



3º Seminário 2021 Rede APS

***Uma agenda política  
estratégica e de pesquisa  
para a APS no SUS***

Tema: Coordenação do cuidado

**Claunara Schilling Mendonça**

**Profa FAMED UFRGS**

**[cmendonca@hcpa.edu.br](mailto:cmendonca@hcpa.edu.br)**

# Coordenação

“harmonia em uma ação, esforço em comum”

Sem coordenação, a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade é dificultada e o primeiro contato torna-se administrativo

Starfield, 1998

# Coordenação nas Redes de Atenção

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 no Brasil.

Em relação à coordenação do cuidado, a maior parte dos estudos apontam suas falhas, com conseqüências nos custos mais elevados e quais usuários são 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.

# Barreiras da Integração

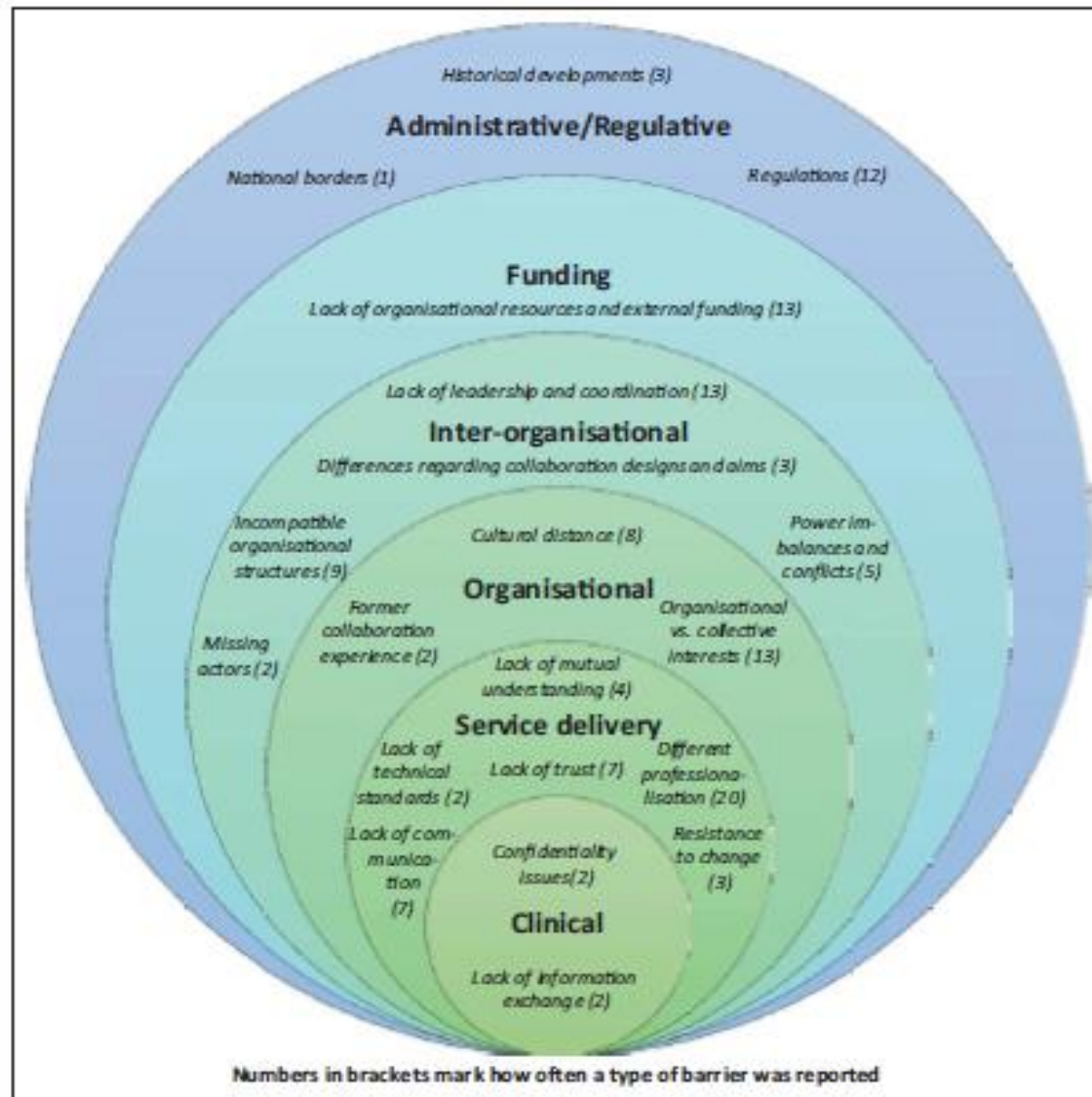


Figure 2: Barriers to the integration of care in inter-organisational settings.

# Resultados da fragmentação na oferta dos serviços

- **Duplicidade:** falta de padrões tecnológicos/interoperabilidade
- **Resistência à mudança:** os profissionais não aceitam mudanças se não vêem utilidade da colaboração ou temem a perda de sua própria existência profissional
- **Diferentes saberes/falta de padrões:** hierarquias entre profissões, estruturas de poder, pressupostos culturais e valores profissionais divergentes definem condutas distintas. Suspeição sobre a qualidade do trabalho do outro: desconfiança, duplicidade
- **Corporativismo:** defesa do seu território profissional. O incentivo para cumprir tarefas fora da própria competência tb pode ser muito baixo

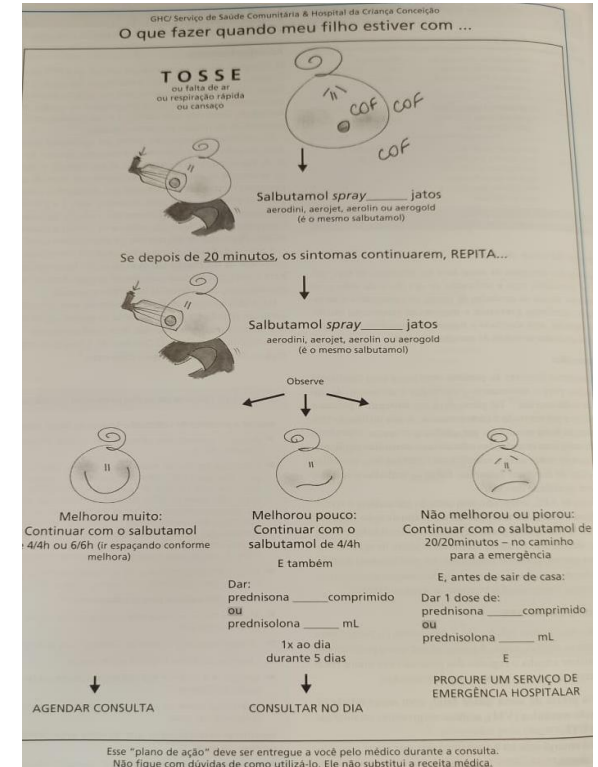
# Resultados da fragmentação na prática clínica

- Confidencialidade (saúde do trabalhador/saúde mental/doenças infecciosas)
- Conflitos no manejo (ex: crianças com problemas psiquiátricos, emocionais e ambientais)
- Mentalidade dos trabalhadores/confiança entre os diferentes níveis/locais (DPOC)

# Barreiras relacionadas à oferta dos serviços

**Falta de entendimento mútuo:** 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.

Ex: Plano de Ação da Asma: SSC e Pneumos Emergencia HCC



**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->

# Evidências da Integração na Rede de Serviços

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, reduz hospitalização e re-hospitalização e aumenta a adesão aos tratamentos (1-4).

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 (5-6).

1. 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/>).

2. Ovreteit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011 (<http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-qualityand-save-money>).

3. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Report No.: Vol.7: Care Coordination.

4. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-with-chronic-conditions.-a-health-system-perspective>).

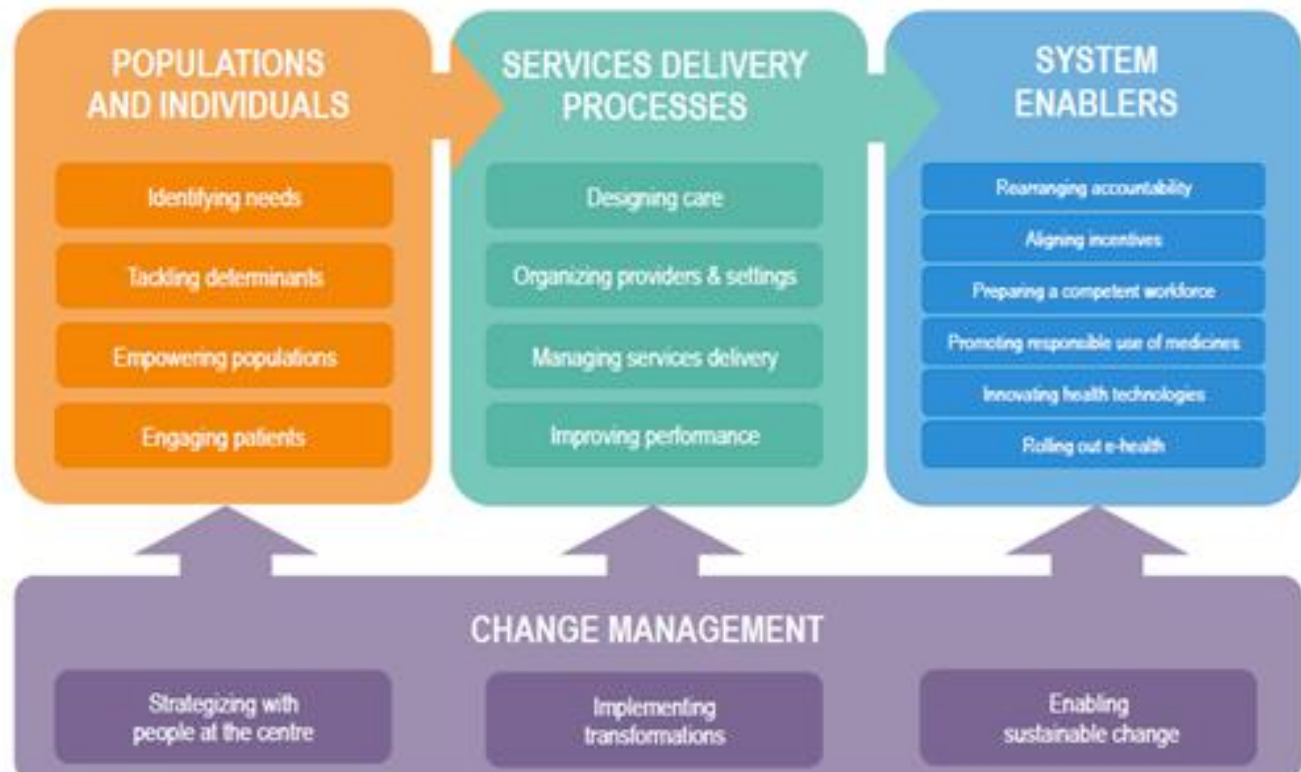
5. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. Cochrane Database Syst Rev.

2011;7. doi: 10.1002/14651858. CD003318. pub3.

6. 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.



## The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery



Fonte: World Health Organization. Regional Office for Europe.  
Copenhagen Ø, Denmark, 2016.

# 1. Pessoas no Centro:

“Identificar necessidades de saúde e trabalhar em parceria com populações e indivíduos, como pacientes, familiares, cuidadores e membros de comunidades, sociedade civil e grupos de especial interesse para apoiar comportamentos, habilidades e recursos promotores da saúde a fim de garantir que as pessoas tenham o potencial para assumir o controle de saúde, trabalhando também para enfrentar os determinantes da saúde e melhorar os resultados de saúde ao longo da vida sem discriminação por sexo, gênero, etnia e religião” .

São 4 as áreas identificadas para as ações estratégicas:

1. Identificar Necessidades em Saúde
2. Atuar sobre os Determinantes Sociais da Saúde
3. Capacitar (empower) indivíduos e populações
4. Engajar os pacientes: apoio ao auto-cuidado; decisões

compartilhadas; suporte por pares e suporte às famílias e cuidadores

## 2. Oferta dos serviços

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.

## 2.1. Padronização da prática clínica

A padronização da prática clínica por meio de diretrizes, protocolos, algoritmos, é importante para definir papéis e responsabilidades específicas dos profissionais de saúde (Nicholson, 2013; Suter, 2009); para a tomada de decisões compartilhadas e para apoiar a ação interdisciplinar na multimorbidade 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 infraestrutura adequada**, em cada um dos pontos da rede.

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).

Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. Healthc Q Tor Ont. 2009 Oct;13(Spec No):16–23.

## **2.2. 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.

## 2.3. DESENHO DOS FLUXOS: CAMINHOS E TRANSIÇÕES

Revisão sistemática demonstrou grandes limitações tanto no referenciamento dos médicos da APS para os especialistas, com informações insuficientes, como, seu retorno, a contrarreferência, atrasadas e inadequadas (Bodenheimer, 2008).

Outra RS 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, 2005).

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

Grimshaw JM, Winkens R a. G, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD005471.

### **3. DESENHO DOS FLUXOS: CAMINHOS E TRANSIÇÕES**

Outra estratégia é o cuidado multiprofissional nas transições entre os serviços, para episódios específicos de cuidado (McCarthy,2009).

Ferramentas: enfermagem de especial interesse, 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.

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)

Harvard Medical School (experiência na integração da APS e dos serviços hospitalares)

Reforma no estado de Massachusetts, com o Obama Care (Janet R, 2013).

Reforma da região Basca na Espanha

Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview. (Irlanda, POPs)

**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 da força de trabalho;
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.



# Referencias

- 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>
- 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>
- 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.
- Hansson, J, Øvretveit, J, Askerstam, M, Gustafsson, C and Brommels, M.** Coordination in networks for improved mental health service. *International Journal of Integrated Care*, 2010; 10(3): 1–9. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.511>
- Goldman, HH.** Integrating health and mental health services: Historical obstacles and opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 1982; 139(5): 616–20. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.139.5.616>
- Dinesen, B, Seeman, J and Gustafsson, J.** Development of a program for tele-rehabilitation of COPD patients across sectors: Co-innovation in a network. *International Journal of Integrated Care*, 2011; 11(7): 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.582>
- van Hook, MP and Ford, ME.** The linkage model for delivering mental health services in rural communities: Benefits and challenges. *Health & Social Work*, 1998; 23(1): 53–60. DOI: <https://doi.org/10.1093/hsw/23.1.53>
- Hudson, B, Hardy, B, Henwood, M and Wistow, G.** Strategic alliances: Working across professional boundaries: Primary health care and social care. *Public Money & Management*, 1997; 17(4): 25–30. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9302.00088>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Boothroyd, RA, Evans, ME, Chen, H-J, Boustead, R and Blanch, AK.** An exploratory study of conflict and its management in systems of care for children with mental, emotional, or behavioral problems and their families. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2015; 42(3): 310–23. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9448-1>
- Whiteford, H, McKeon, G, Harris, M, Diminic, S, Siskind, D and Scheurer, R.** System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: A qualitative systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014; 48(10): 895–906. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867414541683>
- Cooper, M, Evans, Y and Pybis, J.** Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health & Development*, 2016; 42(3): 325–42. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Hansson, J, Øvretveit, J, Askerstam, M, Gustafsson, C and Brommels, M.** Coordination in networks for improved mental health service. *International Journal of Integrated Care*, 2010; 10(3): 1–9. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.511>