Unidade 2

Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção

Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de organizar o processo de trabalho dos profissionais de sua unidade básica de saúde de forma compartilhada e colaborativa com outras equipes da ABS (como os NASF-AB) e outros serviços da rede de atenção à saúde. Também saberá como fazer parcerias com outros setores (como educação e assistência social) e recursos comunitários, de forma a ampliar a abrangência ou integralidade das ações de saúde, mantendo e fortalecendo a coordenação da atenção pela ABS.

1. Introdução

Esta unidade discute o papel de **coordenação da atenção** pelas eSF/eAB, que pode ser traduzido como a manutenção do acompanhamento das pessoas de sua área mesmo quando estas precisam utilizar outros serviços e recursos, além do esforço constante para que todas as ações sejam integradas e façam sentido para as pessoas atendidas. Apesar de ser resolutiva para uma ampla gama de problemas, a ESF não pode resolver sozinha todos os problemas das pessoas; por isso, é muito importante saber trabalhar em conjunto com outros serviços, sejam da saúde ou de outros setores. Apresentaremos também o conceito de redes de atenção, com destaque para o papel de coordenação da ABS.

Serão apresentados alguns parceiros importantes das eSF/eAB e discutidos os principais mecanismos de **integração** de equipes e serviços, com destaque para o trabalho conjunto com os NASF-AB. Apresentaremos as principais atividades que eSF/eAB e NASF-AB podem desenvolver em conjunto, como discussões de casos, interconsultas e atendimentos compartilhados, usando alguns exemplos práticos. A articulação com outros serviços e com órgãos de outros setores, como as escolas e os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), será apresentada em linhas gerais, e você receberá referências para estudo complementar nestas áreas.

2. Mecanismos de coordenação da atenção e integração de serviços

No setor saúde, **coordenação** da atenção pode ser definida, de maneira geral, como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Já a **integração** é definida por alguns autores como um nível mais elevado no contínuo da coordenação, ou como o resultado de uma coordenação ótima. Coordenação e integração assistencial são experimentadas pelos usuários como **continuidade** entre as diversas ações de saúde.

A imagem ideal derivada destes conceitos é a de um "sistema de saúde sem muros" (HARTZ et al, 2004),

ligado por corredores virtuais que facilitariam o trânsito dos usuários pelos diversos pontos de atenção no percurso de resolução de um determinado problema de saúde, removendo as barreiras de acesso causadas pela fragmentação e pela burocracia. Nesta seção, apresentaremos de forma introdutória estes conceitos, exemplificando alguns mecanismos que podem ser utilizados pelas eSF/eAB para promover coordenação, integração e continuidade assistencial.

2.1. Fragmentação da atenção e organização em redes

A **fragmentação** dos serviços de saúde, que pode ser entendida como a coexistência de muitas unidades ou entidades não integradas na rede de serviços, é uma causa importante de baixo desempenho dos serviços e do sistema de saúde. Leva à falta de acesso aos serviços, perda de continuidade dos processos assistenciais e falta de conformidade entre os serviços e as necessidades e expectativas dos usuários (OPS, 2008).

> Na ABS, a fragmentação pode se manifestar como baixa capacidade resolutiva, "captura" de usuários pelos especialistas (não voltam depois das interconsultas) e uso excessivo de serviços de urgência como forma de "atenção especializada".

Mudanças na **demanda** por serviços de saúde também têm impulsionado tentativas de construção de sistemas mais integrados. Em especial, o aumento das doenças crônicas e o envelhecimento da população - muitas vezes em coexistência com problemas associados à pobreza e a causas externas, como é o caso do perfil epidemiológico brasileiro – levam a uma necessidade de maior integração entre ABS e outros serviços e especialidades.

Os usuários experimentam a fragmentação como aumento de tempo de espera, demanda reprimida, encaminhamentos tardios, necessidade de visitas a vários serviços para resolver um único episódio de doença, perda de informação clínica entre as consultas, indicação de intervenções duplicadas ou desnecessárias.

Por outro lado, a **integração** de serviços de saúde pode ser conceituada como "a gestão e entrega de serviços de saúde de forma que pessoas recebam de forma contínua serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e através dos diferentes níveis do sistema de saúde" (OPS, 2008).

A integração dos serviços de saúde em redes de atenção tem como finalidade central garantir maiores **continuidade** assistencial, **coordenação** do cuidado e **integração** entre pontos de atenção. Do ponto de vista do usuário, a organização em **redes de atenção** facilita acesso oportuno a serviços de ABS, melhora acesso a outros níveis quando necessário, evita duplicidade ou repetição desnecessária de histórias clínicas, exames e trâmites burocráticos e facilita a implantação de estratégias de autocuidado e seguimento de doenças crônicas.

Vale destacar que para uma adequada organização em rede é preciso haver, entre outros elementos: **um primeiro nível** de atuação que seja de fato porta de entrada preferencial do sistema, que integre e coordene a atenção e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população; mecanismos de

coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo de serviços; e um cuidado em saúde baseado na pessoa, na família e no território, sem excesso de oferta de programas verticais, que podem gerar mais fragmentação.

Quadro: Funções da ABS no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

I - Ser base:

Ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva:

Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica capaz de construir vínculos positivos e intervenções efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado:

Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos e articulando outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais;

IV - Ordenar as redes:

Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Fonte: BRASIL, 2018.

2.2. Mecanismos de integração assistencial

Na unidade anterior, discutimos sobre o trabalho em equipe, destacando aspectos importantes da organização dos serviços que podem facilitar esta integração entre os profissionais, como as reuniões, a definição de atribuições, a educação permanente, as intervenções conjuntas. Estas estratégias são importantes para integrar os profissionais de uma equipe, mas quando se trata de integrar **equipes e serviços distintos**, é preciso desenvolver outras formas de coordenação, que facilitem o percurso dos usuários entre os serviços de uma rede e coordenação de ações no cuidado das pessoas.

Alguns **mecanismos de integração de serviços** parecem ser efetivos em garantir continuidade e coordenação entre as ações de uma rede assistencial (GIBODY et al, 2003; SMITH et al, 2007; FULLER et al, 2011, ALMEIDA et al, 2010):

• Planejamento e realização de **atividades colaborativas diretas** entre profissionais de equipes diferentes, como interconsultas, discussões de casos e atendimentos conjuntos, estratégias muito utilizadas pelas equipes de apoio matricial como os NASF-AB.

• Estratégias de **gerenciamento de casos e gestão da atenção** no seguimento de pessoas com problemas que exigem múltiplas intervenções, seja entre profissionais de uma mesma equipe ou entre equipes de serviços distintos, com ou sem a introdução de profissionais de ligação para integração das ações e reforço à adesão.

• Implantação de sistemas de garantia de **continuidade informacional e fortalecimento da comunicação entre profissionais**, com destaque para os prontuários eletrônicos unificados entre unidades de ABS e especializadas.

• Implantação de sistemas de **marcação e regulação de consultas especializadas** a partir dos centros de saúde, como por exemplo, o **SISREG** do Ministério da Saúde, que podem permitir a gestão de filas de espera pelos gestores ou pelas próprias eSF/eAB.

O SISREG (Sistema de Regulação) é um aplicativo oferecido pelo DATASUS do Ministério da Saúde para os municípios, tendo utilidade tanto como ferramenta de marcação de consultas, exames e procedimentos quanto de regulação das listas de espera.

• Definição de **protocolos, critérios de acesso, fluxos de atenção**, com divisão de trabalho e normatização do percurso dos usuários pela rede de atenção, muitas vezes envolvendo contratos entre os serviços e definição de referências territoriais para determinadas ações (como na integração vertical entre centros de saúde e maternidades ou hospitais de referência regional).

Alinhada a estas recomendações de estudos científicos, a Política Nacional de ABS (BRASIL, 2017) recomenda que as equipes de ABS incorporem ferramentas e dispositivos de **gestão do cuidado**, como:

a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

A seguir, apresentaremos algumas possibilidades de utilização destes mecanismos de integração pelas equipes de saúde da família, com destaque para a integração com os NASF-AB, a regulação do acesso à atenção especializada e a articulação intersetorial.

3. Estratégias de integração da ABS nas redes de atenção

No Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado nos últimos anos, como principal estratégia de organização da atenção em saúde, a construção de redes integradas de atenção, com base territorial e ordenadas pela ABS. Porém, para que a ABS desempenhe de fato seu papel de coordenação das redes de atenção, é preciso facilitar o acesso e ampliar a abrangência no primeiro nível de atenção – através da diversificação de ações das próprias eSF/eAB e da integração com novas equipes da ABS, como os NASF-AB – e, ao mesmo tempo, regular o acesso à atenção especializada, promovendo um uso mais adequado dos recursos disponíveis e evitando intervenções desnecessárias e potencialmente danosas. Esta seção abordará de forma introdutória as noções de integração horizontal (entre equipes da própria ABS), integração intersetorial e regulação de acesso à atenção especializada a partir da ABS.

3.1. Ampliando a abrangência da ABS

Nos últimos anos, a ABS tem buscado ampliar não apenas sua **cobertura assistencial**, através do credenciamento contínuo de novas eSF/eAB/eSB, mas também a **abrangência** e a **resolubilidade** de suas ações. Para isso, outras equipes, programas e ações têm sido incorporadas ao âmbito da ABS, sempre de forma articulada ao trabalho das eSF/eAB/eSB e visando melhorar a qualidade das ações:

• As equipes de Consultório na Rua (eCR), voltados para o atendimento de pessoa em situação de vulnerabilidade social extrema (pessoas em situação de rua).

• As equipes de Atenção Domiciliar (eAD), voltadas para o suporte a pessoas acamadas, com dificuldade de locomoção ou restritas ao domicílio com vistas a reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de internação.

• As Academias da Saúde, espaços públicos supervisionados por profissional de saúde ligadas ao NASF-AB e/ou às eSF/eAB, voltadas para a promoção de hábitos saudáveis, principalmente atividade física.

• O Programa Saúde na Escola (PSE), voltado para a articulação intersetorial entre equipes da ABS e escolas e creches de seu território.

• O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que vincula repasse adicional de recursos para a ABS à avaliação de desempenho e cumprimento de metas pactuadas entre equipes e gestores.

• E os **Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB)**, estratégia abrangente de fortalecimento da clínica das equipes de SF/SB e da capacidade resolutiva da ABS em geral, sobre os quais falaremos um pouco mais na próxima seção.

SAIBA MAIS

Na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, você pode explorar as ações do Ministério da Saúde para o fortalecimento da ABS, entender o papel da ABS nas Redes de Atenção à Saúde, conhecer as redes temáticas prioritárias para o Ministério da Saúde e ter acesso a uma série de materiais de estudo complementar, como os Cadernos de Atenção Básica.
Clique aqui

Leia também o livro "Redes de Atenção à Saúde", de Eugênio Vilaça Mendes para saber mais sobre os modelos de redes de atenção à saúde no Brasil e em outros países:
Clique aqui

3.2. Apoio matricial e integração com os NASF-AB

Os NASF-AB são equipes multiprofissionais responsáveis por oferecer apoio a um conjunto de eSF/eAB em áreas de saber complementares àquelas dos profissionais que compõem estas equipes. Foram criados para fortalecer os atributos de **resolubilidade, integralidade e coordenação** da ABS, além de apoiar a integração das equipes da ABS em redes de atenção à saúde. As eSF/eAB e dos NASF-AB devem trabalhar de forma conjunta, de acordo com o referencial teórico e metodológico do **apoio matricial,** em que equipes de apoio (NASF-AB) oferecem suporte e retaguarda clínico-assistencial e técnico-pedagógica a equipes de referência responsáveis por uma população (eSF/eAB).

O **suporte clínico** assistencial pode ser oferecido na forma de:

• Atendimentos específicos do profissional NASF-AB, na unidade de saúde ou no domicílio, para casos que ultrapassam a capacidade da eSF/eAB mesmo com o apoio na forma de discussão sobre o caso.
• Grupos temáticos conduzidos por profissionais NASF-AB, com critérios de acesso pactuados entre eSF/eAB e NASF-AB.
• Intervenções coletivas combinadas a partir de necessidades das eSF/eAB, como ações nas escolas e reuniões com a comunidade.

O **suporte técnico pedagógico** pode ser oferecido na forma de:

• Discussão de casos difíceis, com construção de planos terapêuticos compartilhados entre profissionais da eSF/eAB e do NASF-AB.
• Discussão de temas em que a eSF/eAB tem dificuldades, podendo ser organizados seminários breves nas próprias reuniões entre as eSF/eAB e dos NASF-AB, com temas pré-selecionados por estas.
• Atendimentos compartilhados, como as consultas e visitas conjuntas e os grupos conduzidos em parceria, que têm ao mesmo tempo caráter assistencial e de educação permanente (pelo tempo que consomem, devem ser reservados para casos complexos).

Ao longo da vida ou de um episódio de doença, uma pessoa pode precisar da intervenção de diversos serviços, que podem inclusive assumir a totalidade das ações de cuidado em determinados momentos, como durante uma internação hospitalar. Porém, a eSF/eAB deve sempre manter pelo menos um seguimento complementar, que pode se dar na forma de: apoio à pessoa e sua família na compreensão de recomendações e na tomada de decisões sobre intervenções; facilitação da comunicação entre equipes e serviços, evitando ações redundantes ou desnecessárias; ou mesmo mantendo contato periódico com a pessoa para detecção precoce de riscos e/ou de oportunidades de apoio. É isso que está expresso na afirmação de que uma pessoa só tem "alta" de sua eSF/eAB por morte ou mudança de endereço.

• Os **encontros regulares** entre os profissionais podem ser utilizados para divisão de responsabilidades e atribuições entre as equipes. Favorecem a construção conjunta de critérios para acesso às consultas e outras ofertas de apoio do profissional do NASF-AB, também o planejamento e execução de ações de saúde compartilhadas como visitas, grupos e consultas conjuntas, levantamento de temas para educação permanente, e mesmo resolução de conflitos entre os profissionais.

Reuniões de eSF/eAB com participação de profissionais dos NASF-AB, reuniões específicas de "matriciamento", ou até mesmo conversas breves após uma atividade realizada em conjunto.

• A discussão conjunta de listas de encaminhamentos para atendimento especializado pode ser uma boa oportunidade de dividir atribuições e definir melhor as intervenções das eSF/eAB e dos NASF-AB. Os profissionais podem definir em conjunto que pessoas precisam de atendimento especializado, quais podem ficar com a eSF/eAB após discussão do caso e orientação pelo NASF-AB, quais se beneficiariam de participação em um grupo, quais serão agendadas para consultas conjuntas para melhor compreensão do caso e decisão de manejo; os profissionais podem ainda definir condutas de comum acordo para alguns encaminhamentos externos comuns, como aqueles das escolas, conselhos tutelares e hospitais.

• O uso de instrumentos para gestão e seguimento dos casos compartilhados pode ajudar a evitar perdas em termos de adesão, duplicação de tarefas ou sensação de que "a discussão não resolve nada" ou "o caso não melhora nunca". O próprio prontuário comum da eSF/eAB deve ser utilizado para registro da discussão do caso, do plano terapêutico e das ações realizadas por cada profissional. Porém é recomendável a manutenção de um registro auxiliar dos casos compartilhados (em planilha simples, caderno, pasta compartilhada etc.), com os principais encaminhamentos e os profissionais de referência, de modo que as eSF/eAB e NASF-AB possam monitorar ao longo do tempo a execução e os resultados das ações e própria efetividade da atenção compartilhada.

> Em resumo, a presença de profissionais de apoio pode favorecer a constituição da UBS como serviço de procura regular pela população – evitando a busca de serviços de pronto atendimento ou hospitais para obtenção de "atenção especializada" - e contribuir para uma atenção mais resolutiva. Porém, é preciso cautela para que os profissionais de apoio não assumam o atendimento de grupos específicos no lugar da eSF/eAB, comprometendo a integralidade da atenção e, de certa forma, reproduzindo o modelo de atendimento ambulatorial fragmentado que se busca superar.

4. Regulação do acesso à atenção especializada

O acesso à atenção especializada ainda é um dos maiores problemas da ABS no Brasil. Os modelos de atenção que ampliam a coordenação do cuidado pela equipe da ABS, com priorização dos atendimentos especializados segundo necessidade e não por ordem cronológica, têm potencial de diminuir desigualdades no acesso a atenção especializada e contribuir para maior equidade em saúde. Por isso, as experiências de reformas de serviços de saúde voltadas para melhorar a coordenação entre atenção primária e especializada têm maior impacto quando são focadas na melhora da capacidade resolutiva da ABS, com reforço do papel de "filtro" destas equipes para outros níveis de atenção (OJEDAFEO et al, 2006; GÉRVAS & PÉREZ FERNÁNDEZ, 2005).

Para além da melhora no uso de recursos, a coordenação do cuidado pela ABS também ajuda a proteger as pessoas de intervenções desnecessárias e medicalização excessiva, através da **prevenção quaternária.**

Prevenção quaternária é um conceito que pode ser descrito de maneira simples como um conjunto de estratégias para manejo e prevenção de intervenções médicas desnecessárias, tendo sido inicialmente proposto por um médico de família belga, Marc Jamoulle, e posteriormente incorporado ao Dicionário de Clínica Geral da organização mundial dos médicos de família, a WONCA.

Apesar de, tradicionalmente, a **regulação** ser identificada como função de uma central ligada à SMS, deve haver cada vez mais o entendimento de que a **primeira instância reguladora do sistema de saúde é a eSF/eAB**. O primeiro ator a estabelecer prioridades é a equipe de ABS, depois o distrito ou regional, quando houver no município, e depois a SMS. Algumas condições que favorecem o exercício desta função reguladora pela eSF/eAB são (ALMEIDA et al, 2011):

• O **aumento da capacidade resolutiva** da ABS, que pode ser obtido através de ampliação dos serviços oferecidos nas UBS (por exemplo, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, coleta de exames, etc.), integração de novas equipes, profissionais ou funções no âmbito da ABS (como os NASF-AB e eAD) ou educação permanente das equipes para atender situações mais complexas.

• A definição pelo município do **monopólio do papel de porta de entrada e acesso à atenção especializada** para a eSF/eAB, por meio de aumento de cobertura – que facilita o acesso da população aos serviços – e do estabelecimento de mecanismos de marcação e regulação de consultas e procedimentos a partir da UBS.

Apesar de muitos municípios priorizarem, nos últimos anos, a expansão de cobertura e abrangência de ações da ESF e a descentralização da marcação de consultas e procedimentos para as unidades básicas, esta função de **regulação do acesso e gestão da atenção** ainda é muito pouco explorada pelas eSF/eAB. Municípios que implantaram o SISREG nas UBS, por exemplo, têm a seu dispor uma ferramenta importante de regulação, disponível para as eSF/eAB e para a gestão, que possibilita acompanhamento de listas de espera, identificação de gargalos assistenciais, definição de áreas prioritárias para ações preventivas, entre outras ações.

Vejam algumas atividades que podem ser desenvolvidas pelas próprias eSF/eAB/eSB para melhorar a coordenação e integração entre ABS e especializada:

• Fornecimento de informação escrita sobre todas as pessoas encaminhadas para outros níveis de atenção e solicitação de informações de contrarreferência, com registro no prontuário da eSF/eAB, garantindo continuidade informacional na atenção.

• Definição, em conjunto com a gestão, de critérios de priorização para o acesso às consultas especializadas, possibilitando o ordenamento do acesso por necessidade e não apenas por ordem cronológica.

• Análise sistemática dos encaminhamentos para consultas especializadas, visando programar atividades de educação permanente voltadas para melhoria da resolubilidade da eSF/eAB (em conjunto com a gestão ou com o NASF-AB, por exemplo).

• Monitoramento das filas de espera para consultas e procedimentos e da adesão das pessoas a estes, visando programar ações preventivas ou de reforço à adesão.

• Promoção, em conjunto com a gestão, de medidas para maior integração da ABS com serviços de urgência e emergência, como a obtenção de listas de atendimentos de pessoas por área ou o fornecimento de informações sobre o funcionamento da ABS.

• Promoção de interconsulta, discussão de caso e/ou acompanhamento compartilhado entre profissionais da ABS e serviços especializados como, por exemplo, ambulatórios de pré-natal de alto risco.

5. Integração intersetorial e ampliação de parcerias na ABS

Além da coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais, tema da maior parte desta unidade, outro componente essencial da ABS é a capacidade de influir sobre os **determinantes sociais da saúde** mediante o **trabalho intersetorial**. Estes dois componentes diferenciam as concepções de atenção primária abrangente, concebida como estratégia para reorganizar e ordenar o sistema de saúde, de concepções mais seletivas, como a de primeiro nível de atenção ou oferta de cesta restrita de serviços. A função de articulação intersetorial está presente desde a origem da Atenção Primária, conforme se vê no seguinte trecho da Declaração de Alma-Ata, de 1978:

Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, as condições de vida e trabalho de seus membros - habitação, saneamento, ambiente de trabalho, acesso a serviços de saúde e de educação -, e a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida e condicionam decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, à dieta, à prática de exercícios, influenciando, portanto o estado de saúde das pessoas e populações.

"Os cuidados primários de saúde (...) envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, principalmente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores." (OMS, 1978)

SAIBA MAIS

Na página eletrônica da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde você encontra textos, apresentações, documentos e outras fontes de informação para ampliar sua compreensão sobre a dinâmica de saúde e adoecimento das populações, seus determinantes e ações de enfrentamento, como as iniciativas de promoção da saúde, Disponível em:

Clique aqui

A diretriz de trabalho intersetorial aponta para a necessidade de que as equipes da ABS busquem articular suas ações às de outros setores, que também influenciam o estado de saúde da população, muitas vezes mais do que o acesso ou a utilização de serviços de saúde. Embora possa ser dito que grande parte da responsabilidade pela articulação intersetorial é de setores governamentais, responsáveis por formular e implantar políticas públicas, algumas articulações podem ser feitas no próprio território, por equipes locais, com impacto potencial sobre a coordenação de ações voltadas para promoção e recuperação da saúde, dentre as quais se destacam as seguintes:

• Articulação com **escolas e creches do território**, para ações conjuntas de promoção de saúde de pré-escolares e escolares, apoio a educadores e pais na promoção do desenvolvimento infantil e definição de fluxos de atendimento das demandas da comunidade escolar. O Programa de Saúde na Escola, pode ser um espaço privilegiado para esta articulação.

• Articulação com **serviços e programas da assistência social** para acompanhamento conjunto de famílias mais vulneráveis, incluindo discussão de casos e planos terapêuticos compartilhados. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) é um exemplo de ação conjunta neste sentido, mas as eSF/eAB também devem buscar aproximação e integração de ações com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Conselhos Tutelares de sua área.

• Apoio aos **conselhos locais de saúde**, previstos na Política Nacional de Saúde como os espaços privilegiados de interlocução dos serviços de saúde com a população para promoção de organização comunitária, autonomia dos usuários e cogestão dos serviços de saúde; estes espaços podem ser potencializados através de ações como educação para autocuidado em saúde, discussão de ações comunitárias de promoção da saúde, e na busca de entendimento comum entre trabalhadores de saúde e população sobre dificuldades e mudanças nos serviços.

RESUMO

Chegando ao fim de mais esta unidade, podemos dizer que você "ultrapassou os muros" da unidade de saúde, tendo sido apresentado a papéis fundamentais da ABS nas redes de atenção: coordenação do cuidado, promoção da integração assistencial e intersetorial, garantia da continuidade da atenção ao usuário. Foram introduzidos conceitos avançados amparados por exemplos práticos, para que o aluno perceba a importância e ao mesmo tempo a viabilidade de se organizar uma ABS abrangente. Nosso objetivo com esta seção era demonstrar que organizar uma ABS integral é muito mais do que apenas oferecer assistência nas unidades básicas de saúde.

É preciso desenvolver parcerias, entender o funcionamento do sistema e coordenar o percurso das pessoas pela rede de serviços, ajudando seus usuários a navegar por um sistema de saúde que nem sempre se encontra bem conectado. Esperamos que você busque aprofundar seus conhecimentos sobre coordenação e continuidade assistencial, discuta como integrar melhor sua equipe nas redes de atenção, desenvolva parcerias sustentadas com os NASF-AB e equipes de outros setores, com isso ampliando a abrangência e a resolubilidade da ABS e a qualidade e efetividade de seu trabalho.

SUGESTÃO DE LEITURA

Duas publicações patrocinadas pela Organização Mundial da Saúde ajudaram a recolocar a Atenção Primária à Saúde (ou ABS) no centro do debate internacional sobre organização e reforma dos sistemas de saúde. Grande parte das concepções apresentadas de forma panorâmica nesta unidade sobre **coordenação da atenção** e **integração de serviços** está presente em capítulos destas publicações de forma mais detalhada e baseada em diversos exemplos internacionais, inclusive brasileiros. O primeiro documento foi produzido pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Políticas em 2006 e analisa as reformas da atenção primária ocorridas na Europa. O segundo é o Relatório Mundial da Saúde da OMS de 2008, que reafirma o papel central da atenção primária nas reformas dos sistemas de saúde. Ambos estão disponíveis em português, gratuitamente, em formato pdf, na internet.

Saltman RB, Rico A & Boerma (Editores). Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2007. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2532.pdf

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Genebra: WHO; 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf

Conheça a Rede Cegonha acessando: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

Conheça a Rede de Urgência e Emergência acessando: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias

Conheça a Rede de Atenção Psicossocial: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial

Conheça a Rede de Cuidados a Pessoa Portadora de Deficiências: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_deficiencias

Conheça os Cadernos da Atenção Básica acessando: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes

CONCLUSÃO DO CURSO

Neste curso buscamos apresentar à você os principais conceitos que definem e organizam a ABS, de uma maneira ao mesmo tempo acessível e baseada nas melhores evidências disponíveis sobre organização de sistemas de saúde. Com o acesso a informação hoje disponível sobre organização e fortalecimento dos serviços de ABS e sua integração em redes de atenção, não é mais aceitável que o treinamento dos profissionais de saúde seja baseado apenas na experiência pessoal dos tutores. Por isso, um dos objetivos da unidade foi demonstrar que é possível utilizar conhecimento científico para organizar a ABS, sem que para isso o profissional de saúde tenha que se tornar um sanitarista.

Trabalhamos os conceitos de acesso e barreiras de acesso; abrangência e integralidade das ações; gestão da demanda e organização das agendas; organização de reuniões e atividades de desenvolvimento da equipe; fragmentação e coordenação assistencial; integração intersetorial e continuidade assistencial. Todos estes são atributos de uma ABS forte, presentes como diretrizes na PNAB e como componentes de diversos modelos de Atenção Primária, como os dos países europeus.

Você deve buscar continuamente entender e experimentar a aplicação destes conceitos em sua prática cotidiana, de forma a tornar-se um profissional de saúde melhor e ao mesmo tempo reformar o sistema de saúde a partir de seu local de trabalho. A reforma de nossas práticas cotidianas de saúde – assistenciais e gerenciais - talvez seja uma das maiores contribuições que podemos dar para a implantação de um sistema de saúde capaz de responder adequadamente e de forma equilibrada e sustentável às necessidades das pessoas, sejam estas usuários, gestores ou trabalhadores dos serviços.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011:29(2): 84–95.

ALMEIDA PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 286-298, Fev.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção a Saúde. 2018. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras>. Acesso em: 26 abr. 2018.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 28 set. 2017. Anexo XXII.

CAMPOS GWS; Chakour M & Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(1):141-144, Jan-mar, 1997. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf. Acesso em 30/09/2105.

CASANOVA F, Osório LC, Dias LC. Abordagem comunitária: grupos na Atenção Primária à saúde. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 265-273.

DAVIS DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274(9):700-5.

FULLER JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Effectivenessofservicelinkages in primary mental healthcare: a narrativereviewpart 1. BMC Health Services Research 2011;11:72.

GERVAS J & Perez Fernandez M. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: resumo técnico para políticos, gestores e profissionais de saúde com responsabilidades em organização e docência. SBMFC, 2011. Disponível em: http://migre.me/rTXbp Acesso em: 07/10/2015

GERVAS J & Pérez Fernández M. El Fundamento cientifico de la función de "filtro" del médico general. RevBrasEpidemiol 2005; 8(2):205-18. Disponível em: http://migre.me/rTXcw. Acesso em 02/10/2015.

GILBODY S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educationalandorganizationalinterventionsto improve the management ofdepression in primarycare: a systematicreview. JAMA 2003; 289: 3145-3151.

GOMES LF. Desenvolvimento profissional continuado. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 414-20.
GRANT J. Measurement of learning outcomes in continuing professional development. The Journal of Continuing Education in the Health Professions 1999;19(4):214-221.

GUSSO G & Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 159-166.

HARTZ ZM & Contandriopoulos AP. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a «system without walls». Cad Saude Publica. 2004;20(Suppl.2):S331-336

OJEDAFEO JJ, Freire Campo JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. RevAdmSanit 2006; 4(2): 357-82

Organizacion Panamericana de La Salud - OPS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas e hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf
Acesso em 02/10/2015.

SAMPAIO LFR, Mendonça CS, Lermen Jr N. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P.28-41.

SARAIVA SA&ZepedaJ. Princípios do apoio matricial. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 298-306.

SEMFYC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de atuación en atención primaria. 3.ed. Barcelona: 2006.

SMITH SM, Allwright S, O´Dowd et al. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 3(CD004910). Disponível em:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636778. Acesso em out. 2015.

TRAVASSOS C & Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Suppl.2):S190-S198. Disponível em:
http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf. Acesso em: 02/10/2105