “Health Care Networks”. The review included theses and dissertations on the topic of coordination

¹ Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, Brasil. alessandradadalt@gmail.com ORCID 0000-0002-9977-2830

² Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, Brasil. ORCID 0000-0001-5177-3060

³ Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, Brasil. ORCID 0000-0003-3448-9193

⁴ Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, Brasil. ORCID 0000-0002-7489-3644

⁵ Professora no curso de Graduação em Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem e Residência Multiprofissional, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, Brasil. ORCID 0000-0003-2531-0155

of health networks in Primary Health Care, published from 2011 to 2020. Seventeen studies were selected and analyzed in an operational proposal. Results: primary health care coordination strategies in healthcare networks were studied in 15 dissertations and 2 theses in 14 Brazilian universities, with exploratory descriptions being the most frequent methodological outlines. Discussion: strategies for healthcare coordination are the workflow sheets, guided by therapeutic clinical protocols; communication of public healthcare providers linking continuity of care and guaranteed access to services; and a matrix support as a strategy for professional qualification and communication between professionals of different levels. Weaknesses were identified in management, integration between professionals and services, professional qualification, and flaws in communication and flow (mainly the absence of counter-reference). Conclusion: it was found that strategic trends are related to the development of flows, integration, care management, referrals, professional qualification and communication for the coordination of Primary Health Care in Health Care Networks.

Keywords: Primary Health Care; Coordination; Health Care Networks.

INTRODUÇÃO

Os Movimentos mundiais de discussão sobre a Atenção à Saúde, como a Conferência de Alma-Ata em Ottawa, no ano de 1978, mobilizaram o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Orgânica 8080/1990¹. Para a consolidação deste novo sistema, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, foram elaboradas diferentes estratégias, como o Programa Saúde da Família, implementado em 1994, e ampliado, em 2006, para a Estratégia Saúde da Família (ESF)².

Para integrar os serviços de saúde, qualificando-os de modo a garantir a continuidade do cuidado, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm aparecido como uma estratégia para a superação de lacunas assistenciais, na racionalização e otimização dos recursos disponíveis³. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, apontada como centro de comunicação das RAS e ponto coordenador de fluxos e contrafluxos.

Para Mendes⁴, o sucesso das RAS depende da efetividade da APS em três papéis fundamentais: resolubilidade, responsabilização e coordenação. Além disso, a proposta das redes de saúde reflete os interesses da população, expresso por suas necessidades de saúde, sobrepondo-se aos interesses políticos, econômicos e tecnológicos dos atores sociais que estão presentes na política sanitária.

A coordenação do cuidado ao longo das RAS pela APS promove melhorias na assistência em saúde, aumento do vínculo com usuários, redução de barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integração das ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e território⁵. Neste contexto, o termo coordenação é delimitado como a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado com os demais pontos de atenção⁴.

A avaliação em saúde vem ocupando espaço no cenário nacional, e a sua incorporação qualifica as ações dos sujeitos responsáveis pela tomada de decisão, usando-a como ferramenta. Avaliar a saúde, seja o todo ou uma parte, se faz tão necessário quanto criar novos serviços, tendo em vista que é necessário conhecer a situação de saúde de um determinado local e/ou grupo populacional para subsidiar a tomada de decisão e o gerenciamento dos recursos disponíveis⁶.

Lapão et al.⁷ em sua revisão integrativa acerca da APS na coordenação da RAS, aponta. que a APS como eixo coordenador desta rede ainda encontra vários desafios, principalmente pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração efetiva entre os níveis de atenção, entre os sistemas de apoio, que sustentam os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde.

Acredita-se que as RAS estabeleçam uma nova proposta as avaliações dos sistemas de saúde, sendo necessário operacionalizá-las adequadamente em práticas de avaliação e investigação para que se compreenda os processos gestados nas redes e se descubra evidências de seus efeitos, inclusive nos princípios do SUS e nas práticas de cuidado⁸.

Portanto, este estudo foi conduzido pela seguinte questão de pesquisa: “Quais são as tendências dos estudos brasileiros sobre a coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde?” E tem como objetivo analisar a tendência das dissertações e teses brasileiras acerca das estratégias de coordenação do cuidado da APS nas Redes de Atenção à Saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, que incluiu em sua busca teses e dissertações nacionais. A revisão narrativa possibilita a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema, sendo adequada para descrever e analisar o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista contextual e teórico⁹.

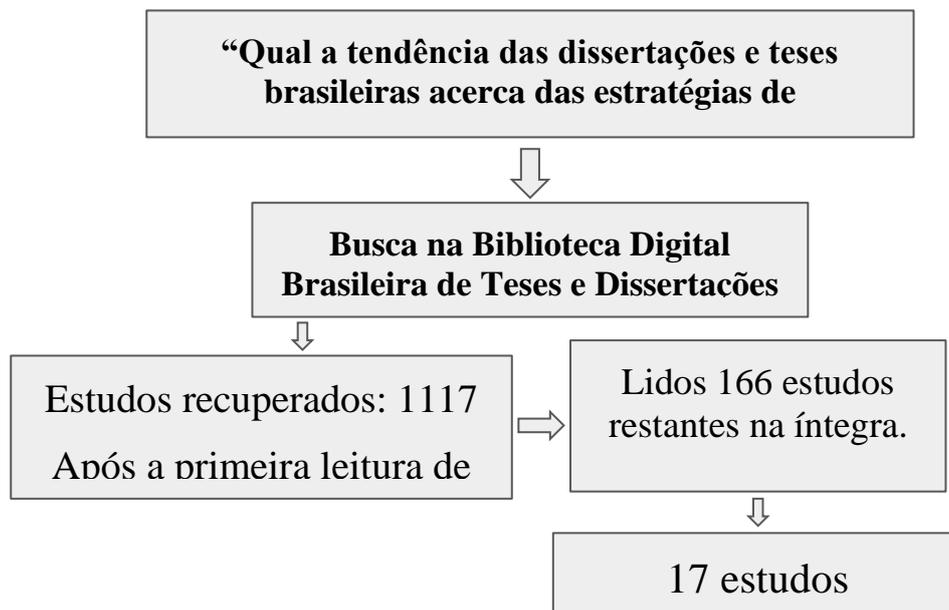
Os critérios de inclusão foram: teses e dissertações sobre a temática da coordenação das redes de saúde pela APS no Brasil, independentemente da linha de pesquisa ou área de conhecimento. A estratégia de busca utilizada foi o descritor “redes de atenção à saúde” e o critério de exclusão foi: estudos com resumo incompleto ou não disponível no banco de dados e que não contemplavam o objetivo deste estudo de tendência. O recorte temporal foi escolhido a partir de 01 de janeiro de 2011, devido a publicação da Portaria nº 2.488 de 2011, que instituiu a Política Nacional da Atenção Básica à 31 de dezembro de 2020. As informações obtidas foram extraídas dos resumos das teses e dissertações disponíveis no banco da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

A busca totalizou 1117 trabalhos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foram excluídos 951 estudos no primeiro momento. Após esta classificação, foram lidos 166 estudos restantes na íntegra, e destes restaram 17 estudos, que estavam de acordo com o objetivo do estudo. Analisaram-se as seguintes características: distribuição demográfica dos estudos, tipo de produção (teses ou dissertações), procedência dos estudos (instituições de ensino, as quais desenvolveram as pesquisas) e delineamento metodológico. Além disso, os temas comuns nas teses e dissertações foram aproximados, ou seja, as informações semelhantes formaram uma mesma categoria temática.

A análise dos dados foi realizada qualitativamente, por meio da análise dos temas segundo Minayo¹⁰, perfazendo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Não foi necessária apreciação ética da pesquisa por se trabalhar com dados de domínio público. O processo de identificação, seleção, REVIVA / Revista do Centro Universitário FAI – UCEFF / Itapiranga – SC, v. 2 .n.1, jun.2023
ISSN 2965-0232

elegibilidade e inclusão dos estudos estão sistematizados em um fluxograma, esquematizado na Figura 1. Os estudos foram codificados com a letra C, seguido de um algarismo arábico (C01, C02...).

Figura 1: Identificação, seleção, elegibilidade e inclusão da dissertações e teses brasileiras



Fonte: Elaboração das autoras, 2021.

RESULTADOS

A análise dos dados se deu a partir da análise dos temas segundo Minayo¹⁰, e percorreu as três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Por fim, classificou-se os estudos em três temas: “Caracterização das produções acerca das estratégias de coordenação do cuidado da APS nas Redes de Atenção à Saúde”, “Estratégias para a coordenação do cuidado” e as “Fragilidades para a coordenação do cuidado”.

CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES ACERCA DAS ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As estratégias de coordenação do cuidado da APS nas Redes de Atenção à Saúde foram estudadas em 15 dissertações (88%) e 2 teses (12%) em 14 Universidades brasileiras, destas, quatro (23,5%) foram desenvolvidas pela FIOCRUZ, três (17,6%) pela UFRGS, e as demais instituições (FGV, UFES, UFMG, UFPE, UFPEL, UFRN, UFSCAR, UNB, UNIOESTE e UNISINOS) desenvolveram uma produção cada (5,8%). Destaque para a região Sul, que produziu seis (35,2%) estudos. Os delineamentos metodológicos mais frequentes foram os Descritivo-Exploratórios com sete produções (41%), seguido do tipo Exploratório com quatro (23,5%) produções, Estudos de Caso com duas (11,7%) produções e os estudos Avaliativos, Transversais, Cartográficos e Pesquisa Ação com uma produção cada (5,8%).

Além disso, o método de análise mais frequente foi o qualitativo, com doze (70,5%) estudos, quantitativos-qualitativos com três (17,6%) estudos e a análise quantitativa com dois (11,7%) estudos. As produções que atenderam ao objetivo deste estudo constam na Tabela 1.

ESTRATÉGIAS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Para Starfield¹¹, o atributo coordenação do cuidado é entendido como um agente potencializador e viabilizador de cuidados continuados, que articula diversos pontos da rede na busca pela integralidade do cuidado. Desta forma, o reconhecimento das necessidades das pessoas e as respectivas soluções dependem da comunicação e do vínculo das equipes de saúde da família com outros profissionais da rede. As estratégias apontadas pelos estudos para a garantia da coordenação do cuidado nas RAS realizada pela APS estão expostas na Tabela 2.

FRAGILIDADES PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO

É importante destacar que a APS nos municípios brasileiros não se desenvolveu de forma homogênea e não necessariamente segundo o modelo da ESF, coexistindo diversas modalidades de Atenção Básica, que podem, inclusive, ser encontradas em um mesmo município. São exemplos: as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, as Unidades Básicas Tradicionais com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Unidades Básicas com equipes de Estratégia de Saúde da Família¹². Por esta tamanha diversidade de organização de serviços primários nos municípios brasileiros, as fragilidades encontradas nos estudos, expostas na Tabela 3, configuram os desafios para a consolidação da APS como coordenadora do cuidado nas RAS.

DISCUSSÃO

A Portaria nº 4.279/10, que instituiu as RAS no âmbito do SUS, identifica seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual. Assim, as RAS podem ser caracterizadas por: Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação; Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; Ofertar atenção contínua e integral; Cuidado Multiprofissional e Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos¹².

A partir da análise das características fundamentais das redes, as produções estudadas neste trabalho aproximam-se com a literatura, uma vez que as estratégias identificadas visam a qualificação do cuidado, reforçando a atuação da APS como coordenadora do cuidado no trajeto dos serviços de saúde.

Além do mais, a definição de fluxos assistenciais regidos por protocolos clínicos terapêuticos foram trazidos nos estudos como instrumentos seguros ao paciente e aos profissionais, garantindo encaminhamentos menos errôneos e mais equânimes (por meio da classificação de risco) facilitando e tornando os serviços de regulação mais

ágeis e transparentes, assim como os demais serviços logísticos e de apoio (diagnóstico e assistência farmacêutica).

Em relação à integração dos serviços de saúde, um dos instrumentos mais enfatizados como potencializadores foram os sistemas de informação. Oliveira et al.¹³, referem que o uso de prontuários únicos e informatizados em toda a rede de atenção representa uma contribuição importante. O compartilhamento de dados entre os níveis de atenção, garante rastreabilidade do usuário pela rede e qualifica o compartilhamento do cuidado, uma vez que garante informações fidedignas nos mecanismos de referência e contrarreferência, como foi evidenciado nos estudos.

Além disso, o quesito comunicação foi trazido nos estudos como elo entre a continuidade do cuidado e a garantia de acesso aos serviços, uma vez que a comunicação formal (por encaminhamentos referenciados) e a informal (por whatsapp, ligações ou emails) garante ao usuário que as informações acerca de seu quadro clínico estejam disponíveis aos profissionais, evitando a perda de informações importantes. Oliveira et al.¹³ trazem em seu estudo que para melhorar a utilização dos mecanismos na rede, é primordial que a organização do processo de trabalho contemple um tempo destinado à articulação clínica e a garantia de espaços de encontro entre profissionais, propiciando uma melhora na comunicação, na confiança e no conhecimento.

O quesito qualificação profissional configurado como estratégia nos estudos, englobou as práticas de educação permanente, a troca de conhecimentos entre diversos profissionais, além de espaços coletivos de discussão, oficinas e capacitações. Para isso, a Educação Permanente em Saúde, inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde por meio da Portaria nº 1.996/2007, com seu objetivo de nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, transforma as práticas profissionais e a organização do trabalho com base em aprimoramento e reflexão das necessidades e dificuldades cotidianas dos trabalhadores e do sistema de saúde.

Na gestão do cuidado, o apoio matricial revelou-se como estratégia de qualificação profissional e comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis, uma vez que as diversas redes de saúde tem suas peculiaridades assistenciais, e cabe à APS a gestão do cuidado dos usuários ao longo das mesmas. O estudo C2 traz em sua discussão o apoio matricial como ferramenta de gestão para capacitar e disponibilizar retaguarda técnica para as equipes de referência, em especial as equipes de APS, com o intuito de proporcionar autonomia e mais resolutividade.

Por fim, Ferreira et al.¹⁴, trazem em seu artigo o papel fundamental da gestão na realização das iniciativas de educação permanente e qualificação profissional, principalmente no que tange à organização do trabalho, ao planejamento das atividades atreladas às dificuldades locais, às comunicações e à tomada de decisões, visto que os gestores são primordiais na contínua organização e no aperfeiçoamento das estruturas e dos processos das redes de saúde.

Em relação às fragilidades apontadas pelas produções, a integração e comunicação foram os mais significativos. Assim como são uma potente forma de qualificar o acesso e a continuidade dos usuários na rede, quando implantados de forma que não contemplem os requisitos e as devidas estratégias operacionais, podem agir como uma barreira assistencial. Tesser, Norman e Vidal¹⁵, apontam que os problemas como baixa comunicação, pouca competência administrativa no uso das tecnologias de informação, rotinas de contato com os usuários apenas presenciais, sustentadas muitas vezes por recepções problemáticas, rígidas e tradicionais, criam comumente um “fechamento” do serviço em relação a população precarizando o acesso.

As fragilidades relacionadas à comunicação se convergem com a falta de sistemas de informações compartilhados (como prontuários eletrônicos e sistemas de regulação), que como já trazido neste estudo, é primordial para a garantia da coordenação do cuidado, de maneira integral e segura. Oliveira et. al¹³ refere que os mecanismos de comunicação informal, indicam a presença de lacunas na articulação

entre os níveis de atenção, os quais não foram sanadas pelos métodos formais, sugerindo uma limitação na implementação destes.

No que diz respeito à qualificação profissional, sabe-se que às práticas educativas atuais nos serviços de saúde muitas vezes se caracterizam por capacitações, implementadas de maneira pontual, com transmissão de conhecimento de maneira vertical, e com o objetivo de atualizar ou “capacitar” para conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, porém, de maneira isolada do cenário real de trabalho (BRASIL, 2012). Neste componente, faz-se necessário o uso do dispositivo de Apoio Matricial, operacionalizado por profissionais de distintos níveis de atenção, com o objetivo de fortalecer o atendimento prestado aos profissionais das equipes de referência da APS.

CONCLUSÃO

Com este estudo verificou-se que as estratégias de coordenação do cuidado na APS nas Redes de Atenção à Saúde estão relacionadas ao desenvolvimento de fluxos assistenciais, integração entre os níveis de atenção, gestão do cuidado, encaminhamentos, qualificação profissional e comunicação para a coordenação do cuidado da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. As fragilidades encontradas nos estudos trazem melhorias na gestão, na integração e comunicação como ações primordiais de alinhamento dos fluxos, sendo a comunicação entre os pontos da rede fundamental.

Em relação ao nível das produções, predominaram as dissertações de mestrado, e as demais como teses de doutorado. O destaque foi para a região Sul, que produziu o maior número de estudos acerca da temática. Os delineamentos metodológicos mais frequentes foram os Descritivo-Exploratórios, e o tipo de análise predominante foi a qualitativa.

As produções analisadas reforçam o papel da APS como elo primordial na continuidade do cuidado pelos serviços de saúde e na prática de uma assistência integral aos usuários. Além disso, as estratégias evidenciadas neste estudo servem de

guia para os gestores no que tange a qualificação dos fluxos da rede e na descoberta dos nós assistenciais através de estudos avaliativos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set 1990.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção básica, 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
3. Damaceno AN, Lima MAD da S, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]. Jan. 2020;29;10(0):14. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832/html>
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Aug. 2010;15(5):2297–305. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
5. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [Internet]. Set. 2018;42:244–60. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt#:~:text=Coordena%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20significa%20estabelecer>
6. Sellera PEG, Brito CBM de, Jovanovic MB, Rodrigues SO, Oliveira CFDS de, Santos SO dos, et al. The Implementation of the Monitoring and Evaluation System of the State Health Secretariat of the Brazilian Federal District (SHS/DF). Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Jun. 2019;24(6):2085–94. Disponível em:
https://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602085&script=sci_abstract

7. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. Mar. 2017;22(3):713–24.
8. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Sociedade [Internet]*. 2017;26:424–34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JLpLfqM9D68FZpwn8cQvD6L/abstract/?lang=pt>
9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem [Internet]*. Jun. 2007;20(2):v–vi. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci_arttext&tIng=en
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Curso de Autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf
13. Oliveira CRF de, Samico IC, Mendes MF de M, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(4).
14. Ferreira L, Barbosa JS de A, Esposti CDD, Cruz MM da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*. Mar. 2019;43(120):223–39. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n120/223-239/pt>
15. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*. Sep. 2018;42(spe1):361–78.

TABELAS

Tabela 1: Síntese dos estudos incluídos na revisão segundo a Identificação, Autor/Ano, Região/Instituição, Título, Objetivo, Nível/ Tipo de pesquisa e Tipo de Análise.

CÓDIGO	AUTOR (ANO) / INSTITUIÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	NÍVEL / TIPO DE ESTUDO / TIPO DE ANÁLISE
C01	LIMA JÚNIOR, I.A. (2016) FIOCRUZ/RJ	Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro	Analisar a integração entre os serviços odontológicos de atenção primária e especializada da A.P. 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.	MESTRADO AVALIATIVA QUALITATIVA
C02	RAMALHO, O. C. (2018) UNB/DF	O apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no Distrito Federal	Analisar o processo de implementação do apoio matricial realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial e sua articulação com a rede de atenção psicossocial do Distrito Federal	MESTRADO DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO QUALITATIVA
C03	MANSAN, J. M. (2017)	Potencialidades e desafios da Rede de Atenção à Saúde do município de	Elaborar a proposta de um programa de educação	MESTRADO DESCRITIVO-

	UNISINOS/RS	Farroupilha	permanente em saúde para o município de Farroupilha - RS com vistas ao fortalecimento e ativação das redes de atenção à saúde	EXPLORATÓRIO QUALITATIVA
C04	BASTOS, P. F. (2015) UFPE/PE	Território e redes de atenção à saúde no Recife: relação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS	Analisar a operacionalização do território empreendida na saúde e o estabelecimento das redes de atenção, por meio da observação do processo de articulação entre a Atenção Básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS no Distrito Sanitário IV da Cidade do Recife	MESTRADO EXPLORATÓRIO QUANTITATIVA -QUALITATIVA
C05	MAKIYAMA, M. (2019) UNIOESTE/PR	Rede de cuidado em saúde mental em uma região de saúde do Paraná	Analisar a organização da rede de atenção à saúde mental em 24	MESTRADO EXPLORATÓRIO QUALITATIVA

			municípios da 10a Regional de Saúde do Paraná	
C06	SANTOS, J. M. M. (2018) FGV/SP	Avaliação da integração entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada, no cuidado do paciente hipertenso, no distrito de saúde do Campo Limpo do município de São Paulo	Avaliar a articulação entre serviços de atenção primária à Saúde e da atenção especializada no cuidado de pacientes hipertensos, na rede de atenção à saúde, no Distrito de Saúde do Campo Limpo do município de São Paul	MESTRADO EXPLORATÓRIO QUANTITATIVA -QUALITATIVA
C07	TANGERINO, L. C. P. (2018) UFSCAR/SP	Fluxo e acesso assistencial: mecanismos da regulação em saúde entre a atenção básica e a especializada	Analisar o funcionamento de um sistema de regulação municipal, no âmbito das relações entre a Atenção Básica, Assistência especializada e o Núcleo de Regulação	MESTRADO EXPLORATÓRIO QUALITATIVA
C08	ALVES, P. C. (2011) FIOCRUZ/PE	Desafios à integração no SUS: uma análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife	Analisar os mecanismos de integração assistencial presentes na organização da	MESTRADO ESTUDO DE CASO QUANTITATIVA

			Rede de Atenção à Saúde da Mulher, tendo como enfoque o cuidado pré-natal no Distrito Sanitário VI.	-QUALITATIVA
C09	OLIVEIRA, K. K. D. (2011) UFRN/RN	Entre o sol e a liberdade impera a violência: formação de redes para a ação a partir da estratégia saúde da família	Analisar a construção coletiva de uma rede de serviços municipais para prevenção e tratamento às crianças vítimas de violência a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família em Mossoró/RN	MESTRADO PESQUISA AÇÃO QUALITATIVO
C10	SOUZA, M. F. (2015) UFMG/MG	Avaliação da coordenação do cuidado das equipes de atenção básica: uma análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Verificar a qualidade das variáveis do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para avaliar a atenção básica como coordenadora do cuidado no Brasil.	MESTRADO TRANSVERSAL QUANTITATIVA
C11	SOUZA, A. C. (2012)	Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro:	Analisar as estratégias desenvolvidas na	DOUTORADO DESCRITIVA

	FIOCRUZ/RJ	um movimento das marés	cidade do Rio de Janeiro para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica por meio do conhecimento dos impasses e facilitadores como parte da política pública no município do Rio de Janeiro; e a identificação das tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre esta e a atenção básica.	EXPLORATÓRIA QUALITATIVA
C12	MEDEIROS, C. R. G. (2013) UFRGS/RS	Redes de atenção em saúde : o dilema dos pequenos municípios	Analisar a rede de atenção à saúde aos portadores de doenças cardiovasculares em dois municípios de pequeno porte pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS.	DOUTORADO ESTUDO DE CASO QUALITATIVA
C13	FREIRE, M.S.	Infância e Adolescência:	Analisar os efeitos de	MESTRADO

	(2013) UFES/ES	em Cena a Rede de Atenção do Município de Serra/es.	uma articulação intersectorial a partir da Rede de Atenção à Infância e Adolescência do município de Serra/ES	CARTOGRÁFICA QUALITATIVA
C14	MAIA, M. N. (2013) FIOCRUZ/RJ	A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro	Descrever aspectos relacionados à coordenação da atenção ao Pré-Natal e ao parto pelas equipes de Saúde da Família da Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.	MESTRADO DESCRITIVA EXPLORATÓRIA QUANTITATIVA
C15	SILVA, V. A. (2013) UFPEL/RS	A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial	Conhecer a organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial do usuário de saúde mental no município de Joinville.	MESTRADO DESCRITIVA EXPLORATÓRIA QUALITATIVA
C16	DAY, C. B. (2013)	Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para estratégias	Analisar um mecanismo de contrarreferência	MESTRADO DESCRITIVA

	UFRGS/RS	de saúde da família de Porto Alegre	implantado entre o serviço de emergência (SE) de um hospital universitário e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de uma gerência distrital do município de Porto Alegre	EXPLORATÓRIA QUALITATIVA
C17	SILVA, G. M. (2013) UFRGS/RS	A articulação da saúde mental em redes de atenção à saúde : a perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul-RS	Analisar as percepções dos trabalhadores das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre como vem ocorrendo a articulação da Saúde Mental nas Redes de Atenção à Saúde	MESTRADO DESCRITIVA EXPLORATÓRIA QUALITATIVA

Fonte: produção das autoras. 2021

Tabela 2: Estratégias para a coordenação do cuidado:

ESTRATÉGIAS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO	
	Organização de fluxos (C01), (C03), (C06), (C08), (C09)

FLUXO	Padronização dos atendimentos na rede especializada (C03)
	Revisão de protocolos (C06)
	Revisão do sistema de agendamento do município (C07)
	Implantação de regulação de consultas e exames (C08)
INTEGRAÇÃO	Entre níveis assistenciais (C08), (C11), (C13), (C14), (C16), (C17)
	Entre as equipes de diferentes serviços (C09), (C15), (C17)
	Sistemas de informação interligados (C12)
	Compartilhamento de dados dos pacientes (C12)
GESTÃO DO CUIDADO	Apoio matricial (C02), (C10), (C15)
	Gestão de rede e do cuidado (C08), (C11), (C16)
	Ampliação da oferta de serviços básicos (C08), (C11)
	Ações com base no território (C04), (C10)
	Olhar ampliado (C13)
	Alta compartilhada (C15)
	Projeto terapêutico Singular (C15)
	Sistema de referência e contrarreferência (C01), (C03), (C16), (C12)

ENCAMINHAMENTOS	Vinculação por meio dos encaminhamentos (C02)
	Estratificação de risco (C05)
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	Educação permanente (C02)
	Troca de conhecimentos entre diversos profissionais (C02)
	Espaços coletivos de discussão (C06)
	Oficinas (C09)
	Capacitação (C09)
COMUNICAÇÃO	Comunicação formal ou informal com os demais serviços (C05), (C10), (C17)
	Mecanismos tecnológicos para favorecer essa integração no cotidiano dos serviços (C06)
	Permanente interlocução (C13)

Fonte: produção das autoras. 2021

Tabela 3: Fragilidades para a coordenação do cuidado:

FRAGILIDADES PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO	
	Barreiras sócio-organizacionais (C01)

GESTÃO	Obstáculos estruturais, organizativos e profissionais (C01), (C02)
	Garantia do atendimento na atenção especializada e hospitalar (C03), (C08)
	Utilização de critério político administrativo na elaboração dos recortes espaciais (C04)
	Não integração da gestão da clínica (C05), (C12), (C14)
	Pressão do paciente para ser encaminhado ao especialista (C06),
	Responsabilização das equipes de saúde da família (C06)
	Dificuldades na estrutura física da unidade (C09)
	Baixa credibilidade nos serviços de atenção primária (C16)
INTEGRAÇÃO	Dificuldades de coordenação (C01)
	Pouca tradição na sistematização do planejamento (C02), (C09)
	Ausência de pactuação entre os serviços no território (C06), (C08),
	Não há integração da APS com outros níveis (C12)
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	Investimento insuficiente na qualificação dos profissionais da RAPS (C02), (C07)
	Insegurança de profissionais generalistas (C06)
	Problemas na formação ou estratégias de educação continuada

	(C06), (C09)
COMUNICAÇÃO	Lacunas de comunicação (C01), (C03), (C07), (C14)
	Sistemas de informação não são compartilhados (C01), (C12)
	Falhas no agendamento (C01)
	Desconhecimento da escuta qualificada (C05)
FLUXO	Não participação das organizações sociais no processo de regulação assistencial (C01)
	Ausência de contrarreferência (C06)

Fonte: produção das autoras. 2021