

Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasses

Professional integration in regionalized health services: on concepts, strategies and dilemmas

Integración profesional en servicios regionalizados de salud: en conceptos, estrategias y dilemas

Eleonor Minho Conill¹

Márcia Cristina Rodrigues Fausto²

RESUMO

O trabalho sistematiza conceitos e estudos comparados fornecendo um panorama das estratégias para integração dos serviços na América Latina e na União Européia. Nos sistemas universais públicos latino-americanos foram encontrados: territorialização, equipes multidisciplinares, informatização de prontuários, centrais de marcação, equipes especializadas para apoio matricial, redes com gestão regional e/ou municipal, consórcios para atenção especializada, comitês de integração e mudanças na formação profissional. Na União Européia mostraram-se efetivos: aumento da capacidade de resolução do generalista, difusão de *guidelines* com atividades educacionais *face to face*, implantação de formulário para referência, sendo o uso de “generalistas com

interesses especiais” considerado promissor. As iniciativas que propiciam processos de interação entre os profissionais são as que têm melhor resultados. Sem desconhecer a importância da eficiência nos sistemas públicos, é necessário ampliar o debate sobre os impasses de uma concepção instrumental e utilitarista na organização de redes regionalizadas e integradas nos serviços de saúde.

Palavras-chave: integração profissional; redes regionalizadas; serviços de saúde ; estudos comparados.

ABSTRACT

The paper systemizes concepts and comparative studies providing a broad view of strategies towards integration of health services in Latin America and in the European Union. In the latin-american universal public systems there were found: “geographically defined areas” (“*territorialização*”), multidisciplinary staff team, electronic files, central appointment offices, specialized support teams, regional management networks, consortium for

1 Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, eleonorconill@gmail.com

2 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

specialized care and committees for integration and professional development. In the European Union it appeared to be effective: General Practitioner's (GP's) growing resolution capacity, spread of guidelines with face to face educational activities, implantation of reference forms, being the use of "GP's with special interests" considered promising. The initiatives that propitiate interaction among staff are the ones that show better results. Without ignoring the importance of efficiency in the public systems, it is necessary to increase the debate on the difficulties of an instrumental and utilitarian conception in the organization of regionalized and integrated health services networks.

Keywords: Professional integration; health services networks; regionalization; comparative studies.

RESUMEN

El trabajo presenta una sistematización de conceptos y estudios comparados aportando un panorama de las estrategias para la integración de los servicios en América Latina y en la Unión Europea. En los sistemas universales públicos latinoamericanos fueron encontrados: territorialización, equipos multidisciplinarios, informatización de los registros médicos, centrales de marcación, equipos especializados para apoyo matricial, redes de gestión regional y/o municipal, consorcios para la atención especializada, comités de integración y cambios en la formación profesional. En la Unión Europea se muestran como estrategias efectivas: aumento de capacidad de resolución del médico generalista, difusión de guidelines con actividades educativas face to face, implementación del formulario

para referencias, y la práctica de "médicos generalistas con intereses especiales" es considerado como prometedor. Las iniciativas que promueven procesos de interacción entre los profesionales son las que tienen mejores resultados. Sin desconocer la importancia de la eficiencia de los sistemas públicos, se revela necesario ampliar el debate sobre los desafíos que presenta una perspectiva instrumental y utilitarista en la organización de las redes regionalizadas e integradas en los servicios de salud.

Palabras Chaves: integración profesional; rede regionalizadas; servicios de salud; estudios comparados.

INTRODUÇÃO

É hábito antigo e freqüente que usuários, profissionais e gestores denominem rede o conjunto de estabelecimentos que compõem a oferta dos serviços de saúde. Mais recentemente a palavra rede foi investida de novos significados tanto no campo da saúde, como no âmbito mais geral das teorias e tecnologias de comunicação que constituem uma das marcas do mundo contemporâneo. A palavra de ordem é estar em rede ou promover a construção de redes o que é sinônimo de interesses comuns, diluição de hierarquias, certeza de comunicação rápida e, tratando-se de instituições, do aumento de eficiência.

Em ciências sociais essa discussão estaria permeada por duas concepções. Uma hegemônica que tem raízes na doutrina utilitarista e que consideraria as redes como sistemas formais e funcionais com usos práticos na vida social (política, administração, medicina, por exemplo). Outra que trata desse

fenômeno articulando-o com uma compreensão ampliada dos circuitos de troca na sociedade e que atribui importância ao subjetivo, ao cultural e ao simbólico nas interações sociais e na criação do valor ¹.

Dar continuidade a essa discussão no campo da saúde ^{2,3} é certamente desafiador, uma vez que as correntes de explicação do social se diversificaram em múltiplos caminhos para abordar os relacionamentos humanos, a ação social e o processo de trabalho, que afinal está no centro da questão que nos interessa. Ainda assim, chamar atenção para a importância de aprofundá-la está entre as principais motivações deste texto.

A segmentação do acesso, a fragmentação e as dificuldades em garantir sustentabilidade ao atual modelo de prestação de serviços têm sido apontadas como uma problemática comum aos sistemas profissionais de saúde. Conforme veremos a seguir, a idéia de organizar redes regionalizadas e integradas a partir de áreas geográficas com níveis coordenados de atenção está diretamente relacionada com essa problemática, num movimento cíclico e aparentemente pendular que tem caracterizado a história das reformas desses sistemas. Ao longo dessa trajetória, tais propostas adquiriram distintas formas e significados sendo reelaboradas conforme o contexto nos quais foram aplicadas, gerando uma multiplicidade de conceitos que necessitam ser mapeados.

Por essa razão, a primeira parte do texto realiza uma síntese teórico-conceitual tendo por base trabalhos que se apóiam numa perspectiva analítica histórica e comparada. Num deles, Kuschnir & Chorny ⁴ mostram a importância de estabelecer a diferença entre a organização de

redes regionalizadas e integradas no âmbito de sistemas públicos de saúde e aquelas oriundas de um movimento de integração vertical de prestadores que ocorreu no sistema norte-americano, ou seja, é necessário distinguir o que pode ser um imperativo de racionalidade para o sucesso do mercado ou uma necessidade para tornar o acesso oportuno e diminuir desigualdades.

Em seguida, apresentamos os resultados de um estudo realizado para compreender os fatores que facilitam ou dificultam a integração dos serviços de atenção primária de saúde- APS aos sistemas de saúde, a partir da análise comparada das reformas realizadas na América Latina e na União Européia ⁵. Além de identificar as estratégias utilizadas, esse trabalho permitiu formular um modelo para uma abordagem mais abrangente da problemática da fragmentação/integração dos serviços propondo considerar a produção do cuidado como uma interação de determinantes do nível macro, meso e micro-social.

Com esse referencial, que retoma e atualiza um material de estudos comparados com o qual temos trabalhado, contextualizamos na conclusão algumas questões para seguimento desse debate em nosso país. A intenção é contribuir de modo a que a interação dos profissionais no sistema de saúde possa avançar para uma integração que supere uma autonomia fragmentadora sem os efeitos adversos de um excessivo controle gerencial.

INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS E ORGANIZAÇÃO DE REDES: BREVE REVISÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL

As estratégias para integrar os serviços têm

sido referidas sob uma ampla terminologia que pode significar situações bastante diversas: cuidado compartilhado, gestão de caso ou de doenças (*case ou disease management*), cuidado transmural, caminhos integrados de serviços, redes clínicas (*clinical networks*), sistemas integrados (*integrated delivery systems*) e redes regionalizadas^{4,5}. Também há referência ao termo caminhos programáticos para a estratégia de gestão de ações na área materno-infantil aplicada em países em desenvolvimento (*Integrated Management of Childhood Illness/ IMCI*)⁶.

No Brasil difundiu-se a noção de linhas de cuidado, o que coincidiu, em parte, com o retorno de propostas para construção de redes regionalizadas no SUS e, também, com um conjunto de processos para qualificação do segmento suplementar. Esta noção refere-se a “[...] a articulação ou a facilitação do acesso ao conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, aos cuidados de especialistas médicos ou de outros profissionais de saúde (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiros, e outros) e, as tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado que as pessoas necessitam”⁷.

É possível identificar, pelo menos, duas vertentes na origem de tantos termos e conceitos: uma refere-se a propostas organizacionais no âmbito das políticas de reformas numa perspectiva sistêmica, a outra provém de um referencial da avaliação do desempenho dos serviços com ênfase na qualidade do cuidado. Ainda que inter-relacionadas e dentro do campo do cuidado integrado, essas vertentes têm desdobramentos e enfoques um pouco distintos.

A TRAJETÓRIA DAS REFORMAS E A GÊNESE DAS PROPOSTAS DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Rosen⁸ foi um dos primeiros autores a mostrar a relação existente entre pobreza, doença e vida urbana e os modelos de assistência, proteção social e de prestação de serviços locais. A noção de distrito está presente nas propostas da “polícia médica” na Alemanha, nos Comitês da revolução francesa e num conjunto diversificado de ações desenvolvidas por paróquias e municípios no contexto da revolução industrial inglesa, incluindo a criação de dispensários que surgiram como complemento à ação dos hospitais.

Os centros de saúde norte-americanos do início do século XX visavam integrar serviços sociais e de saúde para comunidades excluídas com o argumento de que a esse trabalho requeria uma relação com a população em seu próprio terreno e mais próxima da moradia. Muitos deles tinham em comum a responsabilidade sobre um distrito ou uma população definida e a coordenação dos recursos dentro dessa área.

No entanto, são as formulações contidas no Relatório Dawson, publicado em 1920 no Reino Unido, que representam a primeira proposta de organização sistêmica para garantir o acesso a cuidados integrais para toda a população de uma região⁹. Dificilmente alguém da área da saúde desconhece a importância do Relatório Dawson. O que é interessante destacar é o movimento cíclico e aparentemente pendular que, com maior ou menor frequência, põe em evidência seus fundamentos teóricos.

Para Kuschnir & Chorny⁴, sua leitura

surpreende pela abrangência e profundidade, pois contempla os principais elementos que permitem assegurar racionalidade para viabilizar a universalização da atenção: porta de entrada, níveis de atenção, vínculo, referência e coordenação a partir da atenção primária, além de especificar mecanismos de integração, tais como, um sistema uniforme de história clínica cuja cópia deveria acompanhar o paciente quando encaminhado. Os profissionais dos centros de saúde trabalhariam de forma integrada com os serviços de referência para acompanhar o processo de cuidado, conhecer o tratamento e garantirem um suporte adequado no retorno do paciente. Todos os serviços, curativos e preventivos estariam sob mesma gestão sendo coordenados por uma única autoridade sanitária para assegurar unidade de propósitos e uma comunicação adequada.

Mesmo no Reino Unido, cujo *National Health Service-NHS* tem se constituído no marco de referência para sistemas públicos e universais, as propostas desse Relatório foram adotadas de modo parcial e gradativo ao longo de muitas décadas.

No momento de sua criação em 1948 fora preconizada a organização de um sistema descentralizado e pluralista sob controle municipal (as "*Local Authorities/LA*"). No entanto, em decorrência de negociações para superar a oposição médica a um controle local, o *NHS* foi estruturado de forma centralizada com três partes independentes: hospitais, serviços locais de saúde pública e serviços locais de assistência médica, odontológica, farmacêutica e de optometria. Os serviços comunitários, a saúde escolar e o saneamento continuaram sob controle das *LA* que permaneceram pouco integradas ao sistema. Os especialistas

("consultants") tornaram-se assalariados exercendo suas atividades em hospitais e os generalistas ("*General Practitioner/GP*") permaneceram em seus consultórios como prestadores liberais financiados pelo governo através de um sistema de pagamento por lista de pacientes sob sua responsabilidade ¹⁰.

Somente na década de sessenta com o crescimento dos gastos em decorrência da expansão de serviços cada vez mais especializados e, em alguns casos já sob financiamento estatal, é que ressurgirá nos Estados Unidos um movimento em favor de uma prestação local e integrada de cuidados, o conhecido movimento de medicina ou saúde comunitária. Sua origem advém de um lado dos Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros universitários e de outro, do contexto da "guerra à pobreza" desencadeada pelo governo federal. São suficientemente conhecidas as análises relacionando a emergência e difusão dessas propostas com a conjuntura de crise econômica e do modo de acumulação instalada nos países centrais a partir dos anos 70 e com o enfrentamento de uma situação explosiva determinada pelo crescimento de periferias urbanas, entre outros problemas ^{11,12}.

Em 1978, o consenso mundial em torno do conceito de atenção primária de saúde-APS destacou elementos que a Organização Mundial de Saúde-OMS estava empenhada em difundir nesse momento: integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. Esse discurso informará ao longo dessa década, de distintas maneiras e com distintos graus de intensidade, processos de reforma em

países com modelos de prestação de serviços tão diversos quanto Cuba, Moçambique, Canadá, Espanha, Itália e Brasil.

Na própria Inglaterra, ocorre em 1974 uma primeira reforma nessa direção com o estabelecimento no *NHS* de autoridades regionais, de área e equipes de gestão distrital. O controle e o pagamento dos serviços de atenção primária permaneceram a cargo de uma estrutura separada, num processo de integração que virá a se realizar somente mais de vinte anos depois.

A partir da década de 1980 essas propostas foram abandonadas em função de uma onda de reformas neoliberais no quadro de ajustes macroeconômicos, ênfase numa menor intervenção do Estado nas políticas sociais e a importância de um controle gerencial para obtenção de maior eficiência nos serviços. Nessa conjuntura, os argumentos de maior qualidade e da defesa dos recursos investidos pelos cidadãos se constituíram em slogans de muitos documentos oficiais, entre os quais o governo conservador que esteve no poder no Reino Unido de 1983 a 1996.

A introdução de uma concepção empresarial e a instituição de um mercado interno com competição pública foram as principais mudanças introduzidas no *NHS* durante essa fase. O princípio de regionalização foi rompido e as autoridades distritais passaram a realizar contratos com hospitais e outros serviços de atenção secundária, transformados em “*trusts*”, ou seja, com a responsabilidade de gerar seu próprio orçamento. Os *GPs* foram também estimulados a administrar fundos para compra direta de serviços (*GPs fundholders*).

Ao longo desse período, um conjunto de medidas para contenção de gastos foi também desenvolvido pelas empresas de planos de saúde nos Estados Unidos, país que se caracteriza por possuir um sistema de saúde pluralista, segmentado e com grande fragmentação. Essas medidas resultaram num maior controle da utilização dos serviços com instituição da figura do generalista *gatekeeper* e da prática profissional, instituindo-se o que ficou conhecido como *managed care* ¹⁰.

Dois modalidades de coordenação do cuidado a paciente crônicos, o *case management*/gerenciamento de casos e os programas de *disease management*, surgem nesse contexto e decorrem de necessidades de racionalização impostas ao *managed care* na prestação de serviços aos beneficiários do *Medicare*, seguro público federal para maiores de 65 anos ⁴.

O gerenciamento de casos surge como uma forma de realizar a gestão clínica de pacientes que demandavam a atenção de múltiplos prestadores com alta utilização, através de um único profissional, em geral de enfermagem. O gerenciamento de doenças visa o controle de riscos relacionados com morbidades geradoras de custos, através de protocolos clínicos estruturados. Essas propostas circularam em vários países e foram adaptadas por algumas operadoras no segmento suplementar no Brasil (monitoramento de crônicos). Sua adoção no âmbito dos sistemas públicos europeus teria encontrado resistência, uma vez que as primeiras empresas americanas especializadas em *disease management* pertenciam a indústria farmacêutica (ainda detentora da maior fatia do mercado) que garantia a venda de seus medicamentos na aplicação dos protocolos

clínicos ⁴.

Ainda nas décadas de oitenta e noventa, um movimento de integração vertical de prestadores no mercado americano deu origem a diversas combinações de atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico, conhecidas como *integrated delivery systems-IDS/* sistemas integrados de prestação ⁴.

O final da década de 1990 e o século XXI inauguram novas mudanças com um período de reformas pró-coordenação. Pelo menos no discurso, volta-se a enfatizar a importância de uma política de renovação da atenção primária e a importância de redes regionalizadas para a diminuição da fragmentação dos serviços. E, mais uma vez, o Reino Unido se constituiu num marco nesse sentido.

Em 1997, o partido trabalhista chega ao poder com o compromisso de abolir o mercado interno substituindo a competição por um trabalho colaborativo entre as instituições que, no entanto, permaneceram como “*trusts*”. A gestão local passou a ser responsabilidade de novas estruturas denominadas *Primary Care Trusts/PCTs*, aos quais todos os *GPs* estão vinculados e onde, finalmente, começaram a trabalhar juntos as autoridades distritais e os órgãos de controle dos serviços de atenção primária.

Em funcionamento desde 2002, os *PCTs* se propunham a avançar na direção de uma maior integração entre os serviços, com a compra de cuidados especializados sendo definida a partir das necessidades do nível local, além do grande desafio de promover qualidade entre uma diversidade de prestadores liberais ¹⁰.

O monitoramento do acesso tornou-se central nas atividades dos *PCTs* e a redução dos tempos de espera tornou-se a marca das políticas e ações desenvolvidas entre 2000/2010. Existem temores ¹³ quanto a um possível retrocesso desses avanços em função da mudança de governo e da tendência política que instituiu uma nova dinâmica visando “*liberar o NHS*”, o que inclui o retorno dos *GP fundholders* ¹⁴.

Em 2008 a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS publicou um documento ¹⁵ para orientar países latino-americanos na organização de Redes Integradas de Serviços de Saúde-RISS O trabalho se baseou na sistematização de estudos anteriores, Oficinas com *experts* e consultas nacionais. Entre os elencados como características das RISS, Kuscnir&Chorny ⁴ consideram como essenciais: população e territórios definidos, extensa rede de estabelecimentos que presta cuidados integrais, primeiro nível com cobertura de toda a população, porta de entrada que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede. O documento faz parte da série destinada a subsidiar iniciativas para a renovação da atenção primária nas Américas uma vez que muitos dos atributos que caracterizam essas práticas visam garantir a integralidade da atenção e se inserem, por essa razão, no campo do cuidado integrado.

Para Mendes ¹⁶ as mudanças demográficas e epidemiológicas com predomínio de doenças crônicas impõem um processo de trabalho com características distintas daquele que respondia aos agravos agudos. Ou seja, é necessário que os sistemas públicos superem um enfoque centrado em sistemas piramidais hierárquicos

para a organização de redes horizontais integradas de serviços com as seguintes características:

- APS como centro de comunicação e coordenação;
- processos de trabalho em âmbito microeconômico com três componentes: gestão dos riscos populacionais, gestão dos pontos de atenção e a gestão da clínica;
- sistemas integrados: integração horizontal, vertical, real ou virtual, alianças estratégicas e cooperação gerenciada;
- atenção hospitalar, especializada, atenção domiciliar, SADT, assistência farmacêutica sob uma única gestão,

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO DESEMPENHO DOS SISTEMAS E AS PROPOSTAS DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

Conforme já apontamos em trabalhos anteriores ^{5, 17}, o reconhecimento do potencial dos atributos relacionados com as práticas de atenção primária para a qualidade dos serviços, bem como, a importância de que estivessem integradas ao sistema para um efetivo papel de coordenação foi sendo enfatizado com o avanço dos estudos de avaliação.

A matriz do Projeto para avaliação do desempenho do sistema de saúde-PROADESS recentemente aplicada para conhecer a situação do Sistema Único de Saúde-SUS no Brasil e suas macro-regiões ¹⁸ utiliza um conjunto de indicadores para aferir efetividade, acesso,

eficiência, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação técnica e a segurança. Pelo menos três dessas medidas de desempenho tem uma relação direta com os processos de trabalho em APS cujos atributos específicos seriam assegurar a porta de entrada ao sistema (*gateopener*), estabelecer um vínculo com os usuários (*longitudinality*), oferecer um elenco integral de ações (*comprehensiveness*) com coordenação, enfoque familiar e orientação para a comunidade ¹⁹.

Cunha ²⁰ identificou diversos significados para o termo “*longitudinality*” (a autora sugere o termo vínculo longitudinal) que se aproximaria mais da noção de continuidade, uma vez que se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo. No Brasil, a noção de integralidade tem sido foco de inúmeras discussões incluindo concepções que vão, desde um princípio ético que deve orientar as relações sociais no campo da saúde, até um objetivo cujo alcance necessita ser medido. Consideramos que sua operacionalização pode ocorrer em torno do caráter completo da atenção, que pode ser avaliado tanto no plano individual como coletivo.

Para garantir integralidade o cuidado necessita ser completo (tipo de ações) e, por isso, contínuo no tempo (vínculo longitudinal) e no sistema (continuidade assistencial). A coordenação é o ato oriundo de práticas locais (coordenação do cuidado) e de gestão (coordenação assistencial) que favorece a realização desse objetivo e, tem como resultado a integração do sistema como um todo.

Para Gervás ²¹ a capacidade de resposta da APS implicaria em recomendar os melhores

cursos de ação diagnóstica e terapêutica sendo por isso necessário conhecer os caminhos para garantir a continuidade assistencial. De outro modo torna-se difícil o exercer uma função legítima de coordenação. A questão da credibilidade da atenção primária tem sido apontada como um nó crítico, considerada por alguns autores como o “*primary care paradox*”²², ou seja, a relativa fragilidade deste nível de atenção frente à intenção de fazê-lo assumir um papel tão estratégico no sistema.

A continuidade é uma das dimensões importantes na avaliação da qualidade na experiência dos usuários sendo que as ações da gestão podem frear ou catalisar a capacidade de resposta dos serviços de APS nesse sentido. Essas ações determinam o grau com que os eventos nos serviços serão percebidos pelos usuários como coerentes, conectados e consistentes com suas necessidades. Um conjunto de medidas ou de tecnologias para gestão da integração podem ser realizadas num território e dizem respeito ao planejamento adequado da capacidade instalada, do fluxo de pacientes, bem como, a introdução de sistemas de informação compartilhados e mecanismos para facilitar a interação entre os profissionais.

Uma lista de critérios ou de “atributos perguntas” permitiria avaliar a existência de um sistema integrado de serviços: necessidade do paciente não repetir nem a história clínica nem exames e não ser a única fonte de informação, receber atenção em nível inadequado, ter acesso 24 horas vinculado a APS, que seja fácil (telefone) e oportuno para exames e profissionais, informação para realizar suas escolhas, tempo nas consultas de APS, contato para prevenção de doenças crônicas, apoio domiciliar e treinamento para autonomia²³.

ESTRATÉGIAS PARA INTEGRAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E UNIÃO EUROPÉIA: ELEMENTOS COMPARADOS E UM MODELO EXPLICATIVO PARA A FRAGMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Este tópico sintetiza os resultados de um estudo para compreender os fatores que facilitam ou dificultam a integração dos serviços de atenção primária aos sistemas de saúde, a partir da análise comparada das reformas realizadas na América Latina e na União Européia⁵. A pesquisa foi feita de março a junho de 2007, através de revisão bibliográfica e análise de documentos (*dossiers*) elaborados pelos países participantes de um projeto de cooperação denominado Eurosocial (sub-projeto “*Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención*”) (RECIFE⁹). As palavras chaves utilizadas na revisão foram: “*integrated primary care*”, “*integrated delivery networks*”, “*integrated care pathways*”, “*coordination*”, “*linking levels of care*”, “*outpatient referral*”, “*atención primaria en salud*”, “*regionalización*”, “*niveles de cuidados/atención*”, “*coordinación*”, “*integración*”, “referência”, “contra-referencia”.

Houve o predomínio de uma atenção primária seletiva nas reformas na América Latina. Mesmo nos casos em que houve o estabelecimento de sistemas de base universal a fragmentação e a segmentação dos serviços ainda persistem. Três principais modalidades de integração foram identificadas: (i) atenção primária integrada por dentro dos programas de saúde materno-infantil (Bolívia, Nicarágua e El Salvador); (ii) a atenção primária como porta de entrada e eixo estruturante do sistema

público de saúde (Costa Rica, Chile, Brasil, Venezuela), (iii) a atenção primária integrada em experiências municipais em sistemas baseados em seguros (Colômbia, Argentina).

As principais estratégias para integração encontrada nos sistemas públicos foram: territorialização com adscrição de clientela, equipes multidisciplinares, informatização de prontuários, centrais de marcação de consultas, equipes especializadas para apoio matricial, criação de redes com gestão regional e/ou municipal, consórcios para atenção especializada, comitês de integração de serviços e mudanças na formação profissional. São distintos os graus de implementação e os resultados dessas medidas.

Na União Européia, o padrão de proteção social garante uma cobertura quase universal em saúde através de seguros públicos ou serviços nacionais. Mas também há fragmentação com grande diversidade de configurações institucionais. Na década de 90 foram implementadas reformas organizacionais pró-coordenação que incidiram no primeiro nível de serviços sugerindo a existência de um movimento favorável à difusão de uma política de uma atenção primária mais abrangente.

As estratégias de integração podem ser sintetizadas em três grupos: aumento do poder da APS sobre os demais níveis através da coordenação ou compra de serviços, aumento do rol de atividades pela transferência de funções ou mudanças nas condições para exercício desse novo papel (formação, sistemas de informação).

Inúmeros estudos, incluindo revisões sistemáticas avaliaram o resultado das seguintes

iniciativas, localizadas principalmente no Reino Unido: a) transferência ou substituição de serviços médicos fornecidos em nível hospitalar (cirurgias ambulatoriais, cuidados clínicos aproveitamento de generalistas com interesses especiais (*General practitioner with special interest/GPSI*), alta hospitalar com seguimento na APS, acesso direto para exames ou tratamentos hospitalares a partir do generalista; b) realocação ou mudança do fluxo de pacientes para o nível primário (clínicas especializadas de hospitais na comunidade, videoconferências, especialistas na equipe); c) colaboração ou gestão conjunta de casos; d) mudanças de comportamento profissional para diminuir referências (*guidelines*, auditorias com *feed-back*, educação, segunda opinião).

Mostraram-se efetivos, o aumento da capacidade de resolução do generalista (acesso a exames, fisioterapia), a difusão de *guidelines* desde que acompanhada de atividades educacionais *face to face* entre generalistas e especialistas e, implantação de formulário estruturado para referência de problemas principais. Parece ser promissor aproveitar os generalistas com interesses especiais para linhas de cuidado em áreas críticas. Tem melhor resultados as iniciativas que propiciam processos de interação entre os profissionais.

Na Espanha, um extenso documento de consenso destacou aspectos relacionados a integração horizontal, a capacidade de resolutiva, a gestão e a credibilidade. A importância da credibilidade e da busca por modelos flexíveis e diversificados com princípios comuns é enfatizada nas experiências de integração da APS nesse continente.

Reformas no setor saúde ainda estão em

curso em vários países da América Latina e muitas ainda não alcançaram os resultados esperados. Mas, mesmo nas experiências que reduzem o acesso a um conjunto de ações selecionadas é possível identificar movimentos inovadores. Em algumas dessas experiências e nos sistemas públicos melhor consolidados, as características multidisciplinares das equipes de saúde e a base municipal das ações favorecem o desenvolvimento de ações inter-setoriais e de promoção da saúde. As iniciativas de integração horizontal, ou seja, aquelas que se estabelecem com outros serviços ou setores em nível local parecem ser mais férteis no continente latino-americano do que no europeu.

Ao contrário, nos sistemas da União Européia há um leque diversificado de intervenções visando fortalecer a integração da atenção primária com o nível de cuidados especializados, ou seja, um aporte importante de medidas que enfocam a integração vertical.

Este estudo permitiu formular a hipótese de que para avançar na compreensão da problemática da fragmentação dos serviços e das estratégias para sua superação é necessário articular três níveis de análise. Assim, em nível macro-social ocorrem decisões que estabelecem regras que incidem na fragmentação dos serviços com diversos graus e intensidades. Tais decisões dizem respeito aos direitos de acesso, as coberturas, ao financiamento e a macro-regulação, o que inclui as políticas relacionadas com a demografia e os processos de trabalho dos profissionais de saúde. Os processos que ocorrem nesse plano envolvem muitas mediações e atores e sua análise permite identificar os fatores do contexto macro econômico, político e social que incidem nos determinantes e condicionam as políticas de

saúde.

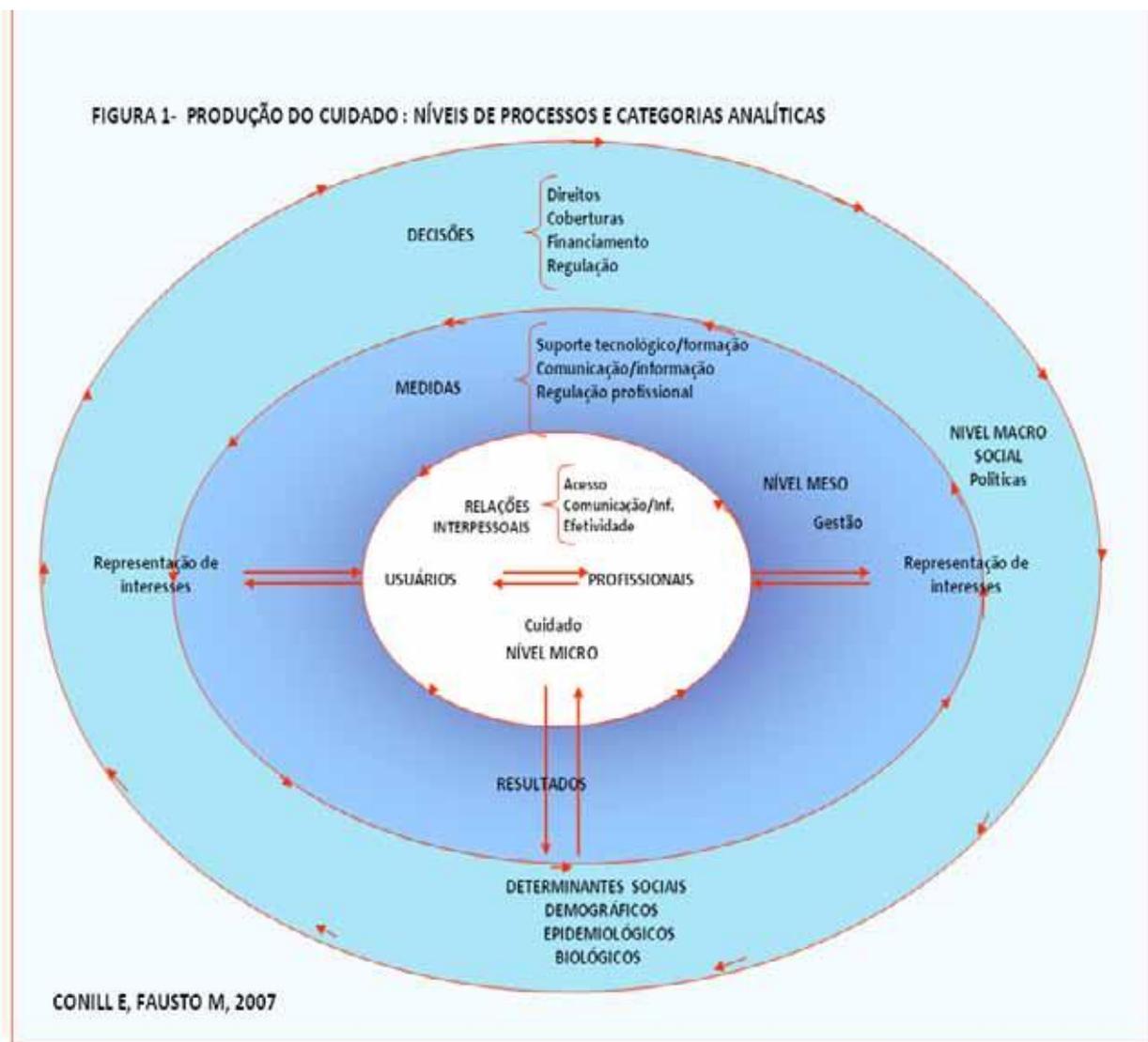
Em nível intermediário ou nível meso da produção social, localiza-se um conjunto de atividades de suporte necessárias ao desempenho adequado das práticas. A partir desse plano devem surgir medidas que transformem em ações concretas as decisões da macro-política (modelo assistencial, processos de trabalho, recursos, programas). Nesse nível importa observar não apenas as decisões, mas principalmente a implementação de mecanismos operativos importantes para facilitar a integração e a coordenação dos serviços. A revisão realizada permitiu identificar os seguintes grupos de fatores ou de condições: mecanismos para gestão do fluxo dos usuários, suporte tecnológico e formação dos profissionais para maior resolubilidade da APS e aumento de sua credibilidade, comunicação e informação, medidas de regulação profissional.

Em nível micro social aonde ocorre o cuidado, as relações interpessoais assumem importância com predomínio dos atributos relacionados ao acesso, a comunicação e a informação, com inúmeros aspectos subjetivos que permeiam as relações usuários, serviços/equipes e a relação médico-paciente. O quadro 1 traz uma representação esquemática desse modelo com os níveis de análise e categorias analíticas.

CONCLUSÃO

O contexto brasileiro e algumas reflexões sobre os impasses da integração nos sistemas profissionais de saúde

A opção por uma gestão municipal na



implementação do SUS conferiu características absolutamente particulares para a reforma brasileira. O protagonismo atribuído as Secretarias Estaduais de Saúde no processo de descentralização foi frágil e a atuação atomizada dos municípios aprofundou a fragmentação dos serviços com problemas na referência aos serviços especializados e de apoio diagnóstico.

Após um período de reformas político-institucionais e poucas mudanças na prática assistencial, a regionalização voltou a ocupar a cena. Primeiramente com a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOASS

²⁴ e, posteriormente, com a institucionalização dos Colegiados de Gestão Regional-CGRs, instâncias de negociação e articulação para constituição de redes regionalizadas em territórios integrados de atenção a saúde ²⁵.

A partir de 1990, o Programa de Saúde da Família se expandiu sendo considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, com incentivos a centralidade da APS na coordenação dos serviços. Alguns trabalhos têm mostrado que seus elementos constitutivos propiciam uma mudança na qualidade da interação profissional e, em algumas capitais, permitiram um avanço parcial

na integração entre os níveis assistenciais ²⁶.

Dentre as ações do Ministério da Saúde voltadas para a consolidação da atenção básica, se destacam inúmeras e sustentadas iniciativas para influenciar a formação dos profissionais com cursos de especialização e residências multiprofissionais. No entanto, uma análise mais geral do sistema de saúde mostra alguns entraves.

Em nível macro-social, o sistema se caracteriza por ser universal, mas ter uma cobertura duplicada e desigual. Sem uma política de regulação integrada, as características da composição público-privada no financiamento, prestação e utilização dos serviços determinam pressões na direção de uso pouco adequado dos recursos tecnológicos, de um trabalho parcelar com uma inserção transversal dos profissionais que transitam entre o sistema público e segmento suplementar.

Do ponto de vista político e administrativo, os desafios de uma gestão compartilhada entre a esfera federal, estadual e municipal tornam extremamente complexos os mecanismos de regulação profissional, planos de carreiras, desenvolvimento de pessoal e formação. Silva ²⁷ ao discutir os resultados do pacto pela saúde e a construção de redes regionalizadas destaca ter havido pouco avanço nos planos diretores de regionalização com dificuldades para o exercício de um financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede com padrões comuns para a gestão e a prestação de serviços. O Decreto 7508 promulgado em 2011 ²⁸ pretende contribuir nesse sentido ao estabelecer instrumentos legais para formalizar essas relações institucionais, mas sua existência é muito recente para qualquer tipo de avaliação. .

Para Hartz e Contandriopoulos ²³, a prestação de serviços em redes tornaria necessário construir quatro tipos de integração: sistêmica (entre as redes e o conjunto dos sistemas sociais e de saúde), normativa (representações sociais comuns entre os atores), funcional ou entre os pilares do sistema de governança (financiamento, gestão, informação) e do sistema clínico (equipes e processos de cuidado).

As dificuldades da gestão compartilhada e de uma autoridade sanitária definida dificultam a existência de um sistema comum de representações e de valores para uma responsabilização coletiva da população atendida, trabalho de convencimento que, em geral tem se limitado aos profissionais dos serviços de APS.

No entanto, mesmo com esses importantes impasses que não podem ser negligenciados, um conjunto de medidas tem se mostrado viáveis: processos de reformas curriculares dos cursos da saúde, existência de Distritos docente-assistenciais, a grande difusão das práticas da estratégia de saúde da família, a existência de municípios com programas inovadores de integração vertical (sistemas de informação compartilhados, apoio matricial) e uma multiplicidade criativa de ações para integração horizontal.

Mas, sem dúvida, são os aportes teóricos e práticos que surgiram a partir da teoria Paidéia desenvolvida por Campos ²⁹ para a reformulação ampliada do trabalho em saúde que tiveram grande relevância no cenário brasileiro e devem ser recuperados na reflexão final que este texto pretende suscitar.

Mesmo na Espanha, que possui um sistema nacional de saúde consolidado há quase três décadas, a gestão dos serviços especializados e de atenção primária permanecem separadas e, as interações entre especialistas e os médicos de APS são restritas. Um conjunto de incentivos financeiros atrelados ao cumprimento de metas e a informatização crescente do sistema (receita eletrônica, prontuário compartilhado, entre outros) tem visado uma maior integração e eficiência do sistema. Mas, há um déficit de médicos de família e comunidade ³⁰, com um movimento nacional reivindicando dez minutos para a realização das consultas, bem como, alguns estímulos que melhorem sua satisfação com o processo de trabalho ³¹. Tal como mostram as evidências assinaladas no tópico anterior, as atividades *face to face* e a autonomia de escolher áreas de atuação de seu interesse, estão entre as medidas que parecem ter melhor resultado para facilitar a integração entre generalistas. A questão da autonomia parece ter sido central na recente reforma das Unidades de Saúde Familiar em Portugal ³².

Torna-se necessário refletir sobre as propostas para a gestão de redes que estejam ancoradas unicamente na razão instrumental. Novas aberturas para análise da produção coletiva da vida social assumem a pluralidade de motivações e a inter-subjetividade nas interações sociais, sem as quais não haveria como acessar as dimensões valorativas e normativas das trocas humanas. Para Martins ¹ essa abordagem humanística no processo de constituição de redes não negaria a racionalidade. Ao contrário, as abordagens complexas tratariam de incorporá-la num esquema conceitual mais amplo, no qual a lógica do cálculo se constrói em conexão com

múltiplos fatores.

REFERÊNCIAS

1. Martins PH. Redes sociais: entre o simplismo da ideologia utilitarista e a complexidade das mudanças sócio-históricas contemporâneas. In Martins PH, Medeiros RS, organizadores. América Latina e Brasil em perspectiva Recife: Editora Universitária UFPE; 2009. P 21-56.
2. Godbout J. T. L'esprit du don. Paris: Éditions de la Decouverte; 1992.
3. Godbout JT. Ce que circule entre nous. Donner, recevoir, rendre. Paris: Éditions du Seuil, 2007.
4. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciên Saúde Colet 2010; 15 : 2307-2316.
5. Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la Integración de la Atención Primaria en Salud em la Red de Servicios em Europa y América Latina. Proyecto EUROsociAL Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención" Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2007 [2012 Mar 29]. Disponível em: <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Salud11.pdf>
6. Amaral, J. Grows, E., Bryce, J., Leite, A.J.M., Cunha, A.L.A., Victora, A.G. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S209-S219, 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). Agência

Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2005.

8. Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.

9. Ministerio de la Salud de la Gran Bretana. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, DC:OPS/OMS; 1964 Publicación científica 93.

10. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GVS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, /Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p.563-614.

11. Donnangelo, FMC, Pereira, L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.

12. Breilh, J. Community medicine under imperialism: a new medical policy? *Internacional Journal of Health Services* 1979; 9:5-24.

13. Ham C. Improving performance in the English National Health Service. *Eurohealth*. [serial on the Internet]. 2010 [cited 2012 mar 29];16(3): 23-5 Available from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf>

14. National Health Service (NHS). Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS [monografia na Internet]. London (UK): TSO; 2010 Jul [cited, 2012 mar 29]. Available from <www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@

[en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf)>

15. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Washington DC:OPS/OMS;2008

16. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II, Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

17. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(Supl 1)14-27.

18. Viacava F, Ugá MAD, Porto, SM. Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde PROADESS, Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2012. [2012 Mar 31] Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIOFINAL30-7-2011.pdf>.

19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2nd. ed. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

20. Cunha EM. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública; julho 2009.

21. Gervas J, Mena Pane O, Mainar, A S Capacidad de respuesta de la atención primária

y buena reputación professional, algo más que buen trabajo clínico Med Clin (Barc) 2007; 128:540-4. Disponível em <http://www.doyma.es>, acessado em 08/05/2007

22. Saltman RB, Rico A, Boerma, W, Editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006.

23. 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(Sup 2):S331-S336.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS SUS 01/01. Diário Oficial da União 2001; 26 jan.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida e de Gestão –Regulamento. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

26. 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. Cad. Saúde Pública 2010; 26:286-298.

27. Silva SF. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: Silva SF, Organizador. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de

saúde. Campinas: IDISA/CONASEMS; 2008.

28. Santos L. O decreto 7.508, de 2011: 21 anos depois, a lei 8.080/90 regulamentada, Brasília: CONASEMS, [2012 Mar 31]. Disponível em <http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/1843-o-decreto-7508-de-2011-21-anos-depois-a-lei-808090-regulamentada-por-lenir-santos>

29. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde In Campos GVS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo,/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p.41-80.

30. Pérez PB, López Valcárel BG - Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) Ministério de Sanidad y Consumo/ Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2009 [2012 Mar 31]. Disponível em http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf

31. Conill Em, Giovanella, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciên Saúde Colet 2011; 16: 22783-2794.

32. Rocha PM, Sá A B. Reforma de Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. Ciên Saúde Colet 2011; 16: 2853-2863.

Artigo apresentado em 30/03/2012

Artigo aprovado em 03/04/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012