



ACESSO ABERTO

Autoria

Eduardo Luna de Oliveira Torres^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1938-0153>

*Correspondente: eduardo.torres@cejam.org.br

Instituição

¹ Centro de Estudos e Pesquisas Doutor João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo • Direitos autorais[©]

Torres ELO. Coordenação do Cuidado entre Urgência e Atenção Primária para Pacientes com Doenças Crônicas. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650055. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650055>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Chefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Submetido

07-07-2026

Aceito

08-08-2026

Relato de Experiência

Coordenação do Cuidado entre Urgência e Atenção Primária para Pacientes com Doenças Crônicas

Care Coordination Between Emergency and Primary Health Care for Patients with Chronic Diseases

Coordinación del Cuidado entre Urgencias y Atención Primaria para Pacientes con Enfermedades Crónicas

Resumo

Objetivo: Descrever o desenvolvimento de um modelo organizacional de coordenação do cuidado para pacientes com doenças crônicas descompensadas atendidos em um serviço público de urgência, visando fortalecer a integração com a Atenção Primária à Saúde e a continuidade assistencial. **Método:** Relato de experiência elaborado conforme a diretriz Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0), desenvolvido em um pronto-socorro público do Sistema Único de Saúde. O modelo foi construído com base na análise dos processos assistenciais, na literatura científica e na experiência institucional, estruturando critérios de elegibilidade, plano de alta, comunicação entre os níveis assistenciais, monitoramento longitudinal e indicadores. **Resultados:** O modelo fortalece a integração entre urgência e Atenção Primária, ampliando o papel dos serviços de urgência na coordenação do cuidado de pessoas com doenças crônicas e oferecendo estratégia organizacional potencialmente reproduzível no Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** O modelo fortalece a integração entre urgência e Atenção Primária, ampliando o papel dos serviços de urgência na coordenação do cuidado de pessoas com doenças crônicas e oferecendo estratégia organizacional potencialmente reproduzível no Sistema Único de Saúde.

Descritores: Coordenação da Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Serviços Médicos de Emergência; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Abstract

Objective: To describe the development of an organizational care coordination model for patients with decompensated chronic diseases treated in a public emergency care service, aiming to strengthen integration with Primary Health Care and continuity of care. **Method:** An experience report developed in accordance with the Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) guidelines in a public emergency care service within the Brazilian Unified Health System. The model was developed based on the analysis of clinical workflows, scientific evidence, and institutional experience, incorporating eligibility criteria, a structured discharge plan, communication between levels of care, longitudinal follow-up, and performance indicators. **Results:** The model incorporated care coordination into emergency care workflows by organizing the identification of eligible patients, structured discharge planning, integration with Primary Health Care, and continuity of care. It also established indicators to monitor care performance. **Conclusion:** The model strengthens integration between emergency services and Primary Health Care, expanding the role of emergency care in coordinating care for patients with chronic diseases and providing a potentially transferable organizational strategy for the Brazilian Unified Health System.

Descriptors: Care Coordination; Primary Health Care; Chronic Disease; Emergency Medical Services; Continuity of Patient Care.

Resumen

Objetivos: Describir el desarrollo de un modelo organizacional de coordinación del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas descompensadas atendidos en un servicio público de urgencias y emergencias, con el fin de fortalecer la integración con la Atención Primaria de Salud y la continuidad asistencial. **Método:** Relato de experiencia elaborado conforme a la guía Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0), desarrollado en un servicio público de urgencias y emergencias del Sistema Único de Salud de Brasil. El modelo se desarrolló a partir del análisis de los procesos asistenciales, la evidencia científica y la experiencia institucional, incorporando criterios de elegibilidad, plan estructurado de alta, comunicación entre los niveles asistenciales, seguimiento longitudinal e indicadores de desempeño. **Resultados:** El modelo incorporó la coordinación del cuidado al flujo asistencial del servicio de urgencias mediante la identificación de pacientes elegibles, el plan estructurado de alta, la integración con la Atención Primaria de Salud y el seguimiento de la continuidad asistencial. Además, estableció indicadores para el monitoreo del desempeño asistencial. **Conclusión:** El modelo fortalece la integración entre los servicios de urgencias y la Atención Primaria de Salud, ampliando el papel de los servicios de urgencias en la coordinación del cuidado de personas con enfermedades crónicas y ofreciendo una estrategia organizacional potencialmente transferible para el Sistema Único de Salud de Brasil.

Descriptores: Coordinación de la Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Enfermedad Crónica; Servicios Médicos de Urgencia; Continuidad de la Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde em razão de sua elevada prevalência, do impacto sobre a morbimortalidade e da necessidade de acompanhamento longitudinal e coordenado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)^(1,2). O envelhecimento populacional, a multimorbidade e o aumento da demanda por cuidados contínuos ampliam a complexidade da assistência, exigindo modelos organizacionais capazes de integrar os diferentes pontos de atenção, melhorar os resultados clínicos e promover maior eficiência assistencial^(3,4). Nesse contexto, a coordenação do cuidado constitui um dos pilares para a organização dos sistemas de saúde orientados às necessidades da população⁽⁵⁻⁷⁾.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção à Saúde foi concebida para superar a fragmentação dos serviços por meio da integração entre os diferentes níveis assistenciais e da responsabilização compartilhada pelo cuidado^(1,8). Nesse modelo, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel central como coordenadora do cuidado e responsável pelo acompanhamento longitudinal das pessoas com condições crônicas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Entretanto, persistem desafios relacionados à integração entre os pontos de atenção, à comunicação entre os serviços e à continuidade assistencial, especialmente após atendimentos em serviços de urgência e emergência⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Embora tradicionalmente voltados à estabilização clínica de episódios agudos, os serviços de urgência atendem grande número de pacientes com doenças crônicas descompensadas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras condições de acompanhamento contínuo. Após a alta, muitos retornam ao domicílio sem mecanismos estruturados de reintegração à Atenção Primária, favorecendo descontinuidade assistencial, recorrência de atendimentos e hospitalizações potencialmente evitáveis^(7,10).

Nesse contexto, as transições do cuidado (care transitions) têm sido reconhecidas como componente essencial da coordenação assistencial^(2,11). A passagem entre diferentes níveis de atenção representa momento crítico para a continuidade do cuidado, sendo que estratégias como planos estruturados de alta, comunicação padronizada entre serviços e acompanhamento longitudinal demonstram potencial para fortalecer a integração assistencial e reduzir reinternações evitáveis^(2,11-12).

Os princípios do Triple Aim, posteriormente ampliados pelo Quadruple Aim, e do Value-Based Healthcare reforçam que a geração de valor depende da capacidade dos sistemas de produzir melhores resultados clínicos ao longo da trajetória assistencial das pessoas com condições crônicas^(3,4,13). Entretanto, permanecem escassas as experiências que descrevem modelos organizacionais capazes de utilizar o atendimento em serviços de urgência como oportunidade para fortalecer a coordenação do cuidado entre a urgência e a Atenção Primária, permanecendo a maioria das iniciativas centrada na resolução do episódio agudo⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Diante desse cenário, torna-se relevante apresentar experiências que ampliem o papel dos serviços de urgência como componentes estratégicos da Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo a integração entre urgência e Atenção Primária e favorecendo a continuidade do cuidado de pessoas com doenças crônicas.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência, elaborado conforme a diretriz Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)⁽¹⁴⁾, da Rede EQUATOR, que descreve o desenvolvimento de um modelo organizacional voltado ao fortalecimento da coordenação do cuidado de pacientes com doenças crônicas descompensadas atendidos em um serviço público de urgência, favorecendo sua integração com a APS.

Cenário do estudo

A experiência foi desenvolvida em um pronto-socorro público municipal de porta aberta, integrante da Rede de Atenção às Urgências do SUS, localizado em Barueri (SP) e gerido por uma Organização Social de Saúde. A unidade realiza aproximadamente 25.000 atendimentos mensais, incluindo elevada demanda de pacientes com doenças crônicas descompensadas e necessidade de acompanhamento longitudinal pela APS.

População beneficiada

O modelo foi desenvolvido para pacientes com doenças crônicas descompensadas atendidos na unidade de urgência, especialmente aqueles com hipertensão arterial, diabetes mellitus, multimorbidade, recorrência de atendimentos ou necessidade de seguimento longitudinal. Sua estrutura pode ser adaptada para outras condições clínicas que demandem integração entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde.

Desenvolvimento do modelo organizacional

O modelo foi construído a partir da análise dos processos assistenciais, da literatura científica⁽¹⁻¹³⁾ e da experiência institucional, identificando fragilidades na continuidade do cuidado após a alta da urgência. Foi estruturado em cinco componentes organizacionais: critérios de elegibilidade; plano estruturado de alta; comunicação entre os níveis assistenciais; monitoramento longitudinal; indicadores de processo e resultado.

Fluxo institucional

O fluxo assistencial inicia-se com a identificação dos pacientes elegíveis durante o atendimento na urgência, seguida da estratificação clínica, elaboração do plano estruturado de alta, comunicação com a APS e monitoramento longitudinal por meio de indicadores, visando fortalecer a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Indicadores

Foram definidos indicadores de processo e de resultado para monitorar a implantação do modelo e avaliar sua contribuição para a coordenação do cuidado, a continuidade assistencial e a integração entre a urgência e a APS. Os indicadores contemplam identificação de pacientes elegíveis, elaboração de planos de alta, comunicação entre os níveis assistenciais, comparecimento à APS, recorrência de atendimentos e hospitalizações potencialmente evitáveis.

Aspectos Éticos e de Integridade

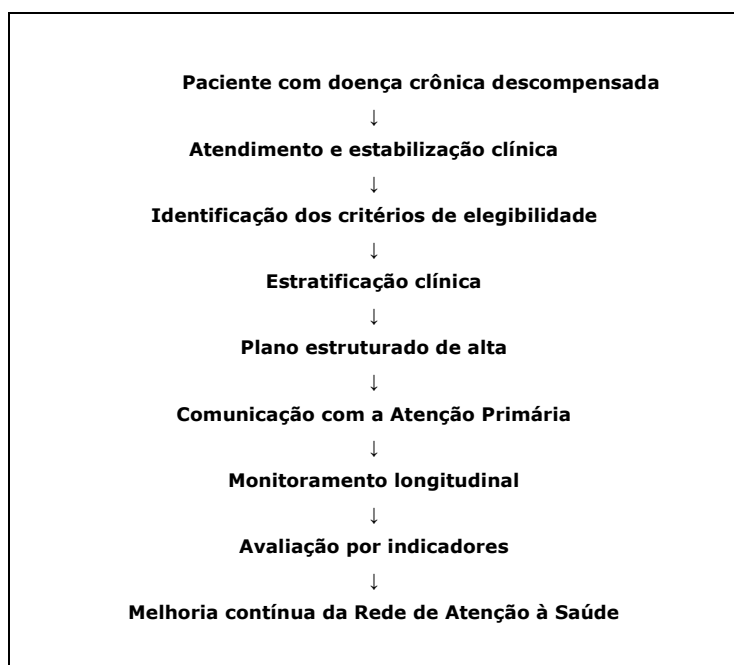
A experiência descreve o desenvolvimento de um modelo organizacional fundamentado em informações institucionais agregadas, sem utilização de dados clínicos individualizados ou identificação de pacientes e profissionais. O manuscrito preserva a confidencialidade das informações assistenciais e foi elaborado no contexto das atividades institucionais de gestão e melhoria da qualidade, em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à proteção de dados e à integridade científica.

RESULTADOS

Desenvolvimento do Modelo Organizacional

Foi desenvolvido um modelo organizacional para fortalecer a coordenação do cuidado de pacientes com doenças crônicas descompensadas atendidos em um pronto-socorro público, estruturando a urgência como ponto estratégico de integração com a Rede de Atenção à Saúde. O modelo incorpora a coordenação do cuidado ao fluxo assistencial da unidade, organizando a identificação dos pacientes elegíveis, a transição para a Atenção Primária à Saúde e o monitoramento da continuidade assistencial. A Figura 1 apresenta o fluxo institucional desenvolvido.

Figura 1 - Modelo organizacional de coordenação do cuidado entre a urgência e a Atenção Primária à Saúde, Barueri (SP), Brasil, 2026.



Fonte: Elaboração própria.

Componentes Organizacionais do Modelo

O modelo foi estruturado em cinco componentes organizacionais que orientam a coordenação do cuidado entre a urgência e a Atenção Primária à Saúde, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes organizacionais do modelo de coordenação do cuidado, Barueri (SP), Brasil, 2026.

Componente	Finalidade
Critérios de elegibilidade	Identificar pacientes prioritários para coordenação do cuidado
Plano estruturado de alta	Organizar o seguimento após estabilização clínica
Comunicação entre os níveis assistenciais	Compartilhar informações entre urgência e APS
Monitoramento longitudinal	Acompanhar a continuidade do cuidado
Indicadores	Avaliar desempenho e melhoria contínua

Fonte: Elaboração própria.

Indicadores de Processo

Foram definidos indicadores de processo e de resultado para monitorar a implantação do modelo e avaliar sua contribuição para a coordenação do cuidado, a continuidade assistencial e a integração entre a urgência e a Atenção Primária à Saúde. Os indicadores propostos estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Indicadores do modelo organizacional de coordenação do cuidado, Barueri (SP), Brasil, 2026.

Tipo	Indicador	Objetivo
Processo	Pacientes elegíveis identificados	Avaliar a capacidade de identificação dos pacientes prioritários para coordenação do cuidado.
Processo	Planos estruturados de alta elaborados	Verificar a adesão ao modelo organizacional.
Processo	Comunicação com a Atenção Primária à Saúde	Avaliar a integração entre os diferentes níveis assistenciais.
Processo	Encaminhamentos efetivados	Monitorar a continuidade do cuidado após a alta da urgência.
Resultado	Comparecimento à Atenção Primária após a alta	Avaliar a continuidade assistencial.
Resultado	Retorno ao serviço de urgência em 30 dias	Avaliar a recorrência precoce dos atendimentos.
Resultado	Retorno ao serviço de urgência em 90 dias	Avaliar a efetividade do acompanhamento longitudinal.
Resultado	Hospitalizações potencialmente evitáveis	Avaliar desfechos assistenciais relacionados às condições crônicas.
Resultado	Continuidade assistencial	Avaliar a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Organização do Fluxo Assistencial

O modelo estruturou um fluxo institucional baseado na identificação dos pacientes elegíveis, estratificação clínica, plano estruturado de alta, comunicação com a Atenção Primária e monitoramento longitudinal. Essa organização amplia o papel da urgência na coordenação do cuidado e estabelece uma estrutura permanente de avaliação por indicadores, favorecendo a melhoria contínua dos processos assistenciais.

DISCUSSÃO

O principal achado deste relato foi o desenvolvimento de um modelo organizacional capaz de incorporar a coordenação do cuidado ao fluxo assistencial de um serviço público de urgência, ampliando o papel tradicional desses serviços na Rede de Atenção à Saúde.

Diferentemente de modelos centrados exclusivamente na estabilização clínica do episódio agudo, a proposta apresentada estrutura a urgência como ponto estratégico para identificação de pacientes com doenças crônicas descompensadas, elaboração de planos estruturados de alta e articulação com a Atenção Primária à Saúde. Essa reorganização amplia a capacidade do serviço de contribuir para a continuidade assistencial e para a redução da fragmentação do cuidado.

A coordenação do cuidado é reconhecida internacionalmente como um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e um dos principais mecanismos para qualificar sistemas organizados em redes assistenciais^(5,7,9-10). Entretanto, sua efetividade depende da existência de processos formais de comunicação, compartilhamento de informações e responsabilização entre os diferentes níveis de atenção.

O modelo desenvolvido procura responder a essa necessidade ao estabelecer critérios objetivos de elegibilidade, mecanismos padronizados de comunicação e monitoramento longitudinal, favorecendo uma atuação integrada entre urgência e Atenção Primária. Nesse sentido, a experiência aproxima o serviço de urgência da lógica das Redes de Atenção à Saúde, reduzindo barreiras tradicionalmente associadas à fragmentação assistencial.

Outro aspecto relevante refere-se à continuidade do cuidado após a alta da urgência. A literatura demonstra que pacientes com doenças crônicas frequentemente experimentam descontinuidade assistencial durante a transição entre diferentes serviços, especialmente quando inexistem planos estruturados de alta ou comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos⁽⁷⁻¹¹⁾. Essas lacunas favorecem abandono do acompanhamento, utilização repetitiva dos serviços de urgência e hospitalizações potencialmente evitáveis. O modelo proposto busca transformar a alta da urgência em um processo organizado de transição do cuidado (care transition), no qual a definição do seguimento assistencial passa a integrar o próprio planejamento terapêutico realizado durante o atendimento do episódio agudo.

Essa perspectiva dialoga diretamente com os modelos contemporâneos de care transitions^(2,11), amplamente utilizados em sistemas de saúde orientados pela integração assistencial. Mais do que a simples transferência administrativa do paciente entre serviços, a transição do cuidado pressupõe compartilhamento estruturado das informações clínicas, definição clara das responsabilidades entre os profissionais e acompanhamento longitudinal após a alta. Ao incorporar essas etapas ao fluxo institucional, o modelo fortalece a segurança do paciente, reduz perdas de informação entre os diferentes pontos da rede e amplia a capacidade institucional de coordenar trajetórias assistenciais mais contínuas e resolutivas.

A proposta também apresenta elementos relacionados à navegação do paciente (patient navigation)⁽¹²⁾. Embora originalmente desenvolvidos para populações oncológicas e grupos vulneráveis, os modelos de navegação têm sido progressivamente incorporados ao manejo das doenças crônicas por favorecerem o acesso oportuno aos serviços, reduzir barreiras organizacionais e apoiar o paciente durante sua trajetória assistencial. No modelo aqui descrito, a identificação dos pacientes elegíveis, a elaboração do plano estruturado de alta e o monitoramento longitudinal constituem mecanismos organizacionais que favorecem a navegação do usuário pela Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para maior integração entre os diferentes níveis assistenciais.

Sob a perspectiva da gestão em saúde, o modelo também se aproxima dos princípios do Value-Based Healthcare^(4,13), ao deslocar o foco da assistência da resolução isolada do episódio agudo para a geração de valor ao longo da trajetória do paciente. A incorporação de indicadores relacionados ao comparecimento à Atenção Primária, recorrência de atendimentos, hospitalizações potencialmente evitáveis e continuidade assistencial amplia a capacidade de avaliar desfechos relevantes para pacientes, gestores e sistemas de saúde. Dessa forma, a urgência deixa de ser compreendida apenas como local de resolução imediata das intercorrências clínicas e passa a integrar estratégias voltadas à produção de melhores resultados em saúde, utilização mais eficiente dos recursos e fortalecimento da coordenação do cuidado.

Embora o modelo tenha sido desenvolvido em uma única unidade pública de urgência, seus componentes organizacionais apresentam potencial de adaptação para diferentes contextos do Sistema Único de Saúde^(1,8). Critérios de elegibilidade, planos

estruturados de alta, comunicação padronizada, monitoramento longitudinal e avaliação por indicadores constituem estratégias compatíveis com diferentes níveis de complexidade assistencial e podem ser incorporadas progressivamente por outras instituições interessadas em fortalecer a integração entre urgência e Atenção Primária. Essa característica amplia a possibilidade de replicação da experiência e reforça seu potencial como instrumento de reorganização dos processos assistenciais.

Por fim, este relato amplia a compreensão sobre o papel estratégico dos serviços de urgência na Rede de Atenção à Saúde^(1,8) ao demonstrar que esses serviços podem atuar como importantes dispositivos de coordenação do cuidado⁽⁵⁻⁷⁾ para pacientes com doenças crônicas. Ao integrar princípios da Atenção Primária, das transições do cuidado, da navegação do paciente e do Value-Based Healthcare^(4,13), o modelo apresentado contribui para reduzir a fragmentação assistencial e oferece uma estratégia organizacional potencialmente aplicável a outros serviços públicos de saúde que busquem fortalecer a continuidade do cuidado e a integração das Redes de Atenção à Saúde.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento de relato de experiência e ao caráter organizacional da intervenção descrita. O modelo foi desenvolvido a partir da realidade de um único pronto-socorro público municipal, inserido em contexto específico da Rede de Atenção à Saúde, o que pode limitar sua transferência direta para instituições com diferentes características assistenciais, organizacionais e estruturais.

Além disso, o manuscrito descreve o desenvolvimento de um modelo organizacional e de seus componentes, não contemplando a avaliação quantitativa de sua implantação ou de seus impactos sobre indicadores assistenciais e desfechos clínicos. Dessa forma, embora os indicadores de processo e de resultado tenham sido definidos para monitorar sua implementação, a efetividade do modelo deverá ser confirmada em estudos futuros que avaliem sua aplicação em diferentes contextos organizacionais.

Outra limitação refere-se à complexidade inerente à coordenação do cuidado, que depende não apenas dos processos desenvolvidos no serviço de urgência, mas também da capacidade de articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, da disponibilidade de recursos na Atenção Primária, da comunicação interinstitucional e do engajamento dos profissionais envolvidos. Esses fatores podem influenciar a implementação e os resultados do modelo em cenários distintos.

Apesar dessas limitações, a descrição sistematizada do modelo organizacional, fundamentada em evidências científicas e alinhada aos princípios da coordenação do cuidado, das Redes de Atenção à Saúde e da melhoria da qualidade, oferece um referencial potencialmente aplicável para apoiar iniciativas de integração assistencial em outros serviços públicos de urgência e emergência.

Contribuições para a Ciência

Este relato contribui para ampliar a compreensão sobre o papel estratégico dos serviços de urgência e emergência na coordenação do cuidado de pessoas com doenças crônicas, demonstrando que esses serviços podem atuar como componentes ativos da Rede de Atenção à Saúde e não apenas como locais destinados ao manejo de episódios agudos.

Ao estruturar um modelo organizacional baseado em critérios de elegibilidade, plano estruturado de alta, comunicação entre os níveis assistenciais, monitoramento longitudinal e indicadores de desempenho, o estudo oferece um referencial sistematizado para fortalecer a integração entre a urgência e a Atenção Primária à Saúde.

O modelo proposto também amplia o diálogo entre os referenciais da coordenação do cuidado, das transições do cuidado (care transition), da navegação do paciente (patient navigation) e da geração de valor em saúde (Value-Based Healthcare), aproximando conceitos amplamente discutidos na literatura internacional da realidade organizacional do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, contribui para reduzir a lacuna entre a produção científica e a implementação prática de estratégias voltadas à continuidade assistencial e à integração das Redes de Atenção à Saúde.

Além disso, o estudo disponibiliza uma estrutura organizacional potencialmente reproduzível em outros serviços públicos de urgência e emergência, oferecendo subsídios para gestores, profissionais e pesquisadores interessados na reorganização dos processos assistenciais, no fortalecimento da governança em rede e na implementação de modelos de cuidado centrados nas necessidades das pessoas com condições crônicas.

CONCLUSÃO

O modelo organizacional desenvolvido demonstra que os serviços públicos de urgência podem exercer papel estratégico na coordenação do cuidado de pessoas com doenças crônicas, ampliando sua atuação para além da estabilização clínica do episódio agudo. Ao incorporar critérios estruturados de elegibilidade, plano de alta, comunicação entre os diferentes níveis assistenciais, monitoramento longitudinal e avaliação por indicadores, o modelo fortalece a integração entre a urgência e a Atenção Primária à Saúde, favorecendo a continuidade assistencial e reduzindo a fragmentação do cuidado.

Os resultados evidenciam que a organização de fluxos institucionais voltados às transições do cuidado permite transformar a alta da urgência em uma oportunidade para reorganizar a trajetória assistencial dos pacientes na Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a coordenação do cuidado deixa de ser uma atribuição exclusiva da Atenção Primária e passa a constituir uma responsabilidade compartilhada entre os diferentes pontos da rede, fortalecendo a governança clínica e a integração dos serviços.

Embora o modelo tenha sido desenvolvido em um contexto específico do Sistema Único de Saúde, seus componentes organizacionais apresentam potencial de adaptação para diferentes serviços públicos de urgência e emergência, respeitando as particularidades locais e os diferentes níveis de maturidade organizacional. A utilização de indicadores de processo e de resultado também oferece condições para monitorar continuamente sua implementação e subsidiar ciclos permanentes de melhoria da qualidade.

Por fim, este relato reforça que a reorganização dos processos assistenciais representa uma estratégia viável para fortalecer a coordenação do cuidado e a continuidade assistencial de pessoas com doenças crônicas. A experiência apresentada amplia o papel da urgência na Rede de Atenção à Saúde, oferecendo um modelo organizacional potencialmente reproduzível para outros serviços do Sistema Único de Saúde e estabelecendo bases para futuras avaliações sobre seus impactos nos desfechos clínicos, organizacionais e na geração de valor em saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Transparência na contribuição dos autores segundo a Taxonomia [CRediT](#).

Conceitualização	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Curadoria de dados	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Análise formal	Não aplicável
Aquisição de financiamento	Não aplicável
Investigação	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Metodologia	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Administração do projeto	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Recursos	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Software	Não aplicável
Supervisão	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Validação	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Visualização	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Escrita - esboço original	Eduardo Luna de Oliveira Torres
Escrita - revisão e edição	Eduardo Luna de Oliveira Torres

DECLARAÇÕES

Conflitos de interesse	Não aplicável
Financiamento	Não aplicável
Aprovação ética	Não aplicável
Agradecimentos	Não aplicável
Preprint	Não aplicável
Inteligência Artificial	Não aplicável

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff.* 2011;30(4):746-754.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Aff.* 2008;27(3):759-769.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477-2481.
- Halberstadt BMK, Bousquat A, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado de usuários com condições crônicas na atenção primária à saúde: descrição interpretativa. *Texto Contexto Enferm.* 2025;34:e20240258. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2024-0258pt.
- Polati AM, Sarti TD, Fontenelle LF, Almeida PSC. Coordenação de cuidados na atenção primária para indivíduos com doenças crônicas. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2024;57(4):e220586. doi:10.11606/issn.2176-7262.rmp.2024.220586.
- Khatri R, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:750. doi:10.1186/s12913-023-09718-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- Gerlach FM, et al. A strong and sustainable primary care system is associated with a lower risk of hospitalization in high-risk patients. *Sci Rep.* 2021;11:4349. doi:10.1038/s41598-021-83962-y.
- Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-557.
- Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21(10):1614-1617.
- Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):573-576.
- Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(12):986-992. doi:10.1136/bmjqs-2015-004411.