



Dezembro de 2021
Nota Técnica

APS na Rede Assistencial e Coordenação do Cuidado

Claunara Schilling Mendonça – Grupo Hospitalar Conceição – GHC
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Introdução

Esta 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 têm buscado para romper essas barreiras. Parte de uma revisão sistemática que identificou barreiras de acesso à integração dos serviços de saúde (Auschra C, 2018), apresentadas em cinco domínios de campos de ação social relevantes para a integração do cuidado, barreiras propostas por Kodner e Spreeuwenberg (2002). Os autores descreveram esses domínios partindo de análises do nível macro ao micro: administração e regulação, financiamento, organização, prestação dos serviços e prática clínica. Como a finalidade desta Nota é dar luz à estratégia brasileira de atenção primária à saúde, que é a Saúde da Família, e seu papel no fortalecimento das redes assistenciais, vamos apresentar neste texto as barreiras de colaboração interorganizacional dos domínios da prestação de serviços e da prática clínica. 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 aumentar 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 utiliza as dimensões do cuidado centrado nas pessoas e na oferta das ações e serviços de saúde.

A APS brasileira está implantada 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, orienta-se 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 têm 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 os usuários na rede de serviços (Starfield B, 2002). E, dessa forma, propicia maior racionalidade na utilização dos demais pontos da rede de cuidado.

A Saúde da Família, em um esforço tripartite que superou as divergências político-partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais, e tem se mostrado capaz de responder às demandas crescentes e complexas dos problemas de saúde da população brasileira, como é de se esperar num sistema orientado pela APS. A decisão brasileira de a Saúde da Família ser formada por uma equipe multiprofissional e orientada para um território de responsabilidade tem permitido

aumento na oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimento e morte, principalmente por motivos preveníveis por ações dos serviços de saúde.

Apesar das 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 de atenção primária com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que gera, no território, competição pela clientela, 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 a um país por meio da 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 limitadas 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, a 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 implantar os mecanismos necessários para que a população adscrita às equipes usufrua dos atributos da APS. Tais atributos compõem o acesso e utilização, i.e., o 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 indica falhas nesse atributo, com consequências tais 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 têm sido identificadas a partir dos desempenhos sub ótimos (insuficientes) dos serviços de saúde.

O desafio é encontrar as melhores experiências capazes de potencializar a integralidade do cuidado e relacioná-las com seus benefícios, ajustando os processos na função da **prestação de serviços**, aqui distinguidos das demais funções do sistema de saúde, como o financiamento, força de trabalho, sistemas logísticos e liderança e governança (Svab et al, 2013).

Da fragmentação na Rede de Serviços:

Os achados mais prevalentes na dimensão organizacional da oferta dos serviços e da clínica, segundo revisão sistemática de 2018, serão apresentados a seguir.

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,

em vez de reduzir os esforços, os amplia, fazendo com que os profissionais tenham que registrar seu trabalho mais de uma vez, em vez 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, como, 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 dos outros, 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). Essa barreira foi especialmente mencionada em estudos sobre a prestação de cuidados de saúde mental integrados (Whiteford,2014 e Cooper, 2016).

2. Falta de 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 e condutas 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 (Hansson, 2010).

Da Integração na Rede de Serviços

Existem fortes evidências 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 nova hospitalização e aumenta a adesão aos tratamentos (WHO,2015; Ovretveit, 2011; MacDonald. 2007 e Nolte, 2008)

Há também algumas evidências que, como uma intervenção complexa, o cuidado integrado contribui para a eficácia dos serviços e para a 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.

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.

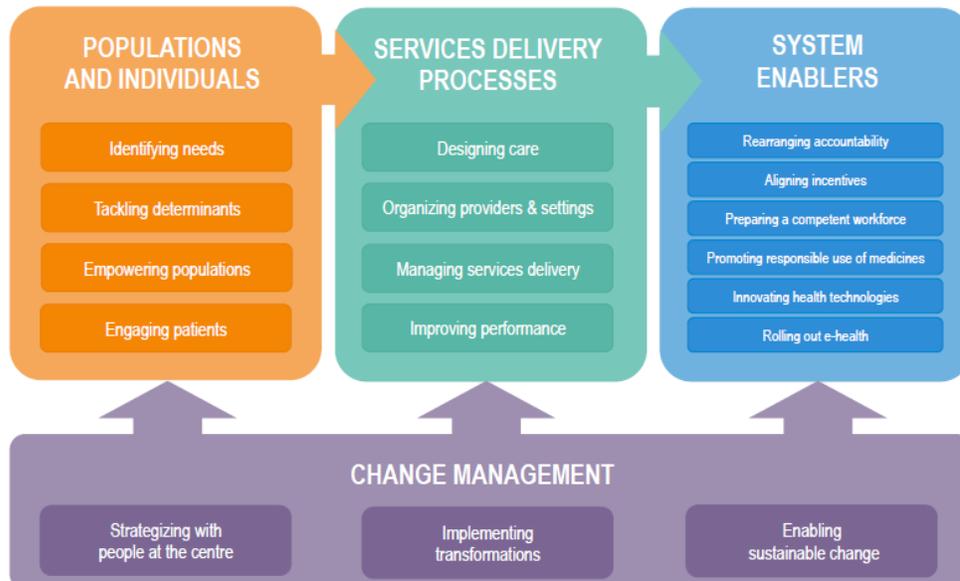
Do ponto de vista individual, melhora o atendimento às necessidades e expectativas dos indivíduos, a continuidade da atenção gera uma maior efetividade clínica, melhora o autocuidado, aumenta a satisfação dos usuários e melhora a qualidade da atenção em crianças com asma, idosos frágeis e portadores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

Rumo à integração dos serviços na Rede Assistencial

Segundo o Comitê Regional da OMS Europa, em seu quadro de ação para a prestação integrada de serviços de saúde, são três os objetivos que deverão ser alcançados para responder aos desafios da saúde do século XXI:

1. colocar as pessoas no centro do cuidado;
2. implantar as transformações na oferta dos serviços;
- e 3. dar sustentabilidade às mudanças.

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” (2).

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

As estratégias para responder às ações estratégicas são:

1.1. Identificar Necessidades em Saúde: estratificar risco e vulnerabilidade e fazer planos de acordo com essas estratificações de risco. O envelhecimento da população e as condições crônicas mudaram a direção da indústria da cura para a prevenção, manejo das doenças e bem estar a longo prazo. São medidas baseadas na população e que demandam mudanças na forma como os governos, provedores, usuários ou clientes e outros parceiros da sociedade interagem. Em relação aos mais vulneráveis, os sistemas de saúde e prestação de serviços devem ter uma estrutura de incentivos financeiros que promova um reequilíbrio entre o poder profissional e de quem está sendo cuidado.

1.2. Atuar sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS): a menor condição socioeconômica provoca um aumento de custos na saúde estimado em 20% na Europa (€177 bilhões). Na América Latina, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Cardiovasculares, Diabetes mellitus, Neoplasias e Doenças Respiratórias - reduzem 2% ao ano o PIB da região, pela redução da produtividade e aumento do custo por absenteísmo (6).

A Kaiser Commission Medicaid fez um levantamento e sugeriu iniciativas de soluções integradas que levaram em conta os DSS nos Sistemas de Saúde, seguindo a proposta da OMS : “Saúde em todas as Políticas” (7).

Em Camden, New Jersey, foi criada uma equipe de gerenciamento de cuidado em toda a cidade, formada por médico de família, enfermeira, assistente médico e assistente social, para conectar os hiper utilizadores do hospital da cidade com a equipe de emergência e a atenção primária. Resultados reduziram idas à emergência e melhoraram o manejo de condições de saúde (8).

The Harlem Children’s Zone, uma experiência de crianças com doenças crônicas em áreas de maior vulnerabilidade, avaliada por taxas de mortalidade maiores do que de outras regiões da cidade, oferece educação para os pais na gestação, um dia de pais, na pré concepção, centros comunitários após a escola, programas de fim-de-semana, educação nutricional, opções recreativas e oferta de serviços de

alimentação saudável para crianças (9). No Colorado, a redução da obesidade foi enfrentada por um programa para atividades físicas e pela conexão, entre três bairros contíguos, por meio da criação de parques, ciclovias, bicicletários, trilhas para bicicletas e pedestres e play grounds (9,10). Na Philadelphia, a iniciativa foi o aumento da oferta de produtos alimentares frescos em mais de 600 'lojas de esquina', aumentou a oferta desses produtos em mais de 60%, ampliando a atividade econômica local, postos de trabalho e geração de receitas locais (9).

A sinergia com outros setores, como educação e assistência social, também tem sido efetivada para casos específicos, como nos centros de desenvolvimento infantil da Bósnia, que oferecem oportunidade para aumentar a escolaridade dos pais ou, no caso do fortalecimento dos serviços de saúde mental e intervenções do serviço social, com a expansão de apoios na comunidade e a busca de oportunidades de emprego, casos da Bélgica e do Chipre (2,11).

No Brasil, estudos que consideraram os determinantes sociais da saúde nos resultados de morbimortalidade na Pandemia da SARS COV 19 confirmam a determinação social nos resultados não equânimes. Em estudo que comparou países com maior mortalidade (EUA, Brasil e Índia) àqueles com menor mortalidade (China, Nova Zelândia e Alemanha), ficou evidenciada a vulnerabilidade relacionada a fatores econômicos tais como comércio de mercadorias, e de saúde pública, como as imunizações, além da alta sensibilidade dos fatores políticos que significaram menor capacidade em orientar, coordenar e oferecer medidas de proteção à população, como o distanciamento social (Cartaxo, 2021).

Em relação às desigualdades socioeconômicas e o risco de infecção e morte por COVID 19, estudo que avaliou o crescimento das taxas de incidência e mortalidades nas UF brasileiras mostrou crescimento acentuado nas de maior desigualdade econômica, controlados os aspectos demográficos (Demenech, 2020). Outro estudo mostrou prevalência duas vezes maior de morte em adultos com baixa escolaridade em comparação aos com nível superior (Rezende, 2020); no estado do Rio de Janeiro, a idade (idosos), de cor preta, com doença cardíaca ou diabetes mellitus morreram mais pela COVID 19 (Oliveira MC, 2021). Em crianças, a morte por

COVID19 esteve associada à idade, a etnias indígenas, pobreza regional e condições médicas pré-existentes, reforçando as desigualdades de acesso à saúde, pobreza e comorbidades como contribuintes nessa sindemia (Oliveira E A, 2021).

1.3. Capacitar (empower) indivíduos e populações

Os sistemas de saúde têm a responsabilidade de estabelecer condições para que as pessoas aumentem seu potencial de cuidar de sua saúde. Isso se dá na forma de proteção do direito à saúde das pessoas e populações e no reconhecimento das barreiras para esse empoderamento, causadas por iniquidades de gênero, orientação sexual, etnia, religião, idade, incapacidades ou situação de imigração e ações para combatê-las.

Os profissionais e serviços de saúde devem ser porta-vozes da proteção dos direitos e da promoção de responsabilidades compartilhadas (decisões compartilhadas) com os indivíduos e famílias. A ampliação da 'alfabetização' (literacia) em saúde, para que as pessoas desenvolvam o conhecimento e habilidades que influenciam sua motivação, atitudes e acesso para entender e usar as informações sobre sua saúde e bem-estar, individualmente e em nível comunitário.

As evidências de que as intervenções que apoiam os indivíduos, suas famílias e comunidades para serem parceiros articulados e empoderados na saúde têm impacto positivo em uma série de resultados, incluindo melhor experiência do paciente e utilização de serviços, principalmente nas condições crônicas, como asma, DPOC, insuficiência cardíaca, diabetes e hipertensão, reduzindo internações, novas internações e idas à emergência (12), melhor educação em saúde (13) e aumento nos comportamentos mais saudáveis (14).

1. 4. Engajar os Pacientes

São quatro as estratégias para engajar 'pacientes (pessoas), famílias e cuidadores: o apoio ao autocuidado, as decisões compartilhadas, o suporte por pares e o suporte às famílias e cuidadores (15).

Apoio ao autocuidado (patient self-management)

Consiste em ajudar as pessoas a desenvolver conhecimentos, habilidades e confiança necessárias para administrar sua própria saúde, para cuidar de uma condição específica ou para se recuperar de um episódio de problemas de saúde. Ajuda as pessoas a incorporar informações de saúde baseadas em evidências em suas vidas diárias a fim de tornarem-se conhecedoras, confiantes, solucionadoras de problemas e cuidadores cotidianos. Também ajuda a monitorar suas condições e tomar as medidas adequadas, como, por exemplo, contatando os profissionais e serviços, quando necessário. As formas podem ser diversas, e variam desde a obtenção de informações passivas até intervenções ativas para mudança de comportamento, e podem incluir folhetos, vídeos, mensagens informativas, suporte por pares on-line, aconselhamento individual, grupos de educação em saúde, treinamento ou monitoramento por telefone, tecnologias para monitorar sintomas e intervenções psicodinâmicas para mudanças de comportamento.

As evidências do apoio ao autocuidado resultam em maior capacidade das pessoas de cuidar de si mesmas, benefícios atitudinais e comportamentais a respeito de suas condições, melhoram a qualidade de vida, os sintomas clínicos e o uso de recursos de saúde. Aumentam atividades físicas e condicionamento, reduzem a ansiedade, reduzem internações hospitalares emergenciais em condições crônicas, como DPOC, asma, insuficiência cardíaca e diabetes, e melhoram a adesão aos medicamentos e tratamentos.

Decisões compartilhadas

A tomada de decisão compartilhada é um processo interativo no qual os pacientes, suas famílias e cuidadores, em colaboração com seus provedores de saúde, escolhem as próximas ações em seus cuidados seguindo uma análise informada de possíveis opções, seus valores e preferências.

Os profissionais de saúde devem adaptar as ofertas de cuidado para as necessidades, demandas e expectativas dos usuários, e, dependendo da forma de pagamento dos provedores, o aumento da satisfação está associada a sua maior rentabilidade.

As ferramentas desenvolvidas na Europa, Canadá e USA têm sido treinamento de pacientes, acesso a auxiliares de decisão, informações sobre opções e manejo a partir dos registros que passam a ser mantidos pelo paciente; treinamento e motivação dos profissionais; desenvolvimento de políticas que incorporem a tomada de decisão compartilhada nos sistemas de saúde e avaliação da qualidade do processo de tomada de decisão compartilhada.

Os resultados da tomada de decisão compartilhada têm sido a melhoria da satisfação com o cuidado, embora haja pouca evidência disponível sobre segurança, cuidado oportuno ou equidade, o que parece sugerir que a decisão compartilhada não seja utilizada sozinha, mas como parte de outras intervenções multifacetadas.

Nesse sentido, a decisão compartilhada é uma tradução da Medicina Baseada em Evidências e do Método Clínico Centrado na Pessoa, ou seja, para a decisão compartilhada existir, o profissional de saúde deve ser capaz de dar poder às pessoas a partir do conhecimento, auxiliando-a na tomada de decisão conjunta. Porém, a quantidade de informações disponíveis, e de qualidade variável, exige formas de troca de informações mais compreensíveis pelos pacientes. Uma das ferramentas que vem sendo utilizada recentemente pelos médicos da APS é baseada no *Balance Sheet* (16), que são as *Fact Boxes* (17), resumos tabulares da melhor evidência disponível sobre os benefícios e os danos mais importantes de intervenções de diagnóstico, terapêuticas e preventivas e podem auxiliar na

comunicação, pelo entendimento dos benefícios e dos riscos de determinadas intervenções em saúde.

Suporte por pares

Oferecer e receber ajuda baseada na compreensão compartilhada entre pessoas em situações semelhantes. Os tipos mais comuns de formação por pares incluem ouvir o que as pessoas dizem, discutir ideias, orientar, treinar, fazer amizade e ajudar a obter acesso a serviços específicos. O apoio focado em atividades tais como grupos de exercícios ou clubes do livro são comuns. Outro tipo de apoio entre pares envolve serviços prestados por pares (remunerados), como aconselhamento dietético ou educação sobre como gerenciar as condições de saúde. As evidências da formação por pares são efeitos positivos na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, aumento na expectativa de vida, expansão do conhecimento de uma doença, melhora da autoeficácia, no estado de saúde autorrelatado e nas habilidades de autocuidado, incluindo a adesão aos tratamentos e redução do uso de serviços de emergência. Além disso, os provedores de apoio entre pares relatam menos depressão, maior autoestima e autoeficácia, melhor qualidade de vida, mais empoderados em sua própria jornada de recuperação e têm maior confiança e autoestima, sofrem menos auto estigmatização e se sentem mais valorizados. Se, eventualmente são empregados como 'formador por pares', sentem como uma maneira positiva e segura de reintrodução no mercado de trabalho e, assim, a retomada no papel social.

Suporte às famílias e cuidadores

Aproximadamente 80% das pessoas que necessitam de cuidados de longa duração receberão seus cuidados de cônjuges, parentes e amigos. A qualidade de vida dos cuidadores é geralmente pior do que a da população em geral, que precisam de apoio por muitas razões, porque tornar-se cuidador pode significar menor renda, isolamento, frustração, problemas de saúde e depressão. Muitas vezes, significa abrir mão de um rendimento regular, de perspectivas futuras de emprego e de direitos de pensão. Aqueles que conseguem manter um trabalho fora de casa fazem malabarismos entre seus empregos e suas responsabilidades como cuidadores,

principalmente lutando sozinhos sem ajuda disponível. O acesso à informação, o apoio financeiro e as interrupções no cuidado são vitais para ajudar os cuidadores a gerenciar o impacto em suas próprias vidas. No final do seu papel de cuidador, precisam de apoio para reconstruírem uma vida própria e para se reconectarem com a educação, o trabalho ou a vida social.

As abordagens incluem melhoria na comunicação entre os serviços, prestação de serviços por meio do chamado Triângulo de Cuidados, que envolve usuário do serviço, cuidador e profissional; educação e treinamento para funcionários e cuidadores; identificação e reconhecimento em cuidados primários, bem como em cuidados intensivos; continuidade de apoio; cuidados de fim de vida e apoio ao luto; e apoio à liderança e interrupções de assistência. Para cuidadores de pessoas com demência e doenças mentais, podem-se incluir descanso especializado de curto prazo, cuidados alternativos em casa e esquemas flexíveis de ofertas com intervalos personalizados (18).

2. Oferta dos Serviços, Integração entre Serviços e Cuidado em Redes

As reformas necessárias nos sistemas de saúde e na prestação dos serviços para diminuir sua fragmentação e melhorar a integralidade do cuidado têm sido identificadas a partir dos desempenhos sub ótimos, ou 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, i.e., financiamento, força de trabalho, sistemas logísticos e liderança e governança (19), 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 pacotes de serviços e um conjunto de intervenções populacionais baseadas em evidências, eficácia e viabilidade de implementação, como é o caso das DCNT, tuberculose, HIV e materno-infantis.

Essa população deve ser estratificada ou ter aplicadas sobre ela modelos preditores de risco, cujos resultados deverão definir as ações e quais serviços de saúde

deverão ser acionados, para, de forma proativa, 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 (20), que adota a ‘pirâmide de cuidados’ para atuar com intervenções baseadas na comunidade segundo três níveis de complexidade. 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 doze 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 (21). Utiliza, ainda, a estratificação da população com condições crônicas da região Basca, na Espanha (22).

Esses exemplos de inovação dependem de infraestrutura do sistema de saúde que forneça as informações, como censos, taxas de envelhecimento da população, situação marital, renda, taxas de doenças, que serão considerados na seção “Sustentabilidade: Sistemas de informação”.

Os pressupostos para o bom funcionamento da integração dos serviços de saúde são: **1. oferta dos serviços , 2. padronização da prática clínica e 3. desenho dos fluxos entre os serviços.**

2.1 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. O desempenho 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, ambulatórios, farmácias ou dispensários, emergências ou hospitais.

As ações para inovar na oferta dos serviços têm sido apontadas para:

a) introduzir novas configurações de prestação de serviços 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 por meio de mecanismos de comunicação tais como consultas remotas por e-mail 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 têm sido bem documentadas como responsáveis por melhores resultados na saúde. A redução do tempo dos médicos com seus pacientes tem sido alegada como um motivo de insatisfação e de pior oferta de uma gama de serviços, por isso a inclusão de assistentes, enfermeiros, nutricionistas, educadores de saúde e treinadores leigos como forma de atender às necessidades não satisfeitas (23,24). O trabalho multiprofissional também incentiva a cultura do trabalho em equipe, em contraste com a tradicional hierarquia baseada no trabalho médico (25, 26). 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 (11).

No Chipre (2), em um esforço semelhante para ampliar o escopo dos serviços e apoiar os cuidados comunitários em saúde mental, desenharam-se equipes multiprofissionais que incluem psiquiatras, profissionais terapeutas, psicólogos e

enfermeiros comunitários de saúde mental e houve redução das hospitalizações dos pacientes psiquiátricos. Modelo semelhante é o do CAPS, no Brasil, com evidências de melhoria na qualidade de vida, principalmente dos usuários alcoolistas após a tecnologia do acolhimento noturno nesse tipo de serviço (27).

Exemplos como o de Odessa, na Ucrânia (2), 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, 2016 (28), apresenta estratégia. e boas práticas para melhorar 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 complexa, por meio de quatro encontros ou sessões com enfermeira junto a uma sessão ou encontro de GP, i.e., médico 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 se elevando 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 (28).

Outra mudança importante, que diz respeito ao 'local' de atendimento aos usuários, são as consultas não presenciais, as 'teleconsultas'. Os teleatendimentos são uma oferta de serviços de saúde que pode incluir assistência clínica, educação de pacientes, informações em saúde e autocuidado via tecnologias de telecomunicações e comunicação digital (29). Um dos aspectos positivos da

teleconsulta é que ela aumenta o acesso da população aos serviços de saúde, reduzindo a iniquidade. Pode ser realizada 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 tais como automonitoramento dos níveis de glicemia, níveis pressóricos e saturação de oxigênio e para acompanhamento clínico e educação do paciente. Problemas como asma, diabetes, DPOC e insuficiência cardíaca são frequentemente abordados nesses formatos pelos profissionais de saúde, com inúmeras evidências de melhoria na autoeficácia, na adesão e no controle dessas doenças (30,31).

2.2. PADRONIZAÇÃO

A padronização da prática clínica por meio de diretrizes, protocolos, algoritmos é importante para definir papéis e responsabilidades específicas dos profissionais de saúde (32,33); 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.

2.3 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 (34). Quando os pacientes são hospitalizados, os médicos da atenção primária não são notificados no momento da

alta e as notas de alta contém informações insuficientes ou não chegam à APS. Em 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 (35).

Esse fluxo descoordenado é uma das principais causas da baixa qualidade dos serviços (34,36), responsável por danos aos pacientes e ineficiência devido à duplicação de exames e de tratamentos inadequados, e por vezes, a serviços conflitantes em lugar de complementares (34). Além disso, vários estudos sugerem associações positivas entre melhor coordenação do cuidado com consequente redução de hospitalizações (37), melhoria na detecção de efeitos adversos das intervenções médicas e maior utilização de serviços de prevenção (38).

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

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 da atenção primária para a secundária, assumindo a responsabilidade, além de prestar os cuidados, controlar o acesso a outros serviços especializados por meio de referências direcionadas, e evitar 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 (39). Outra estratégia é o cuidado multiprofissional nas transições entre os serviços, para episódios específicos de cuidado.

Na Irlanda, a iniciativa de introdução de algoritmos clínicos em pacientes internados, que avalia o potencial para alta precoce e a possibilidade de o paciente ser cuidado em casa por enfermeiros comunitários resulta na elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POPs), 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 (2,32).

No Brasil, o crescimento da APS e da Saúde da Família ampliou o acesso a 60% da população e incluiu mais de 600 mil trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Entretanto, essa força de trabalho 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 têm 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 os casos complexos, requerem contato pessoal entre as diferentes equipes. Nos casos complexos, as equipes hospitalares acompanham o seguimento no outro serviço entre três e sete 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 os da Harvard Medical School, com larga experiência na integração da APS e dos serviços hospitalares.

Nesse nível operacional da prestação ou não de serviços clínicos ofertados pela força de trabalho em saúde, a responsabilidade atribuída para a coordenação de cuidados pode ser dada 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 para apoio a pacientes com necessidades complexas na comunidade; dispositivos eletrônicos (Eletronic Medical Record - EMR) e outras tecnologias de informação, que permitem acesso às informações de saúde ou exames para pacientes e

provedores e ‘telessaúde’ e ‘telecuidado’ para ajudar os pacientes a viver de forma independente, minimizando 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 e que o acesso reduz hospitalização e novas hospitalizações e aumenta a adesão aos tratamentos (70-74).

Há também algumas evidências de que, como uma intervenção complexa, o cuidado integrado contribui para a eficácia dos serviços e melhoria do estado de saúde da população (75,76). 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;**
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;

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 e 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 de instruir os profissionais de APS a ‘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 têm uma população menor do que 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 têm 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 resolutive** é capaz de conduzir a 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, que, em tempos de pandemia, mais do que nunca, precisa ser orientado pela Saúde da Família.

Referências

1. WHO. REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 66th SESSION. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen, Denmark, 12–15 September 2016.

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

2. 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>

3. 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>

4. Deloitte -2019 Global health care outlook Shaping the future.

<https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html>

5. David Ng, MD; Gord Vail, MD, MSc; Sophia Thomas, MD; Nicki Schmidt, RN Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department . CJEM 2010;12(1):50-7

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/53BA6C0CD46345CE612DDE5B14387E74/S1481803500012021a.pdf/applying_the_lean_principles_of_the_toyota_production_system_to_reduce_wait_times_in_the_emergency_department.pdf

6. World Bank: “Chronic Emergency: Why NCDS Matter”. Health, Nutrition and Population discussion Paper.2011. Washington DC: World Bank.

<http://documents1.worldbank.org/curated/en/267551468148765055/pdf/639270WP0Chron0Box0361533B00PUBLIC0.pdf>

7. “Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments,” American Public Health Association and Public Health Institute, 2013.

[http://www.phi.org/wp-content/uploads/migration/uploads/files/Health in All Policies-A Guide for State and Local Governments.pdf](http://www.phi.org/wp-content/uploads/migration/uploads/files/Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf)

8. Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) A Coalition Creates a Citywide Care Management System. Increasing and improving access to primary and specialty care for Camden, N.J.'s most vulnerable residents. Originally Published: January 13, 2011 Last Updated: June 13, 2014 Program Results Report Grant ID: 69124, 62061, 56562

9. Heiman HJ and Artiga S. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. The Kaiser Commission Medicaid and the Uninsured. Issue brief. November 2015.

10. Samantha Artiga and Elizabeth Hinton. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity . Disparities Policy. May 2018 | Issue Brief. <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>

11. 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

12. Purdy S, Paranjothy S, Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D et al. Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews. Bristol, UK: National Institute for Health Research; 2012)

13. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

14. Walker KO, Labat A, Choi J, Schmittiel J, Stewart AL, Grumbach K. Patient perceptions of integrated care: confused by the term, clear on the concept. Int J Integr Care. 2013;13:e004.

15. 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](#)

16. Eddy DM. Comparing benefits and harms: the balance sheet. JAMA. 1990;263(18):2493.

17. McDowell M and Rebitschek FG, Gigerenzer G, Wegwarth O. A Simple Tool for Communicating the Benefits and Harms of Health Interventions: A Guide for Creating a Fact Box.. MDM POLICY & PRACTICE/JULY–DECEMBER 2016
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2381468316665365>

18. The common core principles for working with carers. Skills for Care; 2012
(<http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Carers/Common%20core%20principles%20for%20working%20with%20carers.pdf>)

19. 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.

20. 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),

21. Welsh Index of Multiple Deprivation) 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.

22. 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.

23. Yarnall KSH, Ostbye T, Krause K, Pollak KI, Gradison M, Michener L. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. Prev Chronic Dis. 2009;6(2):A59.

24. 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.

25 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–

26 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/>

27. 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.

28. 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>

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

30. 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.

31. 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.

32. 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).

33. 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.

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

35. 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.
36. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011.
- 37 Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3(2):159–66.
38. WHO. The World Health Report 2008 - Primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
39. 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.
40. Mendes EV. Os Desafios do SUS. Brasília , DF. CONASS, 2019.
<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>
41. Milagres, R; Silva, SAG.; Rezende, O. Governança colaborativa. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Governança regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2016.
42. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107899/E91422.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-em>.
44. Rossi P. Impactos da Austeridade Fiscal no Brasil. Audiência Pública na Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal. Brasília: Senado Federal; 2017.
45. Saltman RB. Emory University. Brussels. European Observatory on Health Systems and Policies www.healthobservatory.eu.
46. Santos IS e Vieira SS Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7):2303-2314, 2018
47. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva, Switzerland, 2016. ISBN 978 92 4 151113 1.
https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf

48. Nacional Health System. Health Education England. (HEE). (<https://www.hee.nhs.uk>)

49. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 376(9756):1923–58. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5. Epub 2010 Nov 26.

50. Langins M, Borgermans L. Competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

51. Loch SC; Almeida CJC; Longhi DM e Medeiros, Lysiane de. Gerenciamento de Unidades de Saúde. Em: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2019

52. Dexheimer JW, Talbot TR, Sanders DL, Rosenbloom ST, Aronsky D. Prompting Clinicians about Preventive Care Measures: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 2008;15(3):311–20.

53. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6:CD000259.

54. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23(1):4–12.

55. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *J Eval Clin Pract*. 2006 Oct;12(5):559–68.

56. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/FI_NAL_foco_setembro2014_web.pdf

57. Vecina Neto, Gonçalo & Malink, Ana Maria. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

58. PRESCRIRE INTERNATIONAL APRIL 2013/VOLUME 22 N° 137. New drugs and indications in 2012 Sluggish progress, timid measures to protect patients. *Rev Prescrire* February 2013; 33 (352): 134-137.

file:///E:/redes/new_drugs_and_indications_in_2012_Sluggish_progress_timid_measures_to_protect_patients.pdf

59. ISMP's List of High-Alert Medications.

<http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>

60. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1214/GM/MS, de 13 de junho de 2012. Institui O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS).

61. Holloway K, van Dijk L. Rational use of medicines. Chapter in: *The world medicines situation 2011*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at:

http://who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/index.html

62. Leila Posenato Garcia, Luís Carlos Garcia de Magalhães, Ana Cláudia Sant'Anna, Lúcia Rolim Santana de Freitas e Adriana Pacheco Áurea. TD 1839 - Dimensões do Acesso a Medicamentos no Brasil: Perfil e Desigualdades dos Gastos das Famílias, Segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009, Rio de Janeiro, junho de 2013. https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=18633

63. Boing AC; Bertoldi AD; Boing AF; Bastos JL e Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(4):691-701, abr, 2013.

64. Viana KP; Brito A dos S; Rodrigues CS e Luiz RR. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. Rev Saúde Pública 2015;49:14.

65. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Sítio eletrônico da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil: <https://plone.ufrgs.br/pnaum>.

66. Health Technology Assessment. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 25:Supplement 1 (2009), 10.

67. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS / Ministério da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Departamento

Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

68. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007.

70. EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH). Expert Panel's reflection on priorities for the future of healthcare in the EU April 2019.

71. 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/>).

72. Ovretveit 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>).

73. 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.

74. 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>).

75. 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.

76. 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.

77. Gray, M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health. Elsevier Health Sciences, 2004.