



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

Coordenação do cuidado e APS nas redes e regiões

Patty Fidélis de Almeida, Maria Guadalupe Medina, Márcia Fausto, Ligia Giovanella, Aylene Bousquat, Maria Helena Mendonça

Coordenação dos cuidados pela APS – conceitos e concepções

A coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde (APS) promove melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde.

Na literatura internacional, identificamos uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado, mas podemos adotar aqui a proposição de Aleluia et al. (2017), elaborada a partir de estudo de revisão, que compreende a coordenação do cuidado como *“um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos”*.

A definição elaborada pelos autores foi inspirada, em grande medida, no modelo conceitual proposto por McDonald et al. (2014) (Figura 1) que parece ilustrar com exatidão o sentido atribuído à coordenação do cuidado: *“anything that bridges gaps”*. Nesse sentido, coordenar significa estabelecer conexões de modo a se alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica na organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/sistema de saúde) e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado necessário (McDonald et al., 2014). Na ilustração apresentada pelos autores, o objetivo central da coordenação do cuidado está no centro do diagrama enquanto os círculos coloridos representam alguns dos possíveis participantes, cenários e informações importantes no caminho e fluxo relacionado ao cuidado. O anel que conecta os diversos círculos é a coordenação do cuidado.

Quanto mais fragmentado é o sistema (multiplicidade de pessoas e serviços na provisão do cuidado) e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado (McDonald et al., 2014). A coordenação, portanto, não pode ser vislumbrada como algo estático ou supostamente dado. Pelo contrário, para que seja efetiva, deve ser concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema e, acrescentaríamos nós, às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. A coordenação pressupõe, portanto, a construção de redes dinâmicas, que existem no momento em que se produzem as ações de saúde e que exigem a cooperação dos atores envolvidos na problemática relacionada à integração das ações e serviços de saúde.

Há distintas perspectivas de percepção, análise e classificação da coordenação do cuidado. A mais conhecida e adotada no Brasil é a que distingue a coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde. Neste caso, pode-se pensar nas iniciativas e arranjos que são necessários para se integrar os serviços de saúde em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical).

A coordenação implica, portanto, no estabelecimento de relações entre organizações (do mesmo ou de diferentes níveis, da mesma ou de diferentes instituições) e entre pessoas (do mesmo ou de diferentes serviços, da mesma ou de diferentes instituições) (Contandriopoulos et al., 2001; Hartz & Contandriopoulos, 2004). Em nosso país, ainda que a literatura considere a existência da coordenação horizontal, a maioria dos estudos tem analisado e enfatizado a perspectiva organizacional estabelecida na integração entre diferentes níveis do sistema de saúde, como se verá adiante.

No desenrolar da prestação do cuidado ao indivíduo, as relações interpessoais e interorganizacionais são implementadas de diferentes maneiras, que correspondem a três tipos de coordenação: a coordenação seqüencial, quando um usuário encontra sucessivamente os profissionais ou organizações durante um episódio de doença; a coordenação recíproca, quando um usuário é tratado simultaneamente por diversos profissionais ou organizações; e a coordenação coletiva, quando uma equipe de profissionais ou organizações assegura continuamente a responsabilidade da tomada de decisão dos usuários segundo modalidades decididas conjuntamente (Contandriopoulos et al., 2001).

Podemos compreender que o modelo ótimo de coordenação adotado deve ser ajustado em função das necessidades do usuário e às distintas competências e formas de organização do sistema de saúde, e que vão requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma “*resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações*” no dizer de Hartz & Contandriopoulos (2004). Tais arranjos são implementados através de práticas de coordenação e envolvem fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações e a operação de mecanismos e instrumentos diversos. Uma ilustração desses fluxos e mecanismos pode ser visualizada no estudo de Aleluia et al. (2017) que avaliou a coordenação de cuidado no âmbito da APS em estudo de caso.

Para além da perspectiva conceitual e analítica que toma como foco o sistema de serviços de saúde – e, portanto, a governança e agenciamento que envolvem a articulação, interação e integração dos diferentes atores e organizações para o alcance do objetivo comum da prestação do cuidado oportuno, legítimo e válido – McDonald et al. (2014) destacam a importância das perspectivas do indivíduo/família e dos profissionais de saúde na concepção e mensuração da coordenação do cuidado. Sucessos e falhas na coordenação do cuidado serão percebidas e podem ser mensuradas diferentemente, de acordo com cada perspectiva, e para que uma análise seja suficientemente abrangente, precisa tê-las em consideração.

Os usuários e suas famílias experienciam falhas de coordenação especialmente nos pontos de transição (McDonald et al., 2014). É o que ocorre, por exemplo, quando o usuário precisa repetir sua história ao procurar diferentes profissionais de saúde (em um mesmo ou em distintos serviços), ou quando precisa repetir exames quando trafega entre diversos pontos de atenção. Leat et al. (2000) desenvolveram ferramentas de mensuração da coordenação do cuidado incorporando questões desse tipo. Em tais circunstâncias, o usuário acaba por ser o principal instrumento de coordenação e a ausência de outros mecanismos representa, também, desperdício de tempo e recurso, contribuindo com a ineficiência do sistema de saúde.

A perspectiva dos profissionais de saúde diz respeito ao que diversos autores têm denominado de coordenação ou de integração clínica (McDonald et al., 2014; Contandriopoulos et al., 2001) e se apoia na constituição das equipes de profissionais. Também aqui, a coordenação tanto se expressa no âmbito de uma equipe de saúde como entre unidades, ou entre estas e os dispositivos de apoio diagnóstico e terapêutico do sistema. Ela facilita a circulação eficiente e efetiva do usuário no sistema de saúde e envolve a determinação de para onde o usuário deve ser encaminhado, que informações precisam ser transferidas entre distintos serviços, e como as competências e responsabilidades são compartilhadas. Profissionais de saúde percebem falhas de coordenação especialmente quando o usuário é direcionado para o “lugar” errado no sistema de saúde ou quando há pouca efetividade na resolução do problema em função de troca de informações inadequadas (McDonald et al., 2014).

A coordenação do cuidado favorece a integralidade e a continuidade da atenção. Desde Alma Ata, tem se destacado a importância da APS na organização dos sistemas de saúde e os movimentos de reforma mais recentes têm assinalado a importância da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. No Brasil, a estruturação da Estratégia Saúde da Família como modelo de organização pôs em relevo o desafio do fortalecimento da APS na perspectiva de organização de redes de atenção, sendo a coordenação do cuidado, atributo fundamental da APS, o elemento central da integração e organização do sistema.

Posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial

Parte-se do pressuposto que somente uma APS fortalecida como parte de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais (Almeida et al., 2011). O reconhecimento de suas funções chave, ou seja, de sua posição na rede, representa elemento técnico e simbólico fundamental para a assunção das funções de guia do percurso terapêutico dos usuários em suas trajetórias assistenciais. Neste sentido, reformas direcionadas à ampliação dos serviços providos pela APS incluindo atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários, execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar,

introdução de equipes multiprofissionais, integração entre APS e saúde pública também conformam medidas pró-coordenação (Giovanella, 2006; Kringos et al., 2010). Ojeda et al. (2006) destacam que uma APS forte se caracteriza por ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

Estudos nacionais mostram que a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na APS, e desde então medidas para seu fortalecimento vem sendo implementadas em diferentes graus, como: ampliação de cobertura; desenvolvimento de estratégias de acolhimento; definição de sua função de porta de entrada preferencial e de filtro para a atenção especializada; articulação entre atendimento à demanda espontânea e programada; tentativas de articulação com os serviços de pronto atendimento; implantação dos Conselhos Gestores para fortalecer a relação entre as unidades de saúde de determinado território e diminuir a informalidade; articulação das ações de saúde pública, vigilância e assistência; além de fomentar maior reconhecimento profissional e social dos trabalhadores da APS, estas últimas ainda tímidas e insuficientes (Giovanella et al., 2009; Almeida et al., 2011; Fausto et al., 2014; Rodrigues et al., 2014).

De um modo geral, a explicitação nas políticas locais de saúde do papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF pode ser apontada como reconhecimento de sua importância estratégica na rede. Ainda que os profissionais de saúde devam ser acolhedores e que todos os pontos da rede estejam oportunamente disponíveis aos usuários, defende-se a APS como via de acesso principal, preferencial e rotineiro. Outras entradas devem ser a excepcionalidade em cenários de consolidação da APS. Por esse prisma, compreendemos que uma rede com porta de entrada difusa entre os diferentes pontos, em diferentes níveis, representa fragilização das eqAPS ou, ainda, a não valorização da mesma como lócus capaz de resolver problemas de saúde do cotidiano das pessoas. Em territórios cuja comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas pode inviabilizar os frágeis processos de coordenação e continuidade do cuidado (Almeida e Santos, 2015).

Rodrigues et al. (2014) em revisão dos estudos nacionais apontam também que a coordenação das redes pela APS passa pelo fortalecimento do papel do generalista na condução dos cuidados; incentivos adequados para equipes de APS desenvolverem ações de coordenação do cuidado; reconhecendo que estes não são processos espontâneos e precisam ser incentivados e facilitados; implantação de práticas baseadas no agir comunicativo; e alargamento de suas bases de apoio (Rodrigues et al., 2014). Harzheim et al. (2016) reconhecem a ampliação dos canais de comunicação com a população como importante mecanismo para consolidação da APS.

Silva e Andrade (2014) ao analisarem as políticas nacionais (2007/2011) não identificaram especificidades em relação ao objetivo de alcançar melhor coordenação dos cuidados pela APS. Contudo, um conjunto de políticas como a PNAB (2011), NASF, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o PMAQ cujo foco é o fortalecimento da APS se sobressaíram, ratificando a relação entre APS forte e melhor coordenação. Destacou-se a edição dos Cadernos de Atenção Básica, com protocolos e parâmetros técnicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, como facilitadores da coordenação dos cuidados, por qualificar os processos de referência e contrarreferência. O estudo mostrou, também, que na avaliação de gestores, os NASF foram considerados a principal estratégia para melhoria da coordenação dos cuidados ao ampliar a resolubilidade da APS e qualificar os processos de referência (Silva e Andrade, 2014). Análises dos resultados do PMAQ ratificam que o apoio matricial atua na qualificação

da atenção básica, agrega recursos de saber e potencializa a capacidade resolutive das equipes (Chaves et al., 2018).

É importante destacar que estudos demonstram desempenho superior em relação aos atributos da APS de UBS com equipes de Saúde da Família, demonstrando êxito da política ao apostar neste modelo para qualificação e fortalecimento da APS no país, ainda que os atributos de “acesso – primeiro contato/acessibilidade”, “orientação comunitária” e “orientação familiar” tenham se revelado insuficientes (Harzheim et al., 2016). Esses resultados reforçam evidências de que, apesar da ESF ser considerada a principal porta de entrada do sistema, ainda precisa ser organizada para tornar-se ordenadora do acesso à rede.

Em estudo realizado por Turci et al. (2015) para avaliação de desempenho da APS, o atributo da coordenação mostrou-se influenciado pelo maior número de características estruturais e organizacionais, sugerindo que UBS com maior número de equipes e tempo médico por EqAPS, adequada formação dos profissionais e presença de uma rede especializada articulada às unidades apresentaram maior probabilidade de ter um bom desempenho neste atributo.

Assim como o prontuário informatizado e utilização de TICs facilitam a relação entre APS e demais níveis, Santos e Ferreira (2012) destacam que o prontuário da família representa importante instrumento para a coordenação horizontal, embora tenham identificado falta de padronização do registro das informações, da classificação e do arquivamento, e pouca utilização de seu conteúdo informacional no processo de trabalho das EqAPS. Venâncio et al. (2016) identificam dificuldades em relação ao acesso das eqAB aos exames realizados na atenção especializada, o que compromete a continuidade do cuidado e realização de busca ativa dos usuários com exames alterados. Os autores mencionam as atividades educativas em grupos como facilitadoras da vinculação dos usuários à rede básica e estratégicas para a produção de autonomia dos pacientes (Venâncio et al., 2016).

Muitos são os desafios para fortalecer a posição da ESF na rede assistencial, tanto no que se refere ao campo das práticas quanto aos problemas estruturais que afetam a consolidação do SUS. A disponibilidade de médicos para a APS é um indicador da orientação dos sistemas de saúde. No Brasil, é reconhecida a insuficiência de médicos, sobretudo com formação apropriada, dificuldade enfrentada parcialmente pela provisão emergencial via PMM. Este problema afeta a estruturação da rede, pois uma APS sem cobertura apropriada ou desestruturada se reflete em sobrecarga para o restante dos serviços de saúde e acesso por vias não adequadas, limitando o acesso oportuno (Santos e Giovanella, 2016). Sem uma política nacional para o trabalho em saúde, a APS se vê submetida às possibilidades municipais de atração e fixação de profissionais, cedendo às imposições do mercado em detrimento de suas diretrizes e necessidades de saúde dos territórios (Almeida e Santos, 2015).

Outro desafio e também via para fortalecer a APS circunscreve-se à valorização e expansão das atribuições clínicas dos enfermeiros. Almeida e Santos (2015) destacam inclusive, a possibilidade de aumento do número desses profissionais nas EqSF, principalmente naquelas que atuam em áreas mais vulneráveis, ajustando-se ao perfil epidemiológico do território, de forma que possam compartilhar ações gerenciais, clínicas e promocionais mais alargadas no território e aumentar a resolubilidade. Estudo realizado pelos autores em regiões de saúde da Bahia também apontou a valorização do ACS como sujeito estratégico para fortalecer a integração horizontal, na medida em que continua sendo o elo que garante o vínculo do usuário com a equipe, responsável por

comunicá-la sobre os fluxos formais e informais percorridos pelos usuários na busca pela resolução dos problemas de saúde; realiza ações de vigilância em saúde; e apresenta potencial para detectar vulnerabilidades sociais. Neste sentido, advoga-se que o ACS apresenta potencial para integrar o território real à rede formal, o que justifica ações para sua qualificação e manutenção nas eqAPS.

A ampliação do cardápio e adensamento do arsenal tecnológico nas UBS, com inclusão obrigatória de equipes de saúde bucal para ampliação da abrangência de serviços, assim como a ampliação do apoio matricial de NASFs ou outros arranjos possíveis, ampliam as possibilidades de trocas de saberes, favorecendo maior integração e qualificação dos profissionais, além de tirá-los do isolamento e incentivar o trabalho interdisciplinar no alcance do cuidado integral. Neste sentido, o apoio matricial pode ser compreendido como ferramenta de ampliação do acesso e arranjo organizacional capaz de dar sustentabilidade à conformação de redes, potencializando uma ação integrada e articulada (Chaves et al., 2018).

Por fim, um aspecto não menos relevante, refere-se à capacidade de mobilização de recursos financeiros como indicador do grau de prioridade política, apontada como um indicador potente para medir a fortaleza da APS ao interior de um sistema de saúde (WHO, 2008).

Integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial

Na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2011) a coordenação do cuidado é definida como “coordenação da integralidade”, um dos fundamentos da APS que deve ser viabilizado por meio de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as Redes de Atenção à Saúde. Neste sentido, é clara a referência ao conceito de integralidade, imagem objetivo do SUS, que evoca a necessária interdependência entre atores e organizações envolvidas no cuidado para alcance de integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde, além de gestão mais eficiente dos recursos (Chaves et al., 2018). Também estão presentes na definição da PNAB elementos da integração horizontal, que se relacionam com o próprio fortalecimento da APS no sistema de saúde e sua inserção territorial, e da integração vertical entre níveis assistenciais.

Em revisão integrativa da literatura que buscou identificar evidências científicas acerca das fragilidades, potencialidades e desafios da APS na coordenação das redes de atenção, no período de 2000 a 2011, Rodrigues et al. (2014) não identificaram estudos anteriores ao ano de 2006, o que provavelmente se relaciona às políticas para o fortalecimento da APS com a publicação da PNAB naquele ano e, posteriormente, ao marco legal que deu maior visibilidade ao tema das redes de atenção à saúde na agenda política (Brasil, 2010; 2011). Mais recentemente, observa-se ampliação de estudos com foco na coordenação do cuidado no cenário das regiões de saúde.

Estudos (Bousquat et al., 2016; Fausto et al., 2017) argumentam que a abrangência e força da APS são dependentes de sua articulação e integração nas redes regionalizadas, que embora pouco consolidadas em território nacional, apontam um caminho a ser fortalecido na busca pelo cuidado integral. Nesse sentido, a construção de redes regionalizadas passa necessariamente pelo encontro da esfera local e regional na

constituição de uma porta de entrada resolutiva, abrangente e com potencialidades para assumir a coordenação do cuidado para além dos limites municipais (Almeida et al., 2016), conforme mencionamos anteriormente.

Pesquisas sobre o tema no Brasil indicam que a dimensão de integração da rede necessária à coordenação do cuidado pode ser potencializada pela expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) com diminuição das barreiras de acesso e consolidação da função de porta de entrada; criação de serviços de especialidades médicas nos distritos/regiões de saúde; implantação de sistemas informatizados de regulação (SISREG); informatização dos prontuários eletrônicos; implementação do gestor de caso como “coordenador” do usuário na rede de serviços institucionais e comunitários; desenvolvimento de protocolos gerenciais e clínicos, sobretudo se elaborados de forma compartilhada; iniciativas de comunicação formal/informal e apoio matricial entre profissionais das equipes de APS, NASF, CAPS e atenção especializada, assim como envolvimento dos ACS em atividades de coordenação (Giovanella et al., 2009; Almeida et al., 2010, 2016; Fausto et al., 2014; Chaves et al., 2018; Veras et al., 2014).

Em análise realizada com base em resultados do PMAQ, Chaves et al. (2018) afirmam que ações de apoio matricial como discussão de caso, ação clínica compartilhada, construção conjunta de projetos terapêuticos e organização conjunta de intervenções nos territórios qualificam e associam-se ao melhor desempenho das EqAPS, aprimorando sua capacidade para o trabalho em rede. Embora o apoio matricial tenha se mostrado importante qualificador para o trabalho em rede, 2/5 das equipes participantes do PMAQ (1º ciclo) afirmaram não receber apoio do NASF.

O lançamento das RAS é mencionado por alguns estudos como favorável à organização do sistema em redes (Almeida e Santos 2016), contudo, ainda insuficiente para garantir a coordenação dos cuidados pela APS visto ter sido desenhada para atender a segmentos específicos de usuários na perspectiva das redes temáticas, atomizando a proposição das Redes de Atenção à Saúde (Silva e Andrade, 2014).

No que se refere à dimensão da integração entre níveis, compete destacar que o subfinanciamento público com restrição da retaguarda terapêutica, aliada a mecanismos pouco eficientes de programação e planejamento em saúde (como a PPI) agravam problemas decorrentes de vazios assistenciais presentes em regiões de saúde de diferentes portes (Almeida et al., 2015, 2016; Santos e Giovanella, 2016). Neste sentido, a escassez de recursos especializados, hospitalares e de urgência e emergência se sobressaem à discussão das redes (Almeida et al., 2016). Conforme destacam Santos e Giovanella (2016) o cenário de escassez e desarticulação favorece a criação de circuitos paralelos e exercício de práticas clientelistas que privilegiam os interesses privados e transformam o direito à saúde em troca de favores.

Em contexto de reconhecida insuficiência de recursos, dispositivos para garantia de acesso oportuno e equitativo como a regulação assistencial correm o risco de operar na perspectiva da restrição de acesso aos tetos pré-estabelecidos, impondo mais uma barreira à trajetória assistencial dos usuários (Santos e Giovanella, 2016). Na análise dos dados do PMAQ, Chaves et al. (2018) ratificam tal proposição ao verificar que a disponibilidade de centrais de marcação de procedimentos não discrimina as equipes quanto a sua integração à rede.

Além das mencionadas acima, outras barreiras em relação à integração entre níveis assistenciais são apontadas pelos estudos, entre os quais, desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de APS e dificuldades para o agendamento de

consultas especializadas; falta de cooperação entre profissionais dos diferentes níveis; ausência de valores e metas compartilhadas acerca dos resultados organizacionais; insuficiência e descontinuidade dos processos comunicacionais; descompasso entre o desenho da regionalização e a prática dos usuários (Rodrigues et al., 2014). Assis et al. (2012) também destacam aspecto pouco tratado pelos estudos sobre coordenação, indicando a participação incipiente do usuário no processo de atenção e a necessidade de envolvê-lo como agente ativo deste processo. Neste sentido, em estudo que investigou a coordenação assistencial na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/Aids foram considerados insatisfatórios os indicadores de “discussão sobre os possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento” e “recebimento de guia de contrarreferência”, ratificando a pouca participação dos usuários no processo de coordenação de seus cuidados (Lopes et al., 2014).

Na medida em que o fortalecimento da APS representa uma das mais potentes medidas pró-coordenação (Giovanella, 2006, Bodenheimer, 2008), a diminuição de investimentos representa, ao mesmo tempo, o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos capazes de garantir a integralidade em saúde. A superação das características hegemônicas do modelo de atenção, ainda caracterizado pela fragmentação entre níveis e pouco comprometimento com o trabalho em rede e processos mais horizontais e interdisciplinares também constitui desafio, tanto para as equipes de APS quanto para profissionais dos demais níveis (Rodrigues et al., 2014). Também a atenção especializada carece maior qualificação para o trabalho em rede, avançando na ampliação e otimização da oferta, implantando dispositivos de regionalização. A este aspecto, soma-se a incipiência na incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para comunicação entre níveis no SUS. Tal fato se agrava pela baixa adesão à tradicional proposta de referência e contrarreferência que, ainda que conservadora e burocrática, referendada por inúmeros estudos como insuficiente para organização de redes de atenção à saúde com continuidade do cuidado, poderia oferecer algum suporte clínico à coordenação do cuidado pelas EqAPS (Almeida e Santos, 2015).

Além das estratégias capazes de otimizar a integração e comunicação entre os níveis, o fortalecimento da diretriz da regionalização como locus político e organizacional das redes de atenção, em nosso contexto, também pode ser considerada medida pró-coordenação. Nesta direção, espaços de governança regional instituídos como a Comissão Intergestores Regional (CIR), ainda que imperfeitos e insuficientes, carecem de aperfeiçoamento e fortalecimento para cogestão das redes, com participação ativa do ente estadual e suas representações regionais descentralizadas, cuja atuação não se restrinja ao apoio institucional e ao papel burocrático de organização das reuniões, especialmente nos municípios com maior dificuldade técnica e gerencial (Almeida et al., 2016b).

Outro desafio, que não dialoga diretamente com as estratégias e instrumentos para integração entre níveis, mas que precisa ser enfrentado refere-se à ampliação da oferta pública de serviços de saúde em distintas densidades tecnológicas, rompendo com a dependência do prestador privado e a mercantilização da saúde dentro do SUS (Santos e Giovanella, 2016).

Embora destaque-se a importância dos estudos realizados, muitos dos quais informaram políticas nacionais na direção de estratégias e instrumentos pró-coordenação no contexto do SUS, Rodrigues et al. (2014) apontam o desafio de delineamentos metodológicos mais robustos, com consistência interna e validade externa acerca das

evidências científicas da capacidade da APS coordenar as redes de atenção em cenário nacional.

Integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território

A integração da APS com outros dispositivos do território onde se localizam as equipes profissionais, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, faz parte da concepção territorializada de atenção primária no modelo brasileiro. De fato, a Estratégia Saúde da Família pode ser considerada como um modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetos (Medina e Hartz, 2009), para além da atenção individual e de práticas tradicionais de saúde pública, incorporando o território e suas populações como objeto de intervenção, compreendido esse enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais. Esse modo de atuação implica no reconhecimento do território, através do processo de mapeamento das famílias, dispositivos comunitários, condições geográficas e ambientais relacionadas a riscos e potencialidades sanitárias, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados.

A ideia, portanto, de trabalho e organização comunitária como elemento inerente da concepção de atenção primária - subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo movimento de reforma sanitária brasileira -, coloca como desafio adicional o desenvolvimento de práticas de coordenação que se situam além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, ou espaço sanitário, como têm designado alguns autores (Potvin et al., 2005).

De fato, um conjunto de ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde têm exigido uma ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios. Alguns estudos têm problematizado e analisado o problema da coordenação, a gestão de ações intersetoriais de saúde e o protagonismo do setor saúde no desenvolvimento dessas ações (Greer and Lillvis, 2014).

A inserção e articulação das equipes nos territórios para o desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde são objeto de outro texto preparatório deste seminário, pelo que serão apenas pontuadas aqui.

No que diz respeito às articulações com outros setores, as mais frequentes ainda são aquelas entre os setores Saúde e Educação, estimuladas pela criação do Programa Saúde na Escola, objeto de incentivo do governo federal. Tais iniciativas, de grande importância para o redirecionamento do modelo de atenção no país, têm, entretanto, apresentado sérios limites no que diz respeito ao desenvolvimento das práticas e à efetividade das ações (Sousa et al., 2017).

Vale mencionar, também, a articulação das unidades de saúde com a rede de apoio social para dar suporte a usuários e famílias que precisam de cuidados especiais, que operacionalizam o princípio da responsabilidade sanitária, central no estabelecimento de vínculo entre equipes e famílias de saúde no território.

Finalmente, gostaríamos de sublinhar que o caminho percorrido nos 30 anos do SUS, ainda com limites e problemas, mas, também, alguns sucessos e acertos, revela uma antecipação das preocupações atuais dos sistemas de saúde no plano internacional. Exemplo disso é a realização de eventos, como o Simpósio Europeu de Atenção Primária recentemente realizado na Inglaterra, que colocou como tema central o desafio de integrar a atenção primária e a ação comunitária (*“Integrating Primary and*

Community care: an Internacional Perspective, 2018”). Nesse sentido, há um certo vanguardismo do sistema de saúde brasileiro ao adotar uma concepção ampliada de saúde desde o marco constitucional, e a assumir o trabalho comunitário, especialmente através da atuação do agente comunitário de saúde, como um elemento central do modelo de atenção primária.

Proposições estratégicas para a melhoria da coordenação assistencial pela APS no SUS

Na elaboração de proposições, adotaremos o modelo conceitual proposto por McDonald et al. (2014), por considerarmos que uma coordenação do cuidado efetiva necessita incorporar as perspectivas dos usuários, dos profissionais de saúde e da condução do sistema. Tais perspectivas encontram-se entrelaçadas e as ações e estratégias desenhadas devem ser avaliadas em função das repercussões nessas três dimensões.

Um sistema de saúde que tenha em perspectiva atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados deve, portanto, considerar o seu ponto de vista como um dos elementos para a organização da oferta de serviços.

Para os usuários que buscam respostas para as suas demandas, não importa tanto como, mas principalmente se as suas necessidades são resolvidas no serviço de saúde. Considerar as expectativas dos usuários torna-se, portanto, chave fundamental para que a APS se coloque no sistema como porta de entrada preferencial, lugar de procura regular para resolver oportunamente a maior parte dos seus problemas de saúde e acessar recursos especializados, quando necessário.

Desde a perspectiva dos usuários, a primeira condição para a APS coordenar o cuidado é que esta se constitua no primeiro nível assistencial com acessibilidade e capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, e que garanta a continuidade do cuidado conforme a necessidade. As UBS vêm se constituindo gradualmente em fonte usual do cuidado (Dourado et al., 2016) com a importante ampliação do número de UBS e equipes, e cada vez mais se responsabilizam pelo agendamento de atenção especializada (Fausto et al., 2014). No entanto, resolutividade e qualidade são desafios presentes na APS dependentes de ações sistêmicas. Ações empreendidas, nos últimos oito anos, tais como, Requalifica, PMM, PMAQ, E-SUS convergem para o fortalecimento e qualificação de processos assistenciais na APS. São ações potencialmente voltadas para construção, ampliação e reforma das UBS, garantia da presença de médicos nas equipes, incentivo a boas práticas nos processos de trabalho, continuidade informacional e institucionalização da avaliação contínua para melhoria da qualidade. São iniciativas que devem ter continuidade para avançar em suas proposições, já que a capacidade clínica da APS, a sua integração à rede de atenção à saúde, e os subsídios necessários para a realização da coordenação clínica permanecem como importantes desafios a serem enfrentados.

A fragmentação é uma constatação no sistema de saúde brasileiro, o que afeta diretamente a experiência dos usuários em suas trajetórias assistenciais no SUS com cuidados descontinuados. No caso da APS, a ausência de papéis e fluxos claramente definidos tem caracterizado o modo como os serviços de saúde operam em territórios municipais e regionais agravando a desarticulação assistencial, produzida pela

insuficiente integração entre prestadores, baixa qualidade dos processos de regulação e insuficiente oferta de atenção especializada.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, o estabelecimento efetivo das conexões (o anel da coordenação) entre os pontos de atenção, passa pelo conhecimento da oferta e disponibilidade de serviços para onde encaminhar, o que implica em definição clara dos serviços de referência e da existência de fluxos de informação bem instituídos.

A ideia de organização de serviços de saúde orientada por lógicas mais centradas no usuário e suas necessidades em saúde deve ser a base para a definição clara dos serviços de referência e fluxos de informação no território. Não se trata de rigidez normativa, mas de oferecer, de fato, acesso aos serviços necessários. Para isso, deve-se considerar as tendências de deslocamentos da população no território, aspectos sócioespaciais e culturais influenciando a organização da rede assistencial em todos os níveis de atenção. O desenho dos fluxos deve considerar o contexto dos usuários (disponibilidade de transporte, acesso geográfico, cultural) e suas trajetórias assistenciais habituais.

O fluxo de informações deve ser fluido entre os diversos serviços. Desde a perspectiva dos usuários, as informações entre serviços e níveis devem estar organizadas de modo a evitar esforços excessivos de repetição de informações e procedimentos para o atendimento de suas necessidades. Isso passa, necessariamente, pela combinação de mecanismos de comunicação, com instrumentos formais (prontuários, fichas de referência, etc) juntamente com a criação de oportunidades para o contato direto entre profissionais nos serviços de atenção primária e no território, com a população e seus representantes, e entre profissionais da atenção básica e especializada, reforçando os mecanismos de integração clínica, importantes para coordenação sequencial, recíproca e coletiva das ações. Especialmente no âmbito da APS, há que reforçar e definir com maior clareza as relações entre NASF e equipes de atenção primária para que possam, de fato, exercer o papel de suporte técnico e pedagógico das equipes. No que diz respeito às relações entre profissionais da atenção básica e especializada, há que consolidar mecanismos que vêm sendo implementados nos últimos anos e que têm se mostrado exitosos, fortalecendo e universalizando formas de apoio como o tele saúde e segunda opinião. Ao estreitar a relação APS e AE se favorece o interesse do usuário, reduzindo intervenções desnecessárias e informações repetitivas, aumentando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

Embora nos últimos anos tenha se observado a ampliação de serviços especializados, especialmente as policlínicas, e o esforço de constituição de redes temáticas voltadas para determinados tipos de condição ou doença/agravo, o sistema de saúde brasileiro carece de uma política direcionada para a atenção especializada. Iniciativas mais recentes para a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram propostas como redes temáticas, centradas em problemas específicos. No entanto, esta estratégia para a implementação das RAS envolve o risco de contribuir para uma maior fragmentação do sistema de saúde se as redes temáticas não estiverem completamente integradas em perspectiva sistêmica. Este é o desafio central para a organização coordenada dos serviços de saúde no SUS. O não enfrentamento deste problema não corresponde especificamente aos desafios da APS, mas, sobretudo, impõe limites estruturais para o cumprimento dos princípios do direito à saúde e da igualdade de acesso ao cuidado integral.

Finalmente, devemos considerar no contexto atual o grande desafio que se coloca para a coordenação do cuidado relacionado à organização da rede regionalizada e

territorializada, implementando mecanismos de regulação assistencial que facilitem o acesso, e não, que se constituam em barreira de acesso aos serviços, como tem ocorrido em muitas situações onde filas em portas de hospitais se transmutaram em filas virtuais nas centrais de regulação. Para tanto, é fundamental a elaboração de protocolos e diretrizes com papéis e funções bem definidos para todas as unidades que compõem o sistema e a constituição de um trabalho colaborativo, que agregue valor e qualidade à prestação do cuidado. O desenho de fluxos e a regulação assistencial precisam considerar o contexto dos usuários. Mecanismos de monitoramento devem ser instituídos, com transparência na divulgação de filas de espera e efetivação do acompanhamento dos tempos máximos de espera estipulados por lei.

Uma APS fortalecida pode e deve coordenar o cuidado na grande maioria das situações e para a grande maioria dos usuários. Há casos, entretanto, menos frequentes e mais graves, dependentes de maior diversidade do arsenal tecnológico e de recursos mais especializados que exigirão que a coordenação, para que seja mais efetiva, tenha que ser realizada por equipe ou profissional específico ou por gestor de caso. Isto não deve significar, entretanto, a perda da continuidade e vínculo com a equipe APS. Muito pelo contrário, deve ser incentivado o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores, que necessariamente só pode ser realizado no território, e que tem no ACS um de seus pilares fundamentais.

Referências

- Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6):1845-1856, 2017.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26 (2): 286-98.
- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam Salud Pública*. 2011; 29(2):84-95.
- Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB (orgs.). *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba, 2015. p.277-303.
- Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saude Publica* 2016; 50:80.
- Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc. São Paulo* 2016b; 25 (2) 320-335.
- Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Protti ST, Scatena Villa TCS. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1):111-8.
- Bodenheimer T. Coordinating Care - A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med*, v. 358, n. 10, p. 1064-71, 2008.

Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, Mendonça MHM, Medina MG, Viana ALD, Fausto MCR, Paula DB. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22 (4): 1141-54.

Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2010.

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2011.

Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2017.

Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, Machado ATGM, Andrade EIG. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(2):e00201515.

Contandriopoulos A.-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures* 2001, 8 (2): 38-52.

Dourado I, Medina MG, 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.

European Symposium 'Integrating Primary and Community Care'. 2 March, 2018. Kent (United Kingdom). [<http://www.euprimarycare.org/news/european-symposium-integrating-primary-and-community-care-2-march-2018-kent-united-kingdom>]

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; vol.38, n.spe, 13-33.

Fausto et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2017; 17 (Supl.1): S73-S82.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(5):951-963.

Giovanella L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14 (3): 783-794.

Greer LS, Lillvis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy*, 2014; 116, 12–17.

Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016, 21(5):1399-1408.

Hartz, ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* 2004, 20 (supl.2): 331-336.

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65.

Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Health Papers* 2000, 1: 13-55.

Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(11):2283-2297.

McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustrom J, Malcolm E, Rohn L, Davies S. *Care Coordination Atlas Version*. Rockville: AHRQ Publication; 2014.

Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad. Saúde Pública*, 2009. Rio de Janeiro, 25(5):1153-1167.

Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2): 357-82.

Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. Social theory and the renewal of the foundations of contemporary public health practice. *American Journal of Public Health*, 2005; 95, 591–595.

Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014, 19(2): 343-352.

Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 32(3):e00172214, mar, 2016

Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2012, 22 (3): 1121-1137.

Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2014, 24 (4): 1207-1228.

Sousa MC, Espiridião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(6):1781-1790.

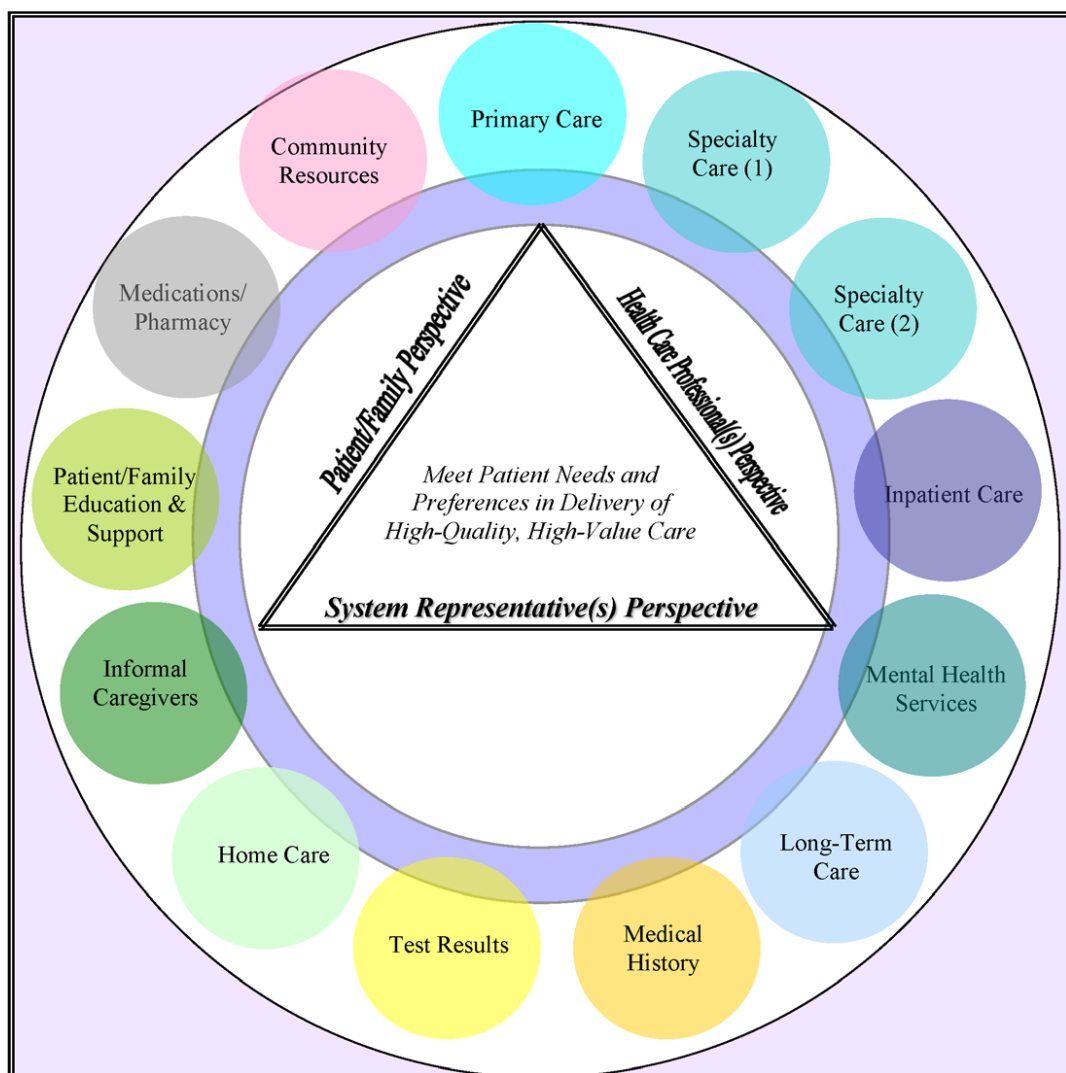
Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* 2015, 31(9):1941-1952.

Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2016; 26 (1): 113-135.

Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. Rev Saúde Pública 2014; 48(2):357-365.

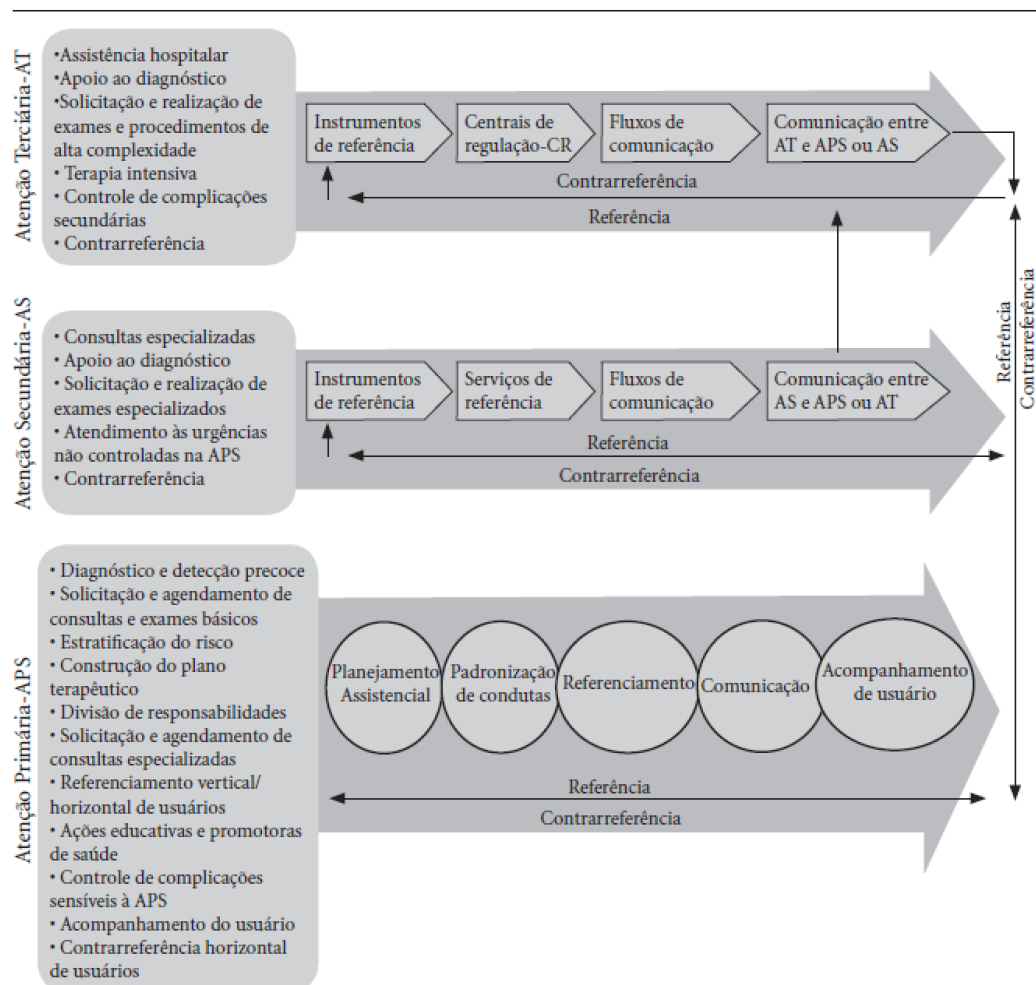
WHO-World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

Figura 1: Care Coordination Ring [modelo conceitual de coordenação do cuidado proposto por McDonald et al. (2014)]



Fonte: Reproduzido de McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustrom J, Malcolm E, Rohn L, Davies S. Care Coordination Atlas Version. Rockville: AHRQ Publication; 2014.

Figura 2: Imagem-objetivo da coordenação do cuidado de usuários hipertensos e diabéticos.



Fonte: Reproduzido de Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6):1845-1856, 2017.