



ISSN: 2230-9926

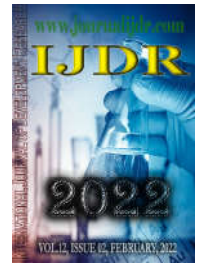
Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 02, pp. 54134-54141, February, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.24069.02.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS TEÓRICOS E PRÁTICOS NA PERSPECTIVA DE GESTORES E ENFERMEIROS

\*<sup>1</sup>Francisco Freitas Gurgel Júnior and <sup>2</sup>Maria Salete Bessa Jorge

<sup>1</sup>Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família Docente do Curso de Entermagem do Centro Universitário Inta-UNINTA Doutorando em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará-UECE); <sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará-UECE)

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 15<sup>th</sup> December, 2021

Received in revised form

11<sup>th</sup> January, 2022

Accepted 21<sup>st</sup> January, 2022

Published online 26<sup>th</sup> February, 2022

#### Key Words:

Atenção Primária à Saúde,  
Serviços de Saúde,  
Assistência Integral à Saúde.

#### \*Corresponding author:

Francisco Freitas Gurgel Júnior,

### ABSTRACT

**Objetivo:** Investigar a visão dos gestores e enfermeiros a respeito da coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e os desafios teóricos e práticos frente ao seu exercício. Pesquisa qualitativa com profissionais de duas macroáreas da APS que atuam em territórios com vulnerabilidades e desigualdades no município de Sobral-Ceará Brasil. **Materiais e Métodos:** Utilizou-se da pesquisa social e do método de Análise de Conteúdo, bem como, entrevistas semiestruturadas e observação participante. **Resultados:** Coordenar o cuidado é estar envolvido com as atividades que proporcionam a prestação de um cuidado individualizado e integral, visando a continuidade do cuidado. Os desafios da coordenação do cuidado pela APS são a superação da fragmentação da rede, a baixa oferta de vagas para especialistas, a frágil comunicação entre os serviços, o prontuário eletrônico não integrado, a baixa qualificação profissional e o desconhecimento do papel da APS pelos outros serviços. **Conclusão:** O fortalecimento da APS como porta de entrada, coordenadora e ordenadora da rede requer esforços de gestores, profissionais e sociedade, a fim de que esse modo de organização dos sistemas possa trazer benefícios no que tange à equidade, à acessibilidade, à eficácia clínica e sanitária, à eficiência econômica e que possibilite a integração dos cuidados.

Copyright © 2022, Francisco Freitas Gurgel Júnior and Maria Salete Bessa Jorge. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Citation:** Francisco Freitas Gurgel Júnior and Maria Salete Bessa Jorge. "Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: desafios teóricos e práticos na perspectiva de gestores e enfermeiros", *International Journal of Development Research*, 12, (02), 54134-54141.

## INTRODUCTION

A clamada como um modelo capaz de construir uma rede coordenadora do cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo discutida internacionalmente (REICH *et al.*, 2016, SOUZA *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) assente que esse modelo de atenção à saúde tem o potencial para atender as necessidades das sociedades, que almejam por um sistema de saúde que responda de maneira mais rápida aos desafios do mundo em transformação (WHO, 2008). As transformações provenientes dos efeitos da globalização, da transição epidemiológica e das diversas crises de financiamento em vários países têm suscitado demandas para as quais os sistemas de saúde apresentam muitas vezes barreiras na sua estrutura (ALELUIA *et al.*, 2017). Nesse contexto, a crescente ampliação dos gastos em saúde, o desafio de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como, as emergentes e negligenciadas, e o alto consumo de medicamentos, vem intensificando a busca por reformas setoriais, que promovam

melhorias na qualidade da assistência, uma maior racionalização, alocação e utilização dos recursos (FARIA *et al.*, 2015; ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Um sistema de saúde orientado na APS representa garantia de qualidade na atenção prestada em todas as áreas de cuidado e o desenvolvimento dos atributos interfere diretamente no êxito das ações e na qualidade de vida dos usuários. Essa visão da APS, como eixo estruturante do cuidado foi difundida pela primeira vez pelo Relatório Dawson, documento elaborado em 1920 pelo Ministro de Saúde do Reino Unido. Este relatório apresentava as ideias de regionalização e hierarquização do cuidado e das características estruturais ainda hoje vigentes (CONILL, 2008). Ao longo dos anos esta concepção foi sendo ampliada e atualmente, a interpretação do conceito exige a compreensão do contexto socioeconômico, político e ideológico, que influenciam as práticas da saúde pelos diversos sistemas (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). A OMS se destaca por desenvolver ações para promover o fortalecimento da APS. Na década de 70 inseriu o assunto na sua agenda política de saúde e tornou-se a principal difusora da ideia; organizou a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários

em Saúde em Alma Ata, em 1978 (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Este documento convocava a formulação de políticas, estratégias e planos de ação pelos governos para incorporar a APS nos sistemas de saúde, reconhecendo como um mecanismo importante para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, caminho para a oferta de atenção integral a todos sem distinções (GIOVANELLA et al., 2019). Estudos evidenciam a trajetória de vários países na implantação e incorporação das ideias e práticas da APS. Na Europa, a implementação do modelo consolidou a experiência auxiliando a construção de sistemas eficientes e capazes de ofertar uma assistência mais integrada à saúde. O Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde confirma a opção pela APS em muitos países da União Europeia, que a partir dos anos 90 promoveram reformas orientadas para este modelo de atenção (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006). De forma geral, a evolução na reforma de alguns sistemas de saúde, com a incorporação da APS, conforme observado em países como Reino Unido e Canadá, evidenciam uma tendência na busca de um acesso amplo e facilitado com maior integração entre os serviços (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Nessa perspectiva a coordenação do cuidado constitui um importante mecanismo no enfrentamento das iniquidades em saúde, sobretudo em populações mais vulneráveis (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). Uma estrutura de coordenação do cuidado solidificada favorece a obtenção de resultados positivos para os sistemas de saúde, pois uma articulação bem definida entre os diversos níveis de atenção sustenta o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em várias áreas. Dentre os grandes desafios enfrentados é possível identificar as atividades com foco na saúde materno-infantil, uma vez que são intensamente sensíveis a todos estes acontecimentos e dependem de ações intersetoriais para sua realização (SILVA et al., 2014; LEITE et al., 2019).

Em todo o mundo investimentos estão sendo direcionados para a redução da mortalidade materno-infantil, igualdade de gênero, combate à violência contra a mulher, programas de prevenção ao câncer, dentre outros (ZEID et al., 2015). Iniciativas como a proposta dos —Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, firmado na Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000, representa um marco político para a redução da pobreza no mundo e para a saúde das mulheres e das crianças, uma vez que três dos oito objetivos relacionam-se a demandas nessa área, a saber: promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade na infância e melhorar a saúde materna (FRANÇA et al., 2010; ROMA, 2019). No Brasil nas últimas décadas evoluiu consideravelmente na oferta de ações e serviços destinados à saúde das mulheres e das crianças. Muitos avanços foram conquistados, impulsionados pela evolução dos sistemas e das condições de saúde e dos determinantes sociais (PAIM et al., 2011; VIERA et al., 2014; NÓBREGA et al., 2019). Diante da necessidade de uma maior qualidade na assistência e de um sistema de saúde baseado em uma APS coordenadora do cuidado, a busca por estratégias para implantação, implementação e avaliação destes sistemas estão se tornando mais frequentes. Análises foram realizadas considerando os atributos de forma geral (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; ALELUIA et al., 2017); ou como participante na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (RODRIGUES et al., 2014); outros ainda consideraram a influência no fortalecimento da APS (SILVA; ANDRADE, 2014; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020); avaliando a coordenação de maneira isolada (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; CARNEIRO et al., 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; SOUZA et al., 2017), propondo um sistema de informação do cuidado (PIRES et al., 2015) e, mais recentemente, avaliando as ações de controle da pandemia de coronavirus (SILVEIRA et al., 2020).

Estes estudos ilustram a evolução e amadurecimento do atributo — coordenação, na APS no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, analisar o atributo coordenação do cuidado e verificar se está associado à melhor qualidade na assistência, na visão de enfermeiros e gestores da APS, é de grande relevância. A importância não se limita somente à qualidade da assistência, mas espera-se que o estudo possa contribuir na implementação de políticas públicas específicas

na área, ao identificar a influência da coordenação do cuidado no sucesso das ações na APS. O município de Sobral localiza-se no interior do estado de Ceará, distante 235 quilômetros da capital Fortaleza. Segundo dados do IBGE, apresenta uma população estimada para 2020 de 208.935 habitantes. O município é dividido em áreas de zoneamento urbano e rural, tendo distritos com distâncias superiores a 60 km da sede do município. Com relação a organização regional do SUS, Sobral encontra-se configurado como uma referência para Macrorregião Norte do estado do Ceará, sendo composta por 55 municípios, onde se concentra maior parte dos serviços de média e alta complexidade dessa macrorregião. No que concerne à APS, é composta por 38 Centros de Saúde da Família (CSF) 70 equipes de Estratégia Saúde da Família, 6 equipes de NASF, 50 equipes de saúde bucal, 3 equipes multiprofissionais de Atenção domiciliar e 2 academias da saúde, dos quais 24 encontram-se na zona urbana e 14 na zona rural. Em Sobral, a APS é considerada como prioridade, onde relevantes esforços são direcionados para se ampliar a cobertura da ESF, melhoria na infraestrutura das unidades e na organização dos processos de trabalho, com o fortalecimento da articulação com os pontos da rede de atenção no intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde. Assim, tem-se APS como principal porta de entrada na ordenação e coordenação das redes de atenção no município. Desta forma, a coordenação do cuidado pela APS torna-se visível nas diretrizes da SMS, cujas publicações destacam esse atributo, normatizando fluxos e protocolos de cuidado.

## MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de pesquisa social, na área da saúde que utilizou dos dois momentos iniciais do método da Análise Institucional, considerada apropriada às investigações qualitativas em saúde. A opção pela pesquisa social se deu por abranger as investigações que tratam dos problemas sociais, incluindo o fenômeno saúde/doença, e sua representação pelos protagonistas que atuam no campo das instituições políticas e de serviços, os profissionais gestores e usuários (GROULX, 2012; MINAYO, 2014). Realizou-se observação participante com uso de diário de pesquisa e entrevistas com profissionais de saúde enfermeiros e os gestores da Atenção Primária à Saúde com o uso de um roteiro de entrevista. Desta forma obteve-se as seguintes categorias que nortearam a análise de conteúdo na sua modalidade temática, quais sejam: Simbolismo de coordenação do cuidado para os profissionais enfermeiros e gestores da APS; Atribuição do enfermeiro e gestor da APS na coordenação do cuidado e estratégias adotadas; Ferramentas utilizadas na coordenação do cuidado; Dificuldades e desafios na coordenação do cuidado. O campo empírico da pesquisa se deu em duas macro-áreas, sendo uma na sede do município e outra na zona rural as quais abrangem aglomerados de 10 Centro de Saúde da Família, inclusão esta que levou em consideração ter acesso a realidades distintas, bem como a modelos de atenção em se tratando da disposição e organização dos serviços de saúde, e com indicadores sociais representativos entre os mais altos do município.

Inicialmente, após anuência da Comissão Científica da Secretaria de Saúde do Município procedeu-se a apresentação da pesquisa aos gestores da APS para delineamento e definição da composição territorial. Neste momento solicitou-se indicação dos dez CSF que compõem as duas macro-áreas juntamente com os contatos dos respectivos gerentes. Desta forma procedeu-se a escolha de cinco unidades pela maior acolhida dos gerentes com a proposta do estudo. A escolha das equipes se deu após a apresentação do projeto, após convite dos gerentes, nas reuniões de roda do CSF, bem como, a demonstração do desejo das equipes. Quanto aos critérios de inclusão, optou-se por equipes completas, há pelo menos um ano no referido serviço, disponibilidade e interesse de todos profissionais de saúde enfermeiros integrantes em participar. Em sequência, o pesquisador buscou conhecer a rotina da unidade de saúde e a realidade do processo de trabalho, através da observação participante e uso de diário de pesquisa e na participação das reuniões de roda das equipes. A coleta de dados ocorreu após as visitas aos CSF. Como instrumento norteador da entrevista e da observação participante foi

utilizado um roteiro comum semiestruturado com os seguintes itens: a) identificação numérica do entrevistado e da Macroárea observada; b) narração e/ou observação das dimensões organizativas da produção do cuidado, referentes à porta de entrada, fluxo de atendimento, regulação (referência e contrarreferência) e avaliação; outras observações ou fala livre do entrevistado, impressão/avaliação do entrevistador sobre a unidade e a narração do entrevistado. Realizou-se entrevista com vinte e oito dois profissionais de saúde enfermeiros das duas macro-áreas, bem como, seis gestores da APS, totalizando 32 participantes: vinte e oito enfermeiras, uma assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, um educador físico. A observação participante compôs a análise das narrativas, pois possibilitou o entrecruzamento das informações, apreendida com o conhecimento acerca das experiências vividas pelas pessoas associadas aos significados, atividades ou eventos, edificando os aprendizados presentes entre as representações, atividades ou eventos, experiências vividas e a observação da realidade (RICOEUR, 1995; GEANELLOS, 2016). Com a utilização de registros em diário de pesquisa contemplou reuniões de roda, ações de educação em saúde e educação permanente, acolhimento a demanda, consulta de enfermagem, interconsulta com profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental, visitas domiciliares bem como consulta a documentos normativos, publicados pelo município, disponíveis nas unidades ou no formato online. A análise foi dividida em etapas para melhor compreensão e interpretação, a saber: Etapa 1 - Fase de distanciamento: consistiu na transformação da língua falada em língua escrita, na transcrição das entrevistas e registro das observações em texto. Etapa 2 - Fase de apropriação: envolveu as leituras e entendimento geral dos textos para apropriação do seu significado, transformando-o em algo familiar, próprio, segundo suas mediações de conhecimentos, experiências e realidade observada. Etapa 3 - Fase de explicação e organização dos dados: submeteu-se os textos à análise do *software* NVivo, versão 11 *Pro for Windows*, para organização dos dados em unidades de análises, que emergiram das convergências das falas e das observações. Etapa 4 - Fase de compreensão: ocorreu um processo interativo que possibilitou às pesquisadoras-leitoras, uma compreensão ampla do que foi dito e observado na realidade dos serviços, e que depende dos conhecimentos prévios do leitor para seu desvelar (RICOEUR, 1995). O trabalho de campo ocorreu entre os meses de setembro a dezembro/2021, material empírico foi transcrito e examinado com leitura, exploração e categorização, segundo os núcleos de sentido identificados, descrição e interpretação dos resultados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o nº 52033721.4.0000.5053 e pelo Comissão Científica da Secretaria de Saúde do município de Sobral através do nº 0123/2021, e seguindo às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

As macro-áreas investigadas apresentam um cenário com alguns grupos em alta densidade populacional, vulnerabilidade social, e desigualdade social, que pode ser evidenciada pela composição com populações de baixo, médio e alto poder aquisitivo. Com relação as moradias, algumas são irregulares, com acesso prejudicado, desprovida de saneamento e pavimentação e outras com construções de alto padrão. Observou-se ainda a presença de criminalidade e tráfico de drogas em algumas áreas, bem como, alta desigualdade social, evidenciada pela contiguidade com populações de médio e alto poder aquisitivo. Os Centro de Saúde da Família, inseridos nos territórios é composto por 14 equipes de saúde da família, uma equipe de atenção básica com profissionais médicos especialistas e 14 equipes de saúde bucal. As duas macroáreas dispõe de programas de residência em Saúde da Família e Saúde Mental multiprofissional e profissionais do NASF. Conta com prontuário eletrônico, não integrado às demais unidades de APS e níveis assistenciais. Em se tratando da regulação de vagas ambulatoriais é solicitada pelo médico e lançada no Sistema de Regulação (SISREG), pelo agente administrativo. É importante ressaltar que as equipes que compõem os territórios dispõem de acesso aos protocolos assistenciais nos formatos digital e manual, fluxogramas, portarias, normas, bem como

ferramentas de encaminhamento aos serviços especializados (Guia de referência e contrarreferência) no formato impresso. Recebem, via e-mail, relatório de alta hospitalar dos pacientes do território com informações acerca do motivo da internação e sua duração. Em se tratando da rede de saúde do município, é composta também por serviços públicos de média e alta complexidade, e serviços da rede suplementar. A contratação/prestação de serviços na APS se dá por contrato com Organizações Sociais em Saúde (OSS), e trabalhadores com contratos regulamentados na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Este cenário se refere a um período (2000-2020) de investimentos na APS, com expansão, estruturação e qualificação dos serviços. O entendimento, de forma generalizada, que os gestores e profissionais de saúde enfermeiros tem acerca da APS, é personificado por meio de um processo de comunicação, organização e funcionamento dos serviços em rede, que finaliza com a garantia da continuidade e a integralidade da atenção, assim como, melhoria na acessibilidade e uso dos serviços. Como consequência, esse entendimento comum da coordenação do cuidado pode ser atribuído a notoriedade com que o município trabalha a temática, podendo ser observada e materializada nos protocolos, diretrizes, fluxogramas e documentos normativos que orientam as práticas profissionais e de gestão, sempre abordado como tema transversal nos espaços de educação permanente em saúde promovido pela gestão e nas rodas de equipe. Tal fato, é constatado nas várias vezes em que o termo “coordenação do cuidado” e suas palavras correlacionadas e exemplificações se manifestam nos discursos dos participantes e nos espaços de diálogos observados pelo pesquisador.

Os gestores e enfermeiros expressam diferentes singularidade na operacionalização da coordenação do cuidado pelas diversas categorias profissionais. Quanto as articulações com serviços externos à unidade competem ao gerente do CSF e ao enfermeiro. Observou-se uma subordinação a pessoa do médico quando se trata de agendamento de exames, consultas com especialistas e internações, fato esse não visto com bons olhos pelos participantes uma vez que restringe a coordenação do cuidado pela APS enquanto algo potente. Desta forma a visão de menos-valia direcionada a APS, é considerada um impedimento à coordenação. De acordo com os participantes, os ACS neste cenário atuam também na função de articular junto à comunidade, informando sobre o contexto de vida e as particularidades das famílias e território, às quais só eles têm acesso, por pertencerem à comunidade e transitarem com maior frequência na casa dos usuários:

*O ACS no desenvolver do seu processo de trabalho, ao observar qualquer contexto que não condizentes com os princípios do SUS, as boas práticas em saúde, riscos ambientais, vulnerabilidades sociais, situação de negligência e violência no contexto familiar sempre nos comunica para possamos planejar e executar ações em equipe. (E1.M1).*

*Nas minhas visitas domiciliares, se verifico, junto ao usuário ou a família qualquer alteração no padrão normal de saúde, busco sempre socializar o caso equipe para dialogar sobre quais as condutas e encaminhamentos a serem realizadas se necessário. (E3.M2).*

*A gestão ocupa um lugar primordial na coordenação do cuidado junto as equipes de saúde da família, no sentido de estar orientando, normatizando, dialogando e conduzindo processos de forma conjunta, assim como fornecendo todo apoio necessário para esse processo s concretize da melhor forma. (G1.APS)*

No município há um consenso entre gestores e enfermeiros, no qual os profissionais de saúde em sua totalidade, atuando nos mais diversos níveis de atenção saúde devem fazer parte da coordenação do cuidado, incluindo neste processo também o usuário, tornando-o corresponsável pela sua saúde:

*Penso que a coordenação do cuidado é dever de todos da equipe e da gestão. Na APS pelos gestores da APS, no CSF pelos*

*gerentes e profissionais da equipe. Quando se pensa RAS, pelos outros serviços de saúde e outros níveis de gestão. (E4.M2).*

*Acredito que o fazer na coordenação do cuidado deve ser realizado sob o prisma da descentralização. É função minha, do médico, do residente, do NASF, do ACS, da gerente, do administrativo, enfim, todos de acordo com a função que cabe a cada um. Inclusive o próprio cidadão indivíduo é responsável pela coordenação do seu cuidado e autocuidado. (E2.M1).*

*A coordenação do cuidado deve ser feita por todos que compomos o sistema de saúde local. (G4.M2).*

Muito embora o cuidado seja reconhecido como uma prática que pode ser realizada por todos os profissionais de saúde e construído entre os níveis de atenção, principalmente na “porta de entrada” do SUS, na prática as vezes isso não é possível de ser percebido no processo de trabalho em equipe. Depreende-se pelos dados empíricos analisados que a avaliação pode ser considerada como invisível nos serviços, pois, apesar de requerer mecanismos institucionais que a realizem, aparentemente, deixa a impressão de que ocorre sem sistematização, ou mesmo critérios transparentes por parte do CSF. Entretanto, se reconhece, em asserção, a supremacia da APS como principal ordenadora e coordenadora, constituindo-se no elemento mais próximo e de fácil acesso, no qual o usuário regressa após o atendimento especializado, sendo apropriada para acompanhá-lo em seu itinerário nos diversos pontos de atendimento. Isso, com maior probabilidade de articular os diferentes níveis de atenção e agregar informações do percurso terapêutico e do processo de cuidado. Foi possível perceber que a coordenação do cuidado na prática ocorre de forma rotineira pelos profissionais da APS, embora em algumas vezes não consigam refletir de forma crítica sobre o seu fazer ou tenham ciência dela, pois as algumas ações tendem a se automatizar ao longo do tempo no processo de trabalho. Assim mesmo, havendo essa distância entre teoria e prática a coordenação ocorre em algum momento, pois o usuário sempre retorna em busca da continuidade da atenção.

Na perspectiva dos enfermeiros, coordenar o cuidado resulta em função de crivo, onde haverá necessidade de avaliação pela APS antes de encaminhar a outras especialidades. Ao responsável técnico da unidade é atribuída uma dimensão coletiva, política e institucional da coordenação do cuidado, relacionada ao gerenciamento dos fluxos dentro e fora da unidade (fluxos de acesso, acolhimento, referência e encaminhamento). No âmbito da unidade, a coordenação do cuidado acontece mais facilmente, pela proximidade dos serviços e profissionais (equipe de APS, saúde bucal e NASF Residência), facilitando a comunicação entre eles para discussão dos casos compartilhados, bem como o ajuste dos fluxos. Entretanto é justamente essa comunicação entre profissionais, destes com os usuários, e com outros níveis de atenção, que se apresenta como algo desafiador na coordenação do cuidado. Nesta perspectiva, cabe aqui destacar o protagonismo do enfermeiro, o que pode ser observado nos discursos a seguir, no papel de organizar a produção do cuidado com responsabilidade em diversos serviços e pontos das RAS, o vai desde a definição e organização de cronograma de ações até o facilitar acesso aos usuários. Salienta-se que as atividades são embasadas em ações programáticas, práticas educativas e gerencia e coordenação do CSF.

*É notório na APS que a grande maioria das ações que ocorrem, quem acaba tomando a frente, no caso, posso falar que sou eu, seja para programar uma ação de educação em saúde ou educação permanente, seja para construir cronogramas das atividades e dos profissionais do CSF, seja para colaborar em ações fora do contexto da unidade, como por exemplo, o PSE, enfim, todas as atividades quem acaba tomando iniciativa é o enfermeiro. (E10.M1)*

*Não tem como não citar que a enfermeira que coordena a atenção, o atendimento, o cuidado, os demais profissionais assim como o Centro de Saúde da Família unidade em si. (E6.M2)*

*A bem da verdade quem coordena o cuidado na macroárea, são as oito enfermeiras. (E9.M1)*

*É perceptível, de grande relevância e notoriedade a função e fazer do enfermeiro como grande articulador da coordenação do cuidado na APS de Sobral, entretanto não podemos nos esquecer dos gestores e outros profissionais e trabalhadores da saúde que também participam deste processo, mesmo que com menos visibilidade. (G5.APS)*

Com relação às dificuldades, a formação reducionista dos profissionais é vista como fator que inibe a coordenação do cuidado, ao não problematizar o processo saúde-doença e não incentivar a atuação em rede. Essa formação não favorece a compreensão do sistema de saúde como uma rede de serviços, tendo a APS como centro da comunicação, tampouco a percepção da importância da comunicação e coordenação para garantir um cuidado integral e continuado:

*Já tive a oportunidade de vivenciar outras realidades em outros municípios na APS, e recorde lembro que ficava chateado com o fator de que depois de toda consulta num serviço da atenção secundária, ou terciária, o médico, o enfermeiro, o profissional que tivesse atendido, não entregava a ficha de contrarreferência, para a APS. Hoje aqui em Sobral este problema ainda persiste, só que em menor escala. Geralmente recebemos algum retorno dos pacientes que referenciamos (E11.M2).*

*É extremamente desagradável quando se encaminha um usuário, especifica nossa dúvida na referência, e não tem de volta a informação do que foi feito no outro serviço com o seu usuário. Isso torna o nosso fazer na coordenação do cuidado algo muito complexo. Quando se refere um usuário, o mínimo que espera é um retorno com informações do que foi realizado por lá. Não se encaminha um paciente só pelo prazer de ver seu deslocamento ou para se livrar dele. O encaminhamento se faz necessário para que o usuário possa ter a integralidade do seu cuidado assistida e pelo fato de estar necessitando da colaboração de outro profissional. Muitas vezes, temos essa informação pelo relato do paciente, o que na maioria das vezes pode gerar problemas na comunicação (E14.M1).*

*E trago como ponderação para este fato é que muitas vezes a ausência de preenchimento, a insuficiência de informação ou a letra ilegível no formulário de contrarreferência ocorrem de forma recorrente reforçando a tese que a comunicação pode se constituir como fator impeditivo para coordenação do cuidado (G6.APS)*

Em se tratando, do acesso aos serviços secundários, terciários e de alta complexidade, é APS quem gerencia o acesso aos serviços de saúde por meio do Sistema de Regulação (SISREG). Nesse aspecto, cita-se que a ausência de comunicação, muitas vezes pode se revelar como falta de compromisso, onde alguns serviços são cancelados, por problemas técnicos, seja material ou pessoal e não há um reagendamento. Nesse caso o usuário volta ao seu CSF de origem sem o atendimento, sendo realizado novamente o agendamento pela APS. Quanto as altas pós-internação, pondera-se o sistema de Alta Referenciada adotado compartilha a denominação do usuário, qual o motivo e a duração da internação, informações estas que são limitantes para realizar a coordenação do cuidado. Ressalta-se que em algumas vezes são os próprios usuários sem um documento de alta hospitalar que verbalizam o que ocorreu com ele informando o motivo da internação e o procedimento realizado, mesmo não sendo evidenciado com muita frequência.

*Quando se trata de usuários que são encaminhados por uma condição de saúde mais aguda, em que o período de internamento é mínimo, não se identifica muito este problema. Entretanto quando o usuário é encaminhado por uma condição de saúde crônica, como por exemplo pacientes em tratamento para neoplasias ou em cuidados paliativos, de modo geral não somos informados de forma oficial que não tem haverá mais tratamento curativo e o mesmo será apenas paliativo, ou*

*cuidado em domicílio. No geral o profissional é que chega a essa dedução e conclusão indireta, porque as consultas vão ficando espaçadas, ou não foi prescrito tratamento quimioterápico ou radioterápico e o mesmo recebeu alta, entretanto somos nós não somos informados ou comunicado de esse paciente entrará em cuidados paliativos. (E22.M1).*

Os dados empíricos evidenciam, um fluxograma organizacional da produção do cuidado na APS, mas que as vezes se apresenta como fragmentado e em não congruência com práticas integrais e que respondam de completa às necessidades de saúde daqueles que demandam a atenção. Observa-se a ausência de um sistema de registro integrado em prontuário eletrônico, o que impede a comunicação e a troca de informações. Neste sentido um dos maiores desafios identificados na perspectiva dos gestores e enfermeiros seria a operacionalização da interligação dos registros do prontuário, facilitando o acesso a informação sobre o usuário.

*Se eu encaminho um paciente para outro serviço com referência, na contrarreferência os prontuários não são compartilhados, e a ficha de contrarreferência não retorna para a equipe. (E23. M2) De forma pouco frequente há retorno. Não existe retorno dos próprios profissionais em estar contrarreferenciando aquele paciente com o intuito que aquele cuidado possa se dar de forma contínua (E24 M1)*

*A referência é realizada em três vias para que uma delas retorne junto com o paciente para unidade de origem. É para ser realizada a contrarreferência mas infelizmente algumas dessas guias de referência nunca retornam ao serviço. A gente encaminha para RAS e na maioria das vezes o profissional de referência não lhe dá um retorno. Isso dificulta em muito o trabalho da equipe de origem para dar seguimento ou concluir o caso. (E25.M2)*

*Infelizmente no sistema de referência e contrarreferência não existe nenhum mecanismo para se solicitar que o serviço referenciado dê uma resposta para APS. As vezes o usuário nos procura e verbaliza que realizou a consulta ou exame ou que prescreveram essa medicação. Então isso ocorre, mas não de forma oficializada. (E26. E2).*

O compartilhamento de informações e a articulação entre os serviços são muito deficientes. Para gestores e enfermeiros, percebe-se que apesar dos avanços na consolidação da APS, o compartilhamento de algumas informações e as conexões entre os serviços nos diversos níveis de atenção na RAS ainda são deficitárias. Acredita-se que essas dificuldades se dê em razão ainda de uma estrutura organizacional do sistema, que algumas vezes se apresenta fragmentada, assim como a possível no âmbito em que se situa a APS. Diante dos avanços pontuais e das dificuldades e desafios enfrentados na coordenação do cuidado pelas equipes, os profissionais advertem para a persistente desvalorização da APS. Há preocupação ante a exclusão da APS da pauta de políticas públicas prioritárias no cenário político brasileiro, especialmente num país onde a maioria dos usuários da APS pertence a populações marginalizadas, pobres e que enfrentam barreiras diversas no acesso e utilização dos serviços de saúde. Os resultados das narrativas de gestores e enfermeiros se complementam na evidenciação dos elementos organizativos captados pelos instrumentos e que será discutida a frente. Acredita-se que, o apoio incondicional dos gestores da APS, as ações de educação permanente saúde, a implementação dos programas de residência multiprofissional, guias de referência digitalizadas, assim como normas, fluxogramas, manuais e protocolos instrutivos convergem para colaborar na minimização dos problemas pontuados.

## DISCUSSÃO

O acesso, é o primeiro atributo proposto por Starfield para APS, que se encontra dividido em acesso de primeiro contato, utilização e acessibilidade. A autora, apresenta a conceituação do acesso de primeiro contato como a busca por atendimento pelos serviços como primeira escolha. Desta forma, a partir de um processo estrutural, o

usuário busca o serviço e mesmo retorna ao usuário com a prestação de serviços de saúde em consonância a sua necessidade, propiciando acontecimentos que favorecem ao retorno por meio da acessibilidade (STARFIELD, 2002). Neste sentido, considera-se a acessibilidade como fator primordial na busca da garantia de satisfação mais positiva do serviço, e como satisfação é algo muito subjetivo, considera-se essa dimensão uma das mais difíceis de ser emparelhada, o que se justifica como resultado desta pesquisa (FERREIRA et al., 2021). Evidencia-se que os gestores e profissionais de saúde enfermeiros compreendem o processo de coordenação do cuidado, seu significado, bem como seus obstáculos e desafios referenciados pelos respectivos lugares e papéis instituídos nas equipes em atuação, assim como embasados nas experiências vicárias prévias, o que pode ser observado a luz da literatura em conceitos similares (RODRIGUES et al., 2009; MARTÍNEZ, NAVARRETE, LORENZO, 2009; NÚÑEZ, 2006). Ressalta-se que se tratando dos atributos da APS no que se refere à integralidade, à continuidade e à longitudinalidade do cuidado, são também elucidados na perspectiva dos referidos profissionais.

No que tange a coordenação do cuidado, é notório que engloba o desenvolvimento de um trabalho em equipe, colaboração interprofissional, integralidade da assistência e dos serviços (BROWN, 2004; BRASIL, 2010; OPAS, 2011; COSTA, 2019) e a participação comunitária, onde os usuários são corresponsáveis pela sua saúde, fazendo uso dos canais de participação e inclusão em processos deliberativos (SILVA, ANDRADE, 2014; LAPÃO, ARCÊNCIO, POPOLIN, RODRIGUES 2017) Há de se ressaltar que apesar da hegemonia médica, em algumas dimensões no grupo pesquisado é plausível a compreensão de um fazer compartilhado entre gestores, os profissionais de saúde com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que já deve ser consolidado e incorporado a sua prática deste o seu processo de formação profissional. Neste momento, enaltece-se a relevância também do Agente Comunitário de Saúde como elo de ligação e comunicação entre usuários e serviços de saúde (ALELUIA, 2017). Um estudo de Araújo, Marques e Kehing (2021), foi observado que a maioria dos usuários mencionavam a rotatividade profissional como um ponto que contribui de forma negativa ao estabelecimento do vínculo. Além disso, foi constatado que os participantes referiam acerca da dificuldade em se relacionar de forma mais duradoura com médicos mais novos em detrimento dos médicos mais antigos. Corroborando a importância da coordenação do cuidado, denota-se que em alguns estudos que a mesma não é privilégio da APS, mas atributo de organização dos serviços de saúde, onde os níveis de assistência se utilizam dessa estratégia do sistema para melhorar sua integração. E que se traduz na eminência da continuidade do cuidado. No entanto, uma APS com atributos fortes, é identificada como modelo ideal para coordenar o itinerário terapêutico do usuário nas RAS (ALMEIDA, GIOVANELLA, MENDONÇA, ESCOREL, 2010; STARFIELD, 2020; NUNEZ, 2006). Ademais, uma APS com fortes atributos se qualifica pelo maior poder de resolutividade para maioria dos problemas e necessidades de saúde, em tempo hábil, com acessibilidade, equidade e continuidade. Importante incluir os recursos políticos, financeiros e humanos, que a depender do seu apoio, conduz a prática de coordenação do cuidado (FEO, CAMPO, CAMACHO, 2006; GIOVANELLA, 2018).

Os dados empíricos revelam a necessidade de organização do sistema de saúde por intermédio da construção de processos em redes, onde a coordenação do cuidado é compreendida como uma atribuição mais expandida da APS. Contudo, as dificuldades ainda são encontradas, mesmo com atitudes provenientes de gestores da APS e profissionais de saúde enfermeiros, sejam elas cristalizadas ou implementadas, de acordo com as demandas que provêm da organização macroestrutural da rede e do apoio do governo (LAPÃO, ARCÊNCIO, POPOLIN, RODRIGUES, 2017; ALMEIDA, FAUSTO, GIOVANELLA, 2011; FEO, CAMPO, CAMACHO, 2006). Além disso, apreendeu-se na realidade vivenciada que dificuldades no fluxo dos usuários pode colaborar para o surgimento de fragilidades na resolubilidade dos atendimentos, debilidades no sistema de referência para a rede de atenção e descontinuidade do cuidado e prestação de assistência.

Neste estudo, as dificuldades identificadas advêm de comunicação falha entre os serviços, da baixa qualificação profissional, das fragilidades nos instrumentos utilizados para integração dos níveis assistenciais, e as vezes da própria desvalorização da APS. Os achados traduzem como alternativa para essa limitação de cooperação/comunicação entre os profissionais e níveis de atenção, que a equipe busca essas informações com o próprio usuário, em diferentes momentos da produção do cuidado: nas consultas de retorno com o médico, no atendimento do enfermeiro e na interlocução com o ACS, que coleta a informação no próprio domicílio, assim que os usuários retornam dos serviços aos quais foram referenciados. É o que corrobora demais estudos publicados PINHEIRO et al., 2020; BRONDANI et al., 2016). Uma regulação descentralizada é condição relevante para o fortalecimento da APS como porta de entrada no Sistema de Saúde, pois viabiliza a equidade no acesso aumentando a descentralização da regulação é importante para fortalecer a APS como porta de entrada, proporcionar equidade no acesso e ampliar o poder de coordenação do cuidado. Pinto et al., (2017) em um estudo acerca da descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro, no ano de 2012, evidenciou avanço no acesso aos serviços especializados, em virtude do aumento do número de consulta e exames regulados desde então. Com isso, denotou-se a diminuição no tempo de espera e aumento da capacidade de coordenação pelas equipes de APS, conduzindo a uma maior eficácia e responsabilização dos profissionais no acompanhamento dos usuários na realização dos procedimentos por eles regulados. Entretanto, outros estudos ressaltam a oferta insuficiente da atenção especializada, sobrecarregada com a pouca integração entre as redes estadual e federal, ocasionando empecilhos ilusórios pela não presença da regulação, bem como, a dificuldade para acessar os serviços especializados (ALELUIA et al., 2017; LAPÃO et al., 2017; PINTO ET AL., 2017).

Com relação a ausência de prontuários informatizados integrados em rede assim como o uso das clássicas guias de referência e contrarreferência são evidenciadas neste e em outros estudos como exíguas para a organização das RAS com continuidade de informações e coordenação pela APS (ALMEIDA, SANTOS, LAPÃO et al., 2017 SOUSA et al., 2013). Ante o exposto, alguns estudos apontam que a coordenação entre níveis assistenciais pode ser beneficiada pela otimização da coleta e socialização de informações sobre pacientes e prestadores e pelo uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), incluídos o prontuário eletrônico integrado, instrumento informatizado de referência e contrarreferência, ferramentas de regulação, e outras, que possibilitam a disponibilização de dados alusivos à linha de cuidado dos usuários e permitam a gestão e os profissionais o acompanhamento dos processos e fluxos (HOFMARCHER, OXLEY, RUSTICELLI, 2007; NUNEZ, 2006; FEO, CAMPO, CAMACHO, 2006, RODRIGUES et al., 2014). Desta forma, investir em instrumentos de integração, que possibilitam o acesso a procedimentos, condutas, resultados de exames e diagnósticos traçados em diferentes serviços, é primordial para a gestão do cuidado pela APS. Assim, a integração do cuidado vai depender da existência de processos de coordenação qualificados que, por sua vez, irão advir da eficácia da comunicação instituída entre os sujeitos (RODRIGUES et al., 2014).

Em se tratando dos gestores e profissionais de saúde enfermeiros, é salutar que a coordenação do cuidado deriva da presença de profissionais qualificados e engajados, conhecedores da magnitude do poder da comunicação e socializar informações. Para tanto, há a necessidade de se fortalecer o processo de trabalho em equipe (SOUSA et al., 2014), assim como a produção da comunicação pode estabelecer um itinerário para mudança da prática cotidiana, de uma visão autoritária, fragmentada e individualista para uma concepção democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade e na comunicação (LIMA, RIVERA, 2009). Na concepção de alguns autores, a APS não apresenta requisitos materiais e simbólicos para o exercício da função de ser o centro comunicador e realizar a ligação entre os diversos pontos da rede de atenção (CECÍLIO et al., 2012; RODRIGUES et al., 2014). Nesta perspectiva, por ocasião da configuração das RAS dentro da APS, esta deve se configurar numa

via de mão dupla, uma vez que do mesmo formato que há RAS sem APS forte com capacidade para coordenar o cuidado, a APS não alcança o exercício de seu papel constituído em um robusto arranjo regional e uma articulação íntegra entre os entes federados. Assim, a APS apesar de oportunizar uma aproximação inicial entre os sujeitos e a rede de saúde enfrenta dificuldades no acesso e vínculo que são considerados essenciais para a conformação de cuidado responsivo e integral (BOSQUAT et al., 2017). Portanto, torna-se primordial o fortalecimento da forma de organização do cuidado por meio de iniciativas que propiciem ampliar a oferta de vagas para atendimento, fornecimento de insumos e materiais e melhorias na infraestrutura por meio do aumento do financiamento e dos recursos para APS, bem como empoderamento e fortalecimento de vínculo da gestão e profissionais, que são os provedores dos cuidados primários. Nesse sentido é fundamental um olhar para que se imprima mais investimentos em infraestrutura, tecnologia de informação, capacitação de pessoal, fluxos e processos de trabalho, profissionais implicados com um processo de trabalho horizontalizado, em que se harmonize especialização com interdisciplinaridade, buscando romper com as práticas hegemônicas do modelo de atenção atual, com o fortalecimento do papel do generalista na condução dos cuidados, assim como usuários e especialistas abertos aos novos modelos organizacionais (ARAÚJO, MARQUES, KEHRIG, 2021).

No que concerne à gestão no sistema de saúde em Sobral, é visível a existência avanços plausíveis nos últimos anos. A gestão da oferta de serviços, com seus respectivos níveis de complexidade, tem-se materializado numa concepção de gestão democrática das unidades de saúde, a partir do estabelecimento de estratégias que visam conceder mais robustez à relação entre serviços, profissionais e usuários, permeados por iniciativas de melhoria da qualidade da atenção e do cuidado prestado à comunidade. Em se tratando da ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS, pressupõe-se que o planejamento do uso dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado, estruturado, disposto, organizado, estabelecido, portanto, ordenado, a partir das necessidades de saúde da população. Assim como a responsabilidade de identificar as necessidades de saúde da população é componente e atributo da APS, assim como a demanda por outros serviços e ações em outros pontos de atenção, significa que é a partir desta ação da APS que a gestão deve ordenar as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017). Ademais, países organizados com sistemas de saúde com organização baseados na APS, variavelmente possuem melhores níveis de saúde e maior equidade, visto que o acesso e alcance das atividades de projeção comunitária e a oportunidade de atenção continuada e de coordenação do cuidado contribuem para reduzir as desigualdades em saúde (NERI, SOARES, 2002; OPAS, 2011; CONASS, 2011) Como consequência, uma coordenação do cuidado adequada ira se materializar em benefício individualizado para o usuário ao mesmo tempo em ganho para o sistema, no que se refere a alocação de recursos com equidade entre áreas de maior vulnerabilidade social, auxiliando na redução das iniquidades em saúde (SORANZ, PINTO, CAMACHO, 2017; ALELUIA, 2017).

Outrossim, ressalta-se a figura do enfermeiro, enquanto ator do processo de organização do CSF, permeado por uma prática comprometida e responsiva em vários serviços dentro APS, que vai desde a prestação do cuidado, como forma de desvelar a sua importância no processo terapêutico, bem como na gestão e gerência das unidades de saúde. Estudo evidencia o protagonismo desse profissional como articulador do processo organizacional, atuando em várias frentes, enquanto líderes das equipes de saúde da família (CABRAL et al., 2020). A atuação do enfermeiro é salutar nos processos de cuidar. É ele quem assume o papel decisivo de identificação das necessidades de cuidados, promoção e proteção da saúde da sua população, em diferentes dimensões nas RAS. Através da primeira escuta, proporciona vínculo e melhora a comunicação com o usuário, intervém no contato e organiza o acesso a outros níveis de atenção. Destarte, observa-se que os desafios enfrentados na coordenação do cuidado são diversos e compartilhados pelos sistemas de saúde, local, nacional e internacional. Não obstante o contexto

desfavorável, torna-se fundamental imprimir força tarefa para externalizar os benefícios de sistemas embasados na APS, bem como, a prerrogativa em larga escala na busca da consolidação dos sistemas de saúde, no que se concerne à equidade, à acessibilidade, à eficácia clínica e sanitária e à eficiência econômica, possibilitando a integralidade da atenção e do cuidado. À vista disso, torna-se mister, estudos como este, que socializam experiências a nível local, retratando novos olhares e fazeres aos desafios enfrentados na perspectiva de construção de novos formatos de se constituir a coordenação do cuidado na APS, aprimorando o diálogo e reflexão no âmbito da saúde coletiva. Em síntese, as limitações deste estudo permeiam a possibilidade de que resultados não refletirem os desafios e as estratégias adotadas em localidades onde a APS não dispõe das ferramentas de gestão e coordenação, de profissionais qualificados ou de um tempo de gestão onde há uma significativa priorização política, como verificado no período e territórios investigados. As macroáreas escolhidas e seus territórios ao considerar também a indicação por parte dos gestores e profissionais conduziu a uma conjuntura onde existe uma coordenação do cuidado mais efetiva e com maior sensibilização e criticidade dos participantes com relação a esta realidade. Além disso, as limitações situam-se ainda na definição de apenas dois segmentos de participantes (gestores e profissionais de saúde enfermeiros) a partir dos CSF de um município. Em contrapartida, os achados poderão embasar estudos posteriores que busquem a compreensão da dimensão organizativa a partir das narrativas dos demais sujeitos, incluindo outros profissionais, municípios e demais componentes da rede de atenção à saúde e poderão trazer contrapontos aos resultados aqui obtidos e desta forma ampliar o escopo sobre a temática.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo apontam que a APS, ainda se constituiu em “porta de entrada” da rede SUS, sendo seletiva e organizada de acordo com demandas pontuais e agravos específicos. O fluxo de atendimento é estruturado através de agendamentos com base em ações programadas e a demanda espontânea o que a torna uma alternativa negociada entre os sujeitos para ter acesso as consultas médicas. Os processos de avaliação da organização do cuidado são assistemáticos e muitas vezes invisíveis tornando-se um contraponto a continuidade do atendimento e de práticas coordenadas e integrais. O estudo da coordenação do cuidado é de grande importância para subsidiar intervenções que promovam o alcance de serviços de saúde fortalecidos e mais eficazes na oferta de uma atenção de qualidade. Por ser um atributo que intrinsecamente interage com os demais, interfere na qualidade da assistência, podendo ser o diferencial para uma atenção ampla e eficaz. De acordo com a realidade analisada foi possível compreender como a APS organiza-se no espaço de intervenção da saúde da família, assim como a importância de ressignificar a organização da produção do cuidado, ultrapassando uma atenção seletiva para práticas integrais com responsabilização dos profissionais em diferentes níveis de complexidade do sistema. Ademais, este trabalho é um esforço na tentativa de compreender os desafios práticos e teóricos da coordenação do cuidado na APS na perspectiva de gestores e enfermeiros. Foi possível verificar que possuir um alto nível de coordenação do cuidado favorece a um alto nível de qualidade da assistência à saúde. Considerando a diversidade dos territórios, constatou-se um predomínio de alto nível de coordenação do cuidado nos serviços de APS, bem como de médios níveis de qualidade da assistência, refletindo a necessidade de ações coordenadas em algumas áreas. Tais achados se configuram como uma evolução do atributo, que pode ser reconhecido como resultados do desenvolvimento da APS nos últimos anos, após a realização de várias ações implementadas com esta finalidade. No contexto de avaliação da APS e de forma específica do atributo coordenação do cuidado, as recentes mudanças na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 podem ter levado a abolição da prioridade para a ESF. Importante ainda destacar a desfiguração da APS que passa a ter um perfil voltado para a oferta de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento-queixa-conduta.

É salutar, que os impactos das novas vertentes da APS podem comprometer também os avanços já alcançados na área de saúde, que mesmo ainda apresentando fragilidades evoluíram notadamente nas últimas décadas. A originalidade da abordagem de um tema complexo em conjugado a um assunto de relevância no contexto sócio-político-cultural, permitiu identificar lacunas e direcionar ao entendimento de algumas limitações que afetam o processo de coordenação do cuidado. O estudo contribuiu para o reconhecimento da forma como a organização da produção do cuidado é compreendida e realizada, bem como colabora para o fortalecimento da organização das práticas na atenção primária à saúde da identificação de fragilidades que necessitam de atenção e comprometimento por parte dos profissionais de saúde. Destaca-se a atuação dos enfermeiros que tem exercido protagonismo na articulação e coordenação das atividades nas unidades de saúde da família, contexto revelado nos dados empíricos, propiciando o fortalecimento de um profissional, comprometido, responsável, com um fazer permeado de atenção qualificada. A conclusion section is not required. Although a conclusion may review the main points of the paper, do not replicate the abstract as the conclusion. A conclusion might elaborate on the importance of the work or suggest applications and extensions.

## REFERENCIAS

- ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1845–1856, 2017.
- ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam Salud Publica* 2011; 29(2):84-95
- ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ESCOREL S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde. Publica* 2010; 26(2):286-29
- ALMEIDA PF, SANTOS AM. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM, organizadores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 277- 303
- ALMEIDA, P. F. et al., Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.
- ANDRÉ, S. C. DA S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. *Revista de APS*, v. 20, n. 1, 2017.
- ARAÚJO, V.C MARQUES M. A R.S. KEHRIG, R.T Avaliação do processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma revisão da literatura *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.1. p.2830-2852 jan./fev. 2021.
- BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, CAMPOS EMS, ALMEIDA PF, MARTINS CL, MOTA PHS, MENDONÇA MHM, MEDINA MG, VIANA ALA, FAUSTO MCR, PAULA DB. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cien Saúde Colet* 2017; 22(4):1141-1154.
- BRASIL. M.S Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2010.
- BRASIL. M.S. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- BROWN R, SCHORE J, ARCHIBALD N, CHEN A, PEIKES D, SAUTTER K, LAVIN B, ALIOTTA S, ENSOR T. *Coordinating Care for Medicare Beneficiaries: Early Experiences of Demonstration Programs, Their Patients, and Providers*. Princeton: Mathematica Policy Research; 2004.
- CABRAL, D da S. et al. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da estratégia saúde da família, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alfnas, 2018. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2020, v. 54

- CECÍLIO LCO, ANDREAZZA R, CARAPINHEIRO G, ARAÚJO EC, OLIVEIRA LA, ANDRADE MGG, MENESES CS, PINTO NRS, REIS DO, SANTIAGO S, SOUZA ALM, SPEDO SM. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2893-2902
- CONNILL, E. M. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. s7–s16, 2008
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde [livro na Internet]. Brasília: CONASS; 2011
- COSTA, L.B et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 6, pp. 2083-2096.
- FARIA, L. R. DE et al. On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 72–85, mar. 2015
- FEO JO, CAMPO JMF, CAMACHO JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2):357-382
- FERREIRA, J et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. *av.enferm.*, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 63-73, Apr. 2021.
- FRANÇA, A. et al. (EDS.). I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde--Rumo ao Alcance das Metas de 2015: relatório final: Brasília 18,19 e 20 de novembro de 2008. 1st ed ed. Brasília, DF: Editora MS, 2010.
- GEANELLOS R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. *Nurs Inq*. 2016;7(1):112-9.
- GIOVANELLA L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Pública*. 2018;34(8):1-5.
- GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00012219, 25 mar. 2019.
- GROULX LH. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, Jaccoud M, Cellard A, Houle G, Giorgi A, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 95-126.
- HOFMARCHER MM, OXLEY H, RUSTICELLI E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. Paris: OECD; 2007.
- 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. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):713-723.
- LEITE, D. S. et al. A compreensão de mães sobre os serviços do programa saúde da criança. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*, v. 11, 2019.
- LIMA JC, RIVERA FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface (Botucatu)* 2009; 12(31):329-342
- LOURAU, R. Rene Lourau na UERJ – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993
- MARTÍNEZ DH, NAVARRETE MLV, LORENZO IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23(4):280-286.
- MINAYO M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- NERI M, SOARES W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl):77-87.
- NÓBREGA, E. C. M. et al. Desafios do comitê de prevenção de mortalidade materna e infantil em um município cearense. *Cadernos ESP*, v. 13, n. 1, p. 113–128, 2019.
- NÚÑEZ RT, LORENZO IV, NAVARRETE MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20(6):485-95.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
- PAIM, J. et al. Saúde no Brasil I O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, v. 6736, n. 11, p. 60054–8, 2011.
- PAIVA, M. B.P de et al. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. *Physis*, v. 25, n. 3, p. 925-950, 2015.
- PINHEIRO FM, SANTOS OC, SILVA JCB, BARBOSA LAL, CARVALHO LV, MOTA SMA. The leadership nurses profile in primary health care. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;43:1-7
- PINTO LF, SORANZ D, SCARDUA MT, SILVA IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do SUS no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Cien Saude Colet* 2017.
- REICH, M. R. et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*, v. 387, p. 811–16, 2016.
- RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1799–1808, 2020
- RICOEUR P. *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
- RODRIGUES L.B.B, SILVA P.C.S, PERUHYPE R.C, PALHA P.F, POPOLIN M.P, CRISPIM J.A, PINTO I.C, MONROE A.A, ARCÊNCIO R.A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014.
- ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciencia e Cultura*, v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.
- SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (EDS.). *Primary care in the driver's seat? organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England; New York: Open University Press, 2006.
- SILVA RM, ANDRADE LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis Rev Saude Colet* 2014; 24(4):1207-1228.
- SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. e00095418, 2019.
- SILVEIRA, R. P. et al. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 151–161, 2020.
- SORANZ D, PINTO LF, CAMACHO LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):819-830.
- SOUZA MB, ROCHA PM, SÁ AB, UCHOA SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(3):190-195. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/O ministério, 2002.
- VIERA, C. S. et al. Resolução de problemas de saúde de crianças na rede de atenção à saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 4, p. 705–713, 27 nov. 2014.

\*\*\*\*\*