

APS na Rede Assistencial e Coordenação do Cuidado

Claunara Schilling Mendonça, PhD. Docente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS/GHC, Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Email: claunara@ghc.com.br; cmendonca@hcpa.edu.br

O processo mais complexo na construção dos sistemas de saúde é a articulação dos pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão ainda incipientes se pretendemos que a Saúde da Família seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção.

Em relação à coordenação do cuidado, a maior parte dos estudos sobre integralidade e trabalho em rede apontam falhas nesse atributo, com consequências como custos mais elevados e usuários com maior carga de doença sendo mais afetados em seu cuidado. As reformas necessárias nos sistemas de saúde e na prestação dos serviços que diminuam sua fragmentação, e melhorem a integralidade do cuidado tem sido identificadas a partir dos desempenhos sub-ótimos (insuficientes) dos serviços de saúde (Auschra C, 2018).

A primeira parte tratará das barreiras para integração dos serviços e o trabalho em rede, focando na dimensão da oferta e prestação de serviços e da prática clínica, identificadas nessa revisão sistemática: na Oferta de serviços; falta de confiança dos profissionais de diferentes serviços, resistência às mudanças, competência profissional e problemas de comunicação, que são também as barreiras para a melhor prática clínica, quando o usuário utiliza diferentes serviços.

Na segunda parte da NT, serão apresentadas algumas proposições para integração dos serviços e coordenação do cuidado, baseadas no quadro de ação do Comitê Regional Europeu da OMS que apresenta os desafios dos Sistemas de Saúde para aumentarem a integralidade do cuidado num contexto global de envelhecimento da população, aumento das condições crônicas e multimorbidade, avanços exponenciais nas tecnologias digitais e aumento crescente dos custos em

saúde. As dimensões utilizadas por esses autores, são o cuidado centrado nas pessoas, a oferta das ações e serviços de saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. (Health Service Delivery Programme, 2016).

Essa NT está centrada somente na dimensão da Oferta das ações e serviços de saúde, as demais dimensões dos sistemas de saúde como financiamento, força de trabalho, sistemas logísticos e liderança/governança não serão apresentadas nesse texto.

A proposta é apontar algumas estratégias que estão ocorrendo nos sistemas de saúde cujo resultado tem reduzido a fragmentação e melhorado a coordenação do cuidado a partir da atenção primária e sua comunicação com os demais pontos da rede de atenção. Como a finalidade dessa nota é dar luz à principal estratégia brasileira de atenção primária à saúde, que é a Saúde da Família, e seu papel no fortalecimento das redes assistenciais, são apresentadas algumas soluções para reduzir as barreiras de colaboração interorganizacional no domínio da prestação de serviços e da prática clínica, apresentando: formas de organização da oferta de serviços, com exemplos de “QUEM”, “ONDE” e para “QUAL” população; a importância da padronização do cuidado e do desenho dos fluxos e da transição do cuidado, segundo riscos e vulnerabilidade estratificados. Apresenta em suas considerações finais, um “passo a passo” para uma rede assistencial orientada e coordenada pela APS.

NOTA TÉCNICA

APS na Rede Assistencial e Coordenação do Cuidado

Claunara Schilling Mendonça, PhD. Docente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS/GHC, Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Email: claunara@ghc.com.br; cmendonca@hcpa.edu.br

Essa Nota Técnica propõe uma reflexão e um levantamento de evidências, na literatura internacional e brasileira, dos motivos pelos quais os sistemas de saúde, incluído o Sistema Único de Saúde, apresentam barreiras para a integração dos seus serviços de saúde e quais estratégias os países tem buscado para romper essas barreiras. Parte de uma revisão sistemática que identificou barreiras de acesso para a integração dos serviços de saúde (Auschra C, 2018), apresentadas em cinco domínios de campos de ação social relevantes para a integração do cuidado, propostos por Kodner e Spreeuwenberg (2002). Os autores descreveram esses domínios partindo de análises do nível macro ao micro: administração/regulação, financiamento, organização, prestação dos serviços e prática clínica. Como a finalidade dessa nota é dar luz à principal estratégia brasileira de atenção primária à saúde, que é a Saúde da Família, e seu papel no fortalecimento das redes assistenciais, vamos apresentar as barreiras de colaboração interorganizacional dos domínios da prestação de serviços e da prática clínica nesse texto. As proposições para integração dos serviços e coordenação do cuidado são baseadas no quadro de ação do Comitê Regional Europeu da OMS que apresenta os desafios dos Sistemas de Saúde para aumentarem a integralidade do cuidado num contexto global de envelhecimento da população, aumento das condições crônicas e multimorbidade, avanços exponenciais nas tecnologias digitais e aumento crescente dos custos em saúde, e que também utilizam as dimensões do cuidado centrado nas pessoas e na oferta das ações e serviços de saúde. (Health Service Delivery Programme, 2016)

Introdução

A APS brasileira está implementada como política de Estado e definida em um formato **abrangente**, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2006).

Esse conceito evidencia que estamos construindo, no sistema de saúde brasileiro, uma atenção primária à saúde integral, ampla e abrangente e não a APS seletiva dos pacotes básicos para “pobres”.

Os sistemas municipais de saúde estruturados a partir da Estratégia Saúde da Família tem provocado um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS, que parte do primeiro contato com a população e das suas necessidades, com cuidado integral e longitudinal e coordena o cuidado dos usuários na rede de serviços (Starfield B, 2002). Apesar de robustas evidências que maiores coberturas de Saúde da Família apresentam melhores resultados em indicadores de saúde, as unidades básicas de saúde, exclusivamente públicas no Brasil, ainda somam 40,5% no modelo tradicional de atenção primária, ou seja, há uma duplicação de modelos com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que gera, no território, dificuldade de vinculação da população, competição pela inserção da força de trabalho e gastos adicionais desnecessários.

Além disso, a partir da pior política de austeridade fiscal imposta por um país, com a EC 55, de 2016, que impõe um teto de gastos federais para saúde com prazo de 20 anos, e mais recentemente, as mudanças nas políticas de financiamento da atenção primária do Governo Bolsonaro, ficam abertas as

brechas, para populações de baixa renda em grandes centros urbanos, de seguros de saúde para “pobres”, com propostas de APS seletiva, com pagamento do próprio bolso pela população de menor renda ou a entrada de serviços privados com limitada carteira de serviços, via saúde suplementar, financiados pela Agência Para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) criada pelo Decreto 10.283, de 20 de março de 2020.

Há, portanto, uma necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela saúde da família, bem como introduzir gerentes de unidades básicas de saúde capazes de implementar os mecanismos necessários para que a população adscrita às equipes usufrua dos atributos da APS que são: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção, focando no contexto familiar e comunitário e com competência cultural.

O processo mais complexo na construção dos sistemas de saúde é a articulação dos pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão ainda incipientes se pretendemos que a Saúde da Família seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção.

Em relação à coordenação do cuidado, a maior parte dos estudos sobre integralidade e trabalho em rede apontam falhas nesse atributo, com consequências como custos mais elevados e usuários com maior carga de doença sendo mais afetados em seu cuidado. As reformas necessárias nos sistemas de saúde e na prestação dos serviços que diminuam sua fragmentação, e melhorem a integralidade do cuidado tem sido identificadas a partir dos desempenhos sub-ótimos (insuficientes) dos serviços de saúde. (Auschra C, 2018),

Da fragmentação na Rede de Serviços

As barreiras de colaboração interorganizacional dos domínios da prestação de serviços e da prática clínica serão apresentados nesse capítulo. As proposições para integração dos serviços e coordenação do cuidado são

baseadas no quadro de ação do Comitê Regional Europeu da OMS que utiliza as dimensões do cuidado centrado nas pessoas e na oferta das ações e serviços de saúde.

BARREIRAS NO DOMÍNIO OFERTA DE SERVIÇOS

1. Falta de padrões tecnológicos comuns: um ambiente compartilhado de registros de informações sobre os usuários, entre diferentes pontos de atenção, é um dos grandes desafios para a colaboração interorganizacional. O compartilhamento e comunicação de dados é um desafio para além da infraestrutura de Tecnologia de Informação e sua interoperabilidade, as licenças e os tipos de compartilhamento permitidos, mas também diz respeito à forma como é implementada e às estruturas de poder e dependência entre os diferentes atores das redes assistenciais e suas dinâmicas inter-relacionadas. Por exemplo, se a introdução de um novo sistema, ao invés de reduzir os esforços, os amplia, fazendo com que os profissionais tenham que registrar seu trabalho mais de uma vez, ao invés de integrar, aumenta ainda mais a fragmentação (Ling, 2012).

2. Falta de confiança e de entendimento mútuo:

A falta de confiança interpessoal impede a colaboração (Stahl, 2010), e uma atmosfera de desconfiança pode levar a comportamentos territoriais e suspeição sobre a qualidade do trabalho do outro, dificultando a cooperação entre os profissionais de saúde nas organizações (Andersson, 2011). Além disso, a falta de confiança leva os parceiros a contestar os resultados de uma dada organização, por exemplo, exames e tratamentos dos usuários, coletando-os novamente, o que eleva custos, gera perda de tempo e confiança (Bang, 2016). Se um parceiro tem pouca compreensão dos objetivos, procedimentos e comportamento do (s) outro (s) as colaborações interorganizacionais não se materializam, são prejudicadas ou falham (Loisel, 2005).

3. Resistência à mudança: os profissionais não aceitam mudanças para implantação da colaboração interorganizacional se não vêem utilidade da colaboração ou temem a perda de sua própria existência profissional (Goldman, 1982 e Ling , 2012).

5. Competência Profissional: as diferentes experiências profissionais e origens de formação (médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, gerentes formados em escolas de administração/negócios) podem dificultar a colaboração interorganizacional (Dinesen, 2011 e van Hook, 1998). Hierarquias estabelecidas entre profissões, estruturas de poder, pressupostos culturais e valores profissionais divergentes definem condutas distintas. Isso pode causar conflitos na colaboração interorganizacional envolvendo trabalho interprofissional (Hudson, 1997 e Johnson, 2003). Tais conflitos levam à reação de passar a defender seu território profissional (Axelsson, 2009, Pate, 2010 e Behruzi, 2017). Além disso, o incentivo para cumprir tarefas fora da sua competência nuclear pode ser muito baixo (Hudson, 1997).

6. Falta de comunicação: O diálogo insuficiente entre os parceiros organizacionais pode impedir a colaboração, visto que a transferência de conhecimento necessária e a troca de informações, por exemplo, são dificultadas. Além disso, a falta de comunicação pode levar a ambiguidades nas responsabilidades e quanto aos objetivos da colaboração (Andersson, 2011 e Boothrovd, 2015).

BARREIRAS NO DOMÍNIO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Questões de confidencialidade: leva à falta de informações compartilhadas sobre pacientes específicos (Cooper, M, 2016). Esta barreira foi especialmente

mencionada em estudos sobre a prestação de cuidados de saúde mental integrados (Whiteford,2014 e Cooper, 2016).

2. Troca de informações: intimamente relacionada e, às vezes, causada por questões de confidencialidade, pode impedir o trabalho conjunto entre as organizações. Pode, referir-se a dados sobre resultados de testes antigos ou aos planos/conduas médicas dos usuários nos encaminhamentos (Lyngsø, 2016). Ocorre por falta de acesso a determinados repositórios de dados e pode aumentar o risco de erros e equívocos e, em certas áreas, como a da saúde mental, comprometer a segurança dos funcionários e usuários (Hansson, 2010).

Rumo à integração dos serviços na Rede Assistencial

Existem fortes evidências de que a prestação integrada de serviços de saúde, como uma intervenção complexa, contribui para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, o acesso, reduz hospitalização e re-hospitalização e aumenta a adesão aos tratamentos (WHO,2015; Ovretveit, 2011; MacDonald. 2007 e Nolte, 2008)

Há também algumas evidências de que o cuidado coordenado contribui à eficácia dos serviços e à melhoria do estado de saúde (Dudley, 2011 e Lê,2014).

Vilaça, em sua publicação de 2019, sistematiza resultados, de diferentes países, de que redes de atenção integradas melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde. (Mendes, 2019)

Do ponto de vista organizacional e da alocação de recursos, melhora a eficiência global do Sistema de Saúde, limita a multiplicação de infraestrutura e serviços de forma desordenada e desorganizada, produz uma oferta balanceada de atenção primária e especializada, facilita a utilização dos diferentes níveis de atenção, reduz a utilização excessiva de serviços e exames, aumenta a produtividade, melhora o custo efetividade dos serviços de saúde, reduz

hospitalizações desnecessárias e reduz o tempo de permanência hospitalar (Mendes, 2009).

Do ponto de vista individual, melhora o atendimento às necessidades e expectativas dos indivíduos, a continuidade da atenção gera uma maior efetividade clínica, melhora o autocuidado, aumenta a satisfação dos usuários e melhora a qualidade da atenção em crianças com asma, idosos frágeis e portadores de hipertensão, diabetes, depressão e insuficiência cardíaca (Mendes, 2009).

Coordenação na Oferta dos Serviços

As reformas necessárias nos sistemas de saúde e na prestação dos serviços que diminuam sua fragmentação, e melhorem a integralidade do cuidado tem sido identificadas a partir dos desempenhos sub-ótimos (insuficientes) dos serviços de saúde. O ajuste nos processos que dizem respeito à função da prestação de serviços, devem ser distinguidos das demais funções do sistema de saúde (financiamento, força de trabalho, sistemas logísticos e liderança/governança) (Svab I,2016), provocando as mudanças necessárias na oferta, que irão modificar os resultados finais de qualidade dos sistemas de saúde.

A organização da oferta de serviços, baseada nas necessidades da população, pode ser orientada por um conjunto de intervenções populacionais baseadas em evidências, eficácia e viabilidade de implementação. Essa população deve ser estratificada ou ter aplicadas sobre ela modelos preditores de risco, cujos resultados deverão definir as ações e quais os serviços de saúde deverão ser acionados, para, de forma pró-ativa, atuar conforme os riscos e vulnerabilidades, reduzindo as desigualdades e melhorando os resultados em saúde.

São exemplos os cuidados gerenciados da Kaiser Permanente nos Estados Unidos (McCarthy D ,2009) que adotam a "pirâmide de cuidados" para atuar com intervenções baseadas na comunidade de acordo com três níveis de complexidade. O primeiro nível, composto por 65 a 80 % dos usuários cujas condições respondem a mudanças no estilo de vida e medicamentos, são

acompanhados pelas equipes de atenção primária, que reservam semanalmente, discussão de 10 a 20 casos, e são responsáveis (médico ou enfermeira) por entrar em contato, usualmente por telefone, com os que não estão atingindo os objetivos do tratamento, com roteiros preparados para transmitir comunicação consistente, O segundo nível, formado por 20 a 30 % dos pacientes com multimorbidade, regimes medicamentosos complexos, má adesão, idas à emergência, a equipe de atenção primária recebe o suporte de enfermeiras, assistentes sociais ou farmacêuticos treinados, que acompanham esses usuários entre 6 a 12 meses, e podem fazer parte da equipe de APS ou estarem localizados em outro centro de saúde, dependendo da organização local. O terceiro nível, composto por 1 a 5 % dos usuários são os que necessitam de cuidados intensivos e especializados, e recebem atenção especializada, usualmente de enfermeiras e farmacêuticos, especialista na morbidade complexa, exemplo, doenças cardiovasculares, enfermeiras provem suporte telefônico e educação em saúde, seguindo os usuários por 6 meses, para evitar novos eventos cardíacos. Farmacêuticos seguem os pacientes, até que estejam controlados para serem encaminhados para a atenção primária seguir o acompanhamento. Todos os profissionais envolvidos utilizam o mesmo registro de informações.

Na Europa, o modelo de estratificação de riscos (PRISM) utilizado no País de Gales, estratifica em quatro níveis o risco de idas à emergência ou internação em 12 meses, utiliza dados secundários de episódios do cuidado na APS e nas internações, juntamente com um indicador de vulnerabilidade social, que leva em consideração emprego, renda, moradia, meio ambiente, educação e saúde (Hutchings HA , 2013) e a estratificação da população com condições crônicas da região Basca, na Espanha (Basque Government, 2010).

2.1 DA OFERTA DOS SERVIÇOS

A forma como se organiza a oferta dos serviços – o “QUEM” e “ONDE” está sendo produzido o cuidado é estruturante nos sistemas de saúde. A performance dos sistemas de saúde depende da concepção da oferta do cuidado, da forma como se organizam os provedores (profissionais), como o serviço é gerenciado e se há monitoramento contínuo do desempenho do sistema. A inovação vai ocorrer nos tipos de serviço ofertados, por quem são ofertados e em que abrangência, desde a proteção à saúde, promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, manejo de doenças, reabilitação até os cuidados prolongados e terminalidade da vida e onde vão ocorrer, se na atenção primária, na comunidade, em casa, em instituições residenciais, no nível secundário, ambulatorios, farmácias e/ou dispensários, emergências ou hospitais.

As estratégias para inovar na oferta dos serviços tem sido apontadas como:

a) introduzir novas configurações de prestação de serviços e/ou redesenhar perfis de acordo com as novas concepções de cuidado, como o cuidado no fim da vida, no domicílio, centros de cuidados agudos, centros de reabilitação e cuidados prestados em farmácias;

(b) ofertar serviços com práticas e abordagem multidisciplinar pelas equipes, a fim de facilitar a comunicação regular e a troca de informações entre especialidades dentro e entre os níveis de atenção;

(c) ajustar os papéis e o escopo da prática dos provedores, incluindo a expansão de funções e substituição; e

d) facilitar o intercâmbio de informações através de mecanismos de comunicação, tais como consultas remotas por email ou telefone; plataformas de informação verticais, registros médicos compartilhados (inclusive com os pacientes); e redesenho de equipe, incluindo os gestores do cuidado para coordenarem a transição do cuidado.

As equipes multidisciplinares dentro e entre os níveis de atenção, tem sido bem documentadas como responsáveis por melhores resultados na saúde. A redução do tempo dos médicos com seus pacientes tem sido apontada como um motivo de insatisfação e de pior oferta de uma gama de serviços, por isso a

inclusão de assistentes médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores de saúde e treinadores leigos como forma de atender às necessidades não satisfeitas (Yarnall KSH , 2009, Campbell SM, 2001). O trabalho multiprofissional também incentiva a cultura do trabalho em equipe, em contraste com a tradicional hierarquia baseada no trabalho médico (Suter E, 2009; Aiken LH, 2012). Exemplos de equipes multiprofissionais em serviços de reabilitação para pacientes geriátricos, na Áustria, e para pacientes oncológicos, na Holanda, expandiram o escopo dos serviços prestados e reduziram as taxas de readmissão hospitalar (WHO Europe, 2016) .

No Chipre (Health Services Delivery Programme, 2016), em um esforço semelhante para ampliar o escopo dos serviços e apoiar os cuidados comunitários em saúde mental, equipes multiprofissionais incluindo psiquiatras, profissionais terapeutas, psicólogos e enfermeiros comunitários de saúde mental foram desenhados, e houve redução das hospitalizações dos pacientes psiquiátricos. Modelo semelhante é o do CAPS, no Brasil, com evidências de melhora na qualidade de vida, principalmente dos usuários alcoolistas após a tecnologia do acolhimento noturno nesse tipo de serviço (Martini P. 2020).

Exemplos como o de Odessa, na Ucrânia (Health Services Delivery Programme, 2016), que juntou, num mesmo serviço ambulatorial, o cuidado ao HIV, tuberculose e suporte para usuários de drogas injetáveis, em três salas consecutivas, fornecendo uma gama de serviços que anteriormente eram oferecidos em instalações separadas, melhorou a oferta e a adesão, integrando o local da oferta dos serviços.

O Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS), em seu documento Primary Care Today and Tomorrow: Adapting to Survive, da Deloitte, de 2016 (Deloitte, 2016) apresenta estratégias e boas práticas que melhoraram a integração e a oferta dos serviços. São exemplos dessas práticas, o Cuckoo Lane Surgery, em Londres, uma organização social liderada por enfermeiras, premiada pelo CQC em 2015, pelo "forte trabalho em equipe", que trabalha com populações vulneráveis de pacientes com condições crônicas complexas, por meio de quatro encontros/sessões com enfermeira junto a uma sessão/encontro de GP (medico

de família), com alta satisfação dos pacientes e 80% de utilização, crescendo de 4.400 usuários em janeiro de 2015 para 5.500 em fevereiro de 2016. Na Inglaterra está aumentado a proporção de consultas por enfermeira e 17% da força de trabalho das enfermeiras são em práticas avançadas.

O NHS Pilot Programme of Pharmacists in General Practice, ampliou para 658 serviços a presença do farmacêutico clínico, com significativas reduções em erros medicamentosos e aumento da eficiência na prescrição e dispensação de medicamentos. O aumento na adesão em torno de 10% em pacientes com asma, reduziu em 32% as consultas com GP e em 40% as hospitalizações (Deloitte, 2016).

Outra mudança importante, que diz respeito ao local do atendimento aos usuários são as consultas não presenciais, as teleconsultas. Os teleatendimentos são uma oferta de serviços de saúde, que podem incluir assistência clínica, educação de pacientes, informações em saúde e autocuidado via tecnologias de telecomunicações e comunicação digital (Tuckson RV, 2017). Um dos aspectos positivos da teleconsulta é que ela aumenta o acesso da população aos serviços de saúde diminuindo a iniquidade. Podem ser realizadas por vídeo, áudio e mensagens de texto, e tem sido prática comum em muitos países, principalmente dirigidas a pessoas portadoras de condições crônicas. Na Espanha, por exemplo, 10% dos diabéticos consultam pelo telefone. Tem sido muito utilizada para autoavaliações clínicas (como por exemplo automonitoramento dos níveis de glicemia, níveis pressóricos e saturação de oxigênio), acompanhamento clínico e educação do paciente. Problemas como asma, diabetes, DPOC e insuficiência cardíaca são freqüentemente abordados nesses formatos pelos profissionais de saúde, com inúmeras evidências de melhora na autoeficácia, na adesão e no controle dessas doenças (Dobson R, 2016; Carallo C, 2015).

2.2. DA PADRONIZAÇÃO NA OFERTA DOS SERVIÇOS

A padronização da prática clínica por meio de diretrizes, protocolos, algoritmos, é importante para definir papéis e responsabilidades específicas dos profissionais de saúde (Nicholson C, 2013; Suter E, 2009) para a tomada de decisões compartilhadas e para apoiar a ação interdisciplinar na multimorbidades que exige atendimento personalizado e simultâneo. Também é um recurso para superar a inércia clínica, deixando claro quando iniciar ou intensificar os serviços e evitar erros.

A utilização de diretrizes clínicas pelos profissionais, depende também da oferta da infra-estrutura adequada, em cada um dos pontos da rede.

2.3 DO DESENHO DOS FLUXOS: CAMINHOS E TRANSIÇÕES

O fluxo dos usuários entre diferentes serviços, que vem sendo chamado de “Transição do Cuidado”, não deve ser considerado como um fluxo linear de um provedor ao outro, mas como um trânsito complexo de encaminhamentos e contrarreferências, com utilizações paralelas de serviços. Revisão sistemática demonstrou grandes limitações tanto no encaminhamento dos médicos da APS para os especialistas, com informações insuficientes, como, seu retorno, a contrarreferência, atrasadas e inadequadas (Bodenheimer T, 2008). Quando os pacientes são hospitalizados, os médicos da atenção primária não são notificados no momento da alta, as notas de alta contém informações insuficientes ou não chegam à APS, e num estudo estadunidense, em 66% dos casos de pacientes internados, os médicos da atenção primária contataram ou trataram os pacientes após a alta hospitalar sem acesso à nota de alta, sem resultados de exames nem tratamento proposto (Kripalani S, 2007).

Esse fluxo descoordenado é uma das principais causas de baixa qualidade dos serviços (Bodenheimer T, 2008, Ovretveit J, 2011), responsável por danos aos pacientes, ineficiência, devido à duplicação de exames e de tratamentos inadequados e por vezes, serviços conflitantes ao invés de complementares (Bodenheimer T, 2008). Além disso, vários estudos sugerem associações

positivas entre melhor coordenação do cuidado com redução de hospitalizações (Saultz JW, 2008), melhora na detecção de efeitos adversos das intervenções médicas e a maior utilização de serviços de prevenção (WHO, 2008).

O papel de regular os Sistemas de Saúde é uma das funções essenciais da gestão, tanto do ponto de vista da macrorregulação, ao regular, fiscalizar e controlar determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde, como na atenção à saúde, quando contrata, paga e regula o acesso à assistência. (Schilling CM, 2006)

A regulação do acesso é uma das estratégias para gerenciar as transições de cuidado. É o caso da APS como porta de entrada, na transição para a atenção secundária, assumindo a responsabilidade, além de prestar os cuidados, controlar o acesso a outros serviços especializados por meio de referências direcionadas, evitando o uso desnecessário de cuidados especializados. Revisão sistemática mostrou que intervenções educacionais ativas no contexto local, envolvendo especialistas da atenção secundária com protocolos de encaminhamento estruturados foram das poucas intervenções que mostraram impacto nas taxas de encaminhamento (Grimshaw JM, 2005). Outra estratégia é o cuidado multiprofissional nas transições entre os serviços, para episódios específicos de cuidado. (McCarthy D, 2009)

Na Irlanda, uma iniciativa de introdução de algoritmos clínicos aplicados em pacientes internados, que avalia o potencial para alta precoce e a possibilidade do paciente ser cuidado em casa, por enfermeiros comunitários resulta na elaboração de POPs (Procedimento Operacional Padrão), que são realizados para garantir um encontro presencial entre a equipe hospitalar e a comunitária designada para aquele paciente, seu cuidador e a elaboração conjunta de um plano de cuidados para o paciente voltar para casa (Health Service Delivery Programme, 2016; Nicholson C, 2013)

No Brasil, o crescimento da APS e da Saúde da Família, ampliou o acesso à 60% da população, e incluiu mais de 600 mil trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Essa força de trabalho, porém, representa menos de 20% de toda a força de trabalho do SUS, ainda concentrada na rede hospitalar e nas emergências e

pronto-atendimentos. Para a APS estar no centro da engrenagem do nosso sistema de saúde, precisamos de mecanismos que ampliem a integração vertical, ou seja, que a APS coordene a transição do cuidado entre diferentes serviços da rede de atenção, garantindo todas as complexas intervenções que nossa transição demográfica e epidemiológica exige, ampliando a confiança dos usuários de que terão o que precisam, pois tem uma referência longitudinal das suas necessidades. Para a integração entre hospital e APS, nos casos usuais, as instruções devem ser dadas por escrito, em um sumário de alta, já para os casos complexos, esses requerem contato pessoal entre as diferentes equipes. Nos casos complexos, as equipes hospitalares acompanham o seguimento no outro serviço entre 3 e 7 dias após a alta e a APS segue o protocolo gerado na alta de transição do cuidado, onde estão incluídos, principalmente a reconciliação medicamentosa, as instruções da alta e o seguimento, com revisão de sinais de alerta de exacerbações e, nos casos complexos, gestão do caso, no mínimo 30 dias após a alta. São exemplos de serviços, como da Harvard Medical School, com larga experiência na integração da APS e dos serviços hospitalares e da reforma no estado de Massachusetts, com o Obama Care (Janet R, 2013).

Nesse nível operacional da prestação de serviços clínicos ou não, ofertados pela força de trabalho em saúde, a responsabilidade atribuída para a coordenação de cuidados pode ser a um indivíduo ou equipe específica da atenção primária. A integração pode envolver uma variedade de ferramentas e estratégias, tais como a enfermagem, gerente de casos, enfermarias virtuais, em que equipes integradas apoiam pacientes com necessidades complexas na comunidade; dispositivos eletrônicos (Eletronic Medical Record - EMR) e outras tecnologias de informação, que permitem acesso às informações de saúde/exames, para pacientes e provedores e telessaúde e telecuidado para ajudar os pacientes a viver de forma independente e minimizar os deslocamentos desnecessários.

Considerações Finais

Já existem fortes evidências de que a prestação integrada de serviços de saúde, como uma intervenção complexa, contribui para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, o acesso, e a redução de hospitalização e re-hospitalização e o aumento na adesão aos tratamentos (WHO, 2015; Ovretveit J, 2011; McDonald KM, 2007; Nolte E, 2008). Há também algumas evidências de que, como uma intervenção complexa, o cuidado integrado contribui à eficácia dos serviços e à melhoria do estado de saúde da população (Dudley L , 2011; Le G, 2014). No Brasil temos inúmeros estudos que mostram redução das internações sensíveis à APS, associadas à cobertura da Saúde da Família, bem como redução de idas à emergência, maior entre os mais pobres, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Dourado, 2016).

O SUS, no Brasil, como um sistema universal, precisa promover boa saúde para sua população e ser equânime na distribuição dos seus recursos, para isso, precisa organizar sua rede assistencial de acordo com as necessidades da sua população, dos valores da sociedade, e articular seus diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de sua sociedade.

A rede de serviços orientada e coordenada pela atenção primária deve partir de um planejamento com base na população e ter:

1. o **registro da população por meio de sistemas informatizados**; sobre essa população,
2. a **infraestrutura física e de equipamentos adequada**, inclusive de recursos humanos;

3. a implantação de **diretrizes clínicas** que levem em conta classificação de risco e vulnerabilidade, e conseqüentemente
4. a definição da **programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas**, inclusive para a necessidade de atenção compartilhada, adscrevendo também a população para cada especialista focal;
5. a **regulação de acesso do que não é urgência e emergência** nem alto custo (regulados por mecanismos específicos), ou seja, do que é eletivo, e conhecido pelo planejamento e programação a partir da população, fica à cargo da atenção primária;
6. um mecanismo de comunicação da atenção primária como centro de comunicação da rede – sistemas eletrônicos de comunicação, **prontuário eletrônico**, listas de espera inteligentes (que incorporem a classificação de risco/vulnerabilidade). Na própria APS, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e informações são geradas em diferentes lugares (diagnóstico) ou com outros especialistas, para aconselhamento ou intervenções curtas ou para pacientes específicos, por longos períodos.
7. a capacidade dos profissionais de APS “fazerem a coisa certa” – introdução de **tecnologias de gestão da clínica**, na perspectiva de segurança dos pacientes.

Ainda em relação à gestão descentralizada do SUS, 80% dos municípios brasileiros tem uma população menor de 20 mil habitantes. Para esses municípios, faz-se necessário o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e de suas estruturas regionais, bem como a valorização dos Colegiados de **Gestão Regionais**, responsáveis pela pactuação do fluxo dos usuários na rede de serviços intermunicipais. Nos municípios maiores, onde se concentra a duplicidade dos modelos de atenção básica, deve-se superar o enfoque da atenção primária

seletiva, para pobres, expandindo-a para populações economicamente integradas. Toda a população brasileira deve receber a oferta de serviços excelentes de atenção primária, de forma a que não fique sujeita a gastos do próprio bolso em seguros privados de saúde, que não geram confiança, tampouco tem bons indicadores de saúde, e que seja possível, com recursos públicos na atenção primária, reverter os somente 41,6% dos gastos públicos com saúde no Brasil dos 8,45 do Produto Interno Bruto (<http://apps.who.int/ghodata/>).

A **atenção primária resolutiva** é capaz de conduzir à sociedade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social. Os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para a manutenção da maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde, e que em tempos de pandemia, mais do que nunca, deve estar orientado pela Saúde da Família.

Referências

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 21];344. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/>

Andersson, J, Bengt, A, Axelsson, SB, Eriksson, A and Axelsson, R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – An international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 2011; 11(11): e137. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.670>

Auschra, C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(1): 5, 1–14. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3068>

Axelsson, SB and Axelsson, R. From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 2009; 23(4): 320–30. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820902921811>

Bang Christensen, JK. Does telecare improve interorganisational collaboration? *International Journal of Integrated Care*, 2016; 16(4): 1–10. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2462>

Basque Government. A strategy to tackle the challenge of chronicity in the Basque Country. Basque Country: Basque Government - Department of Health and Consumer Affairs; 2010.

Behruzi, R, Klam, S, Dehertog, M, Jimenez, V and Hatem, M. Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: A case study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2017; 17(2000): 1–14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>

Bodenheimer T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008 Mar 6;358(10):1064–71.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

Brasília, 2006. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/09/DesenvolvimentodeSistemaseServicosdeSaude.pdf>. Access: April 10, 2018.

Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323.

Carallo C, Scavelli FB, Cipolla M, Merante V, Medaglia V, Irace C, et al. (2015) Management of Type 2 Diabetes Mellitus through Telemedicine. *PLoS ONE* 10(5): e0126858. doi:10.1371/journal.pone.0126858.

Deloitte - Primary care today and tomorrow Adapting to survive. November 2016. <https://www2.deloitte.com/uk/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/primary-care-today-and-tomorrow.html>

Dobson R , Whittaker R, Jiang Y, Shepherd M, Maddison R, Carter K, Cutfield R, McNamara C, Khanolkar M and Murphy R. Text message-based diabetes selfmanagement support (SMS4BG): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* (2016) 17:179.

Dourado I; Medina MG e Aquino, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health* (2016) 15:151.

Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*.
Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*.

Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/the-european-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016>

Hutchings HA, Evans BA, Fitzsimmons D, Harrison J, Heaven M, Huxley P, et al. Predictive risk stratification model: a progressive cluster-randomised trial in chronic conditions management (PRISMATIC) research protocol. *Trials*. 2013. Dec 1;14(1):1–10.

Janett, R. Massachusetts Health Reform: Approaching Universal Coverage. UNICO Studies Series 7 Massachusetts Health Reform: Approaching Universal Coverage¹ Robert S. Janett, M.D., F.A.C.P. The World Bank, Washington DC, January 2013.

Johnson, P, Wistow, G, Schulz, R and Hardy, B. Interagency and interprofessional collaboration in community care: The interdependence of structures and values. *Journal of Interprofessional Care*, 2003; 17(1): 69–83. DOI: <https://doi.org/10.1080/1356182021000044166>

Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007;297:831-41.

Lê G. The impact of universal health coverage, people centred care and integrated service delivery on key health system outcomes: a literature review in support of the WHO strategy on high quality, people-centred and integrated care to achieve universal coverage. Leeds: University of Leeds; 2014.

Ling, T, Brereton, L, Conklin, A, Newbould, J and Roland, M. Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English integrated care pilots.

International Journal of Integrated Care, 2012; 12(15): 1–12. DOI:
<https://doi.org/10.5334/ijic.982>.

Loisel, P, Durand, MJ, Baril, R, Gervais, J and Falardeau, M. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: Perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005; 15(4): 581–90. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>

Lyngsø, AM, Godtfredsen, NS and Frølich, A. Interorganisational integration: Healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *International Journal of Integrated Care*, 2016; 16(1): 1–10.

Martini P. Avaliação de efetividade no tratamento da dependência química através da aferição da qualidade de vida de usuários alcoolistas em um CAPSAD III . Trabalho de conclusão de curso para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. 2020.

McCarthy D, Muelle K, Wrenn J. Kaiser Permanente: bridging the quality divide with integrated practice, group accountability, and health information technology. *Commonw Fund*. 2009;17(1278),

Mendes EV, *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, ESP-MG, 2009.848 p. Mendes EV. *Os Desafios do SUS*. Brasília , DF. CONASS, 2019.

<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(528).

Nolte E, McKee M. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health

Nolte E, McKee M. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health

Ovretveit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011.

Pate, J, Fischbacher, M and Mackinnon, J. Health improvement: Countervailing pillars of partnership and profession. *Journal of Health Organization and Management*, 2010; 24(2): 200–17. DOI: <https://doi.org/10.1108/14777261011047354>

Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159–66.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Orgs.). *A política regulação do Brasil*. SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Orgs.). *A política regulação do Brasil*.

Brasília, 2006. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/09/DesenvolvimentodeSistemaseServicosdeSaude.pdf>. Access: April 10, 2018.

Stahl, C, Svensson, T, Petersson, G and Ekberg, K. A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2010; 20(3): 299–310. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9205-0>

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

Svab I, Boelen C, Maeseneer JD and Warner A. *Melhorando os Sistemas de Saúde. A Contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde. Um Guia da Organização Mundial dos Medicos de Familia (WONCA)*. Org: Michael Kidd. 2ª Ed. ARTMED, Porto Alegre, 2016.

Tuckson RV, Edmunds M and Hodgkins ML. Telehealth. Special Report. *N Engl J Med* 377;16 nejm.org October 19, 2017.

WHO Europe. Ferrer Lourdes. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. October 2015. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf?ua=1

WHO Europe. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Jun 2016. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/303026/Compendium-of-initiatives-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1

WHO, *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).

WHO, *Systems and Policies*; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-withchronic-conditions.-a-health-system-perspective>).

Systems and Policies; 2008

(<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-withchronic-conditions.-a-health-system-perspective>).

WHO strategy on high quality, people-centred and integrated care to achieve universal coverage. Leeds: University of Leeds; 2014.WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence.Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/>

WHO. REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 66th SESSION. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf%3Fua%3D1

WHO. The World Health Report 2008 - Primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.