



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão nº 78 – 2021
Cuidados Coordenados: uma chave
estratégica para um melhor sistema de
saúde suplementar

Autor: Bruno Minami

Superintendente: José Cechin

Cuidados Coordenados: uma chave estratégica para um melhor sistema de saúde suplementar

SUMÁRIO EXECUTIVO

- Atualmente, vivenciamos um sistema de assistência à saúde complexo, com falhas de comunicação e coordenação (cuidado fragmentado), desperdícios, especializado e voltado para o tratamento da doença, e não do indivíduo.
- Este estudo mostrou que uma das chaves estratégicas para aprimorar o sistema de saúde suplementar pode ser a coordenação do cuidado, que tem o potencial de sincronizar a prestação de cuidados assistenciais de um paciente a diferentes prestadores e especialistas em saúde que visam fornecer um atendimento integrado e focado na pessoa. Se bem implementada, a coordenação do cuidado pode melhorar os resultados para os pacientes, prestadores, planos de saúde e organizações.
- São elementos principais do cuidado coordenado: (i) acesso fácil a uma ampla gama de prestadores e serviços de saúde; (ii) eficiência na comunicação, integração e transição contínua do cuidado entre os prestadores; (iii) foco nas necessidades do paciente; (iv) informações claras e simples para que os pacientes entendam (NEJM, 2018); e (v) existência de meios e ferramentas para compartilhar informações (COPE Health Solutions, 2015).
- Existem três perspectivas sobre a coordenação de cuidados: (i) visão dos pacientes e suas famílias; (ii) visão dos profissionais de saúde; (iii) visão do representante do sistema de saúde (AHRQ, 2014).
- Para a AHRQ (2014), o objetivo da coordenação de cuidados é “atender às necessidades e preferências do paciente na prestação de cuidados de alta qualidade e alto valor”. Isso significa que as necessidades e preferências do paciente serão conhecidas e comunicadas no momento certo, às pessoas certas, e que essas informações serão usadas para orientar a prestação de cuidados seguros, apropriados e eficazes. O nível de necessidade de cuidados coordenados dependerá da fragmentação do sistema, da complexidade clínica e da capacidade do paciente de participar efetivamente da coordenação do próprio cuidado (AHRQ, 2014).
- A revisão da literatura de evidências realizada pelo Dr. John Ovretveit (2011) concluiu que uma maior coordenação de cuidados tem o potencial de reduzir os custos, melhorar a qualidade e economizar dinheiro. Além disso, segundo a OMS (2018), uma boa coordenação do cuidado irá melhorar a experiência do paciente (em especial, daqueles que possuem doenças crônicas ou complexas), aprimorará as experiências dos prestadores, melhorará os resultados e aumentará o desempenho do sistema de saúde. O pensamento contrário também é válido – a falta de coordenação de cuidados pode resultar, por exemplo, em má qualidade dos serviços prestados, cuidados fragmentados, inseguros, desperdícios (como com

procedimentos, consultas e exames duplicados), erros de medicação (má reconciliação), em aumento de internações e reinternações evitáveis (Ovretveit, 2011 e WHO, 2018).

- Em 2018, a OMS destacou oito práticas prioritárias que indicam o que deve ser feito para garantir a continuidade e a coordenação do cuidado: (1) Continuidade com um profissional de atenção primária; (2) Planejamento colaborativo de cuidados e tomada de decisão compartilhada; (3) Gerenciamento de casos para pessoas com necessidades complexas; (4) Serviços centrados em um único ponto de acesso; (5) Cuidados transitórios ou intermediários; (6) Atendimento integral ao longo de todo o caminho; (7) Tecnologia para apoiar a continuidade e a coordenação de cuidados; e (8) Construção da capacidade da força de trabalho.
- Em coordenação de cuidados, os desafios são comuns, como por exemplo: i) a responsabilidade pelo processo é compartilhada, o que contribui para a ambiguidade sobre quem é o responsável por fazê-lo funcionar bem; ii) muitos médicos de atenção primária não têm relações pessoais com especialistas e hospitais, o que pode dificultar a comunicação; iii) o tempo e esforços adicionais necessários para consultas, encaminhamentos ou transições eficazes geralmente não são reembolsados; e iv) a maioria das práticas de atenção primária não possui pessoal dedicado ou infraestrutura de informações (como um prontuário eletrônico) para coordenar o atendimento de forma eficaz (MacColl Institute for Healthcare Innovation, 2011).
- É crescente a ideia de que o modelo de cuidado coordenado deve atender às necessidades médicas (diagnóstico, tratamento e exames por exemplo) e não médicas do indivíduo, seus cuidadores e o seu contexto social. Questões não clínicas são muitas vezes esquecidas e também podem afetar a qualidade do atendimento, como por exemplo, os determinantes sociais do paciente, insegurança alimentar, ambiente de trabalho, tipo de moradia, transporte para o deslocamento até o prestador ou farmácia, nível de alfabetização em saúde e a indisponibilidade de profissionais de saúde, plano de saúde, hospital e assistência social. Se esses pontos não forem abordados, podem representar graves lacunas no atendimento, levando a internações e desfechos não planejados.
- Em determinados casos, como em lugares com escassez de profissionais e prestadores de serviços da saúde ou em comunidades remotas, além dos profissionais da saúde, a família, os cuidadores e seus responsáveis também desempenham papel fundamental para garantir a coordenação da saúde do paciente (WHO, 2018).
- A tentativa de replicação de um método de cuidados coordenados requer considerações cuidadosas pois depende do contexto local, no qual as oportunidades e os custos variam nos diferentes sistemas de saúde (Ovretveit, 2011).

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivenciamos um modelo de assistência à saúde com falhas de comunicação e coordenação (cuidado fragmentado), desperdícios, especializado e voltado para o tratamento da doença, e não do indivíduo. A seguir, criou-se um breve enredo para ilustrar como o nosso sistema de saúde é complexo e lembrar que cada sujeito é único e o nosso sistema de saúde pouco envolve os demais aspectos do paciente, como a sua história, família, as condições de vida, o contexto social, acesso aos serviços, local de residência e o seu acompanhamento nos diversos momentos da vida, por exemplo.

Imagine a Senhora Maria S., uma mulher de 78 anos, com insuficiência cardíaca e diabetes. Ela usa bengala para caminhar e recentemente percebeu ter problemas leves de memória. Sr^a Maria pega o metrô e ônibus para fazer consultas com um nefrologista e um cardiologista, ambos localizados em regiões extremas da cidade de São Paulo. Periodicamente, Sr^a. S. realiza exames laboratoriais no centro e se desloca para a farmácia perto da sua casa para pegar os remédios receitados pelos médicos. Maria tem uma filha, Jaqueline, que mora na casa vizinha, mas trabalha em tempo integral. Certo dia, ao almoçar, a idosa não se sentiu bem e solicitou uma ambulância. Sr^a. Maria foi levada ao pronto-socorro e foi diagnosticada com uma insuficiência cardíaca. Durante a avaliação inicial, questionou-se quais medicamentos ela estava tomando, se ela já tinha feito algum exame ou se sabia que tinha alguma doença, mas a paciente não se lembrava dos nomes e das doses que estava tomando. Maria foi então submetida a vários exames no hospital. Enquanto isso, sua filha entrou em contato com os especialistas e criaram as seguintes hipóteses: será que a Sr^a Maria esqueceu de tomar as dosagens certas? Ou será que algum dos médicos que ela consultou, sem ter conhecimento do histórico da paciente, pode ter mudado a dosagem dos medicamentos? Dias depois, Sr^a Maria recebeu alta do hospital e, antes de ir para casa, a enfermeira revisou informações importantes com ela e sua filha, atentaram-se para as prescrições



e uma nutricionista foi recomendada para propor uma dieta adequada¹.

O caso da senhora Maria ilustra o grande e complexo labirinto que vivenciamos ao buscar por assistência à saúde - caminhamos de forma descoordenada, utilizando serviços fragmentados, isolados, com diversos prestadores e serviços de saúde. Por muitas vezes, há ausência de registros médicos (prontuários) e falta interação entre os profissionais, o que faz com que sejam realizados passos desnecessários, exames e procedimentos redundantes, impactando em desperdícios e influenciando no aumento de custos assistenciais, por exemplo. Algumas linhas de pensamento questionam se esse sistema de saúde está de fato atento ao indivíduo e se será sustentável a longo prazo.

Para sanar essas adversidades, o conceito de coordenação de cuidados em saúde tem sido utilizado em diversos países² como uma chave estratégica para guiar um paciente em um sistema de saúde complexo e permitir que os gestores melhorem a satisfação do usuário, a saúde dos beneficiários, a qualidade, a segurança, a eficácia e eficiência do atendimento, reduzindo assim, os custos gerais, tirando-o desse difícil labirinto e o colocando em um sis-

¹ Exemplo idealizado com base em um cenário proposto pela ARHQ (2014).

² A coordenação do cuidado foi identificada pelo Instituto de Medicina dos EUA como uma chave estratégica para melhorar a eficácia, segurança e eficiência do sistema de saúde dos Estados Unidos (Corrigan JM et al., 2003).

tema de cuidados coordenados. É de grande valia quando há uma pessoa ou instituição que cuide do indivíduo como um todo e por toda a sua história de vida, que faça uma avaliação global (visão holística), entendendo suas peculiaridades e que as informações entre todos os prestadores estejam integradas, permitindo diagnósticos e tratamento mais efetivos.

Com o intuito de promover este tema no Brasil, inspirar novos estudos, discussões e reflexões no campo da saúde suplementar, elaborou-se este Texto para Discussão com o objetivo de expor o que é a coordenação do cuidado e traz-se referências do assunto para futuras práticas e pesquisas.

DEFINIÇÃO

Em síntese, o cuidado coordenado é o sincronismo na prestação de cuidados assistenciais de um paciente a vários prestadores de saúde e especialistas.

O termo “Coordenação do Cuidado” é um conceito amplo, usado por diferentes pesquisadores e possui diversas definições³. Uma grande revisão sistemática foi produzida em 2007, no qual MacDonald e outros autores finalizaram um relatório técnico sobre o assunto para a AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*⁴. Os autores identificaram vários programas em andamento nos setores público e privado e mais de 40 definições para o termo “Coordenação do Cuidado”. Combinaram os elementos comuns e desenvolveram a seguinte definição: **“A Coordenação do Cuidado é a organização deliberada das atividades de assistência ao paciente entre dois ou mais participantes (incluindo o paciente) envolvidos nos cuidados da pessoa afim de facilitar a prestação adequada dos serviços de saúde.** Além disso, incluem que: “A organização do atendimento envolve o recrutamento de pessoal e outros recursos para realizar todas as atividades necessárias de assistência ao paciente, gerido pela troca de informações entre os par-

ticipantes responsáveis por diferentes aspectos do cuidado” (tradução livre de McDonald KM et al., 2007).

Em 2014, a AHRQ atualizou o “Atlas de Medidas de Coordenação de Cuidados”⁵ e expôs as experiências de pacientes, profissionais e gerentes de sistemas de saúde⁶ com o objetivo de apoiar a mensuração da coordenação de cuidados. Por ser uma referência para pesquisadores que estudam o tema, este estudo trará alguns exemplos deste atlas. Neste documento foi proposto o Anel de Coordenação de Cuidados (figura 1), uma definição visual para mostrar seu objetivo e ajudar a ilustrar o tema.

Nesse Anel, os círculos coloridos representam alguns dos possíveis participantes, prestadores e informações importantes do fluxo da assistência. Na figura 1, o anel azul conecta os círculos coloridos e é a Coordenação dos Cuidados - qualquer coisa que preenche as lacunas (espaços em branco) ao longo do caminho da assistência. Dentro do anel está um triângulo que representam as três perspectivas existentes (da família, dos representantes e dos profissionais do sistema de saúde). No centro está o objetivo da coordenação de cuidados: “atender às necessidades e preferências do paciente na prestação de cuidados de alta qualidade e alto valor” - isso significa que as necessidades e preferências do paciente serão conhecidas e comunicadas no momento certo, às pessoas certas, e que essas informações serão usadas para orientar a prestação de cuidados seguros, apropriados e eficazes (AHRQ, 2014).

O nível de necessidade de cuidados coordenados dependerá da fragmentação do sistema (quanto mais fragmentado, maior será a lacuna entre os círculos), da complexidade clínica (mais círculos no anel) e da capacidade do paciente de participar efetivamente da coordenação do próprio cuidado (AHRQ, 2014).

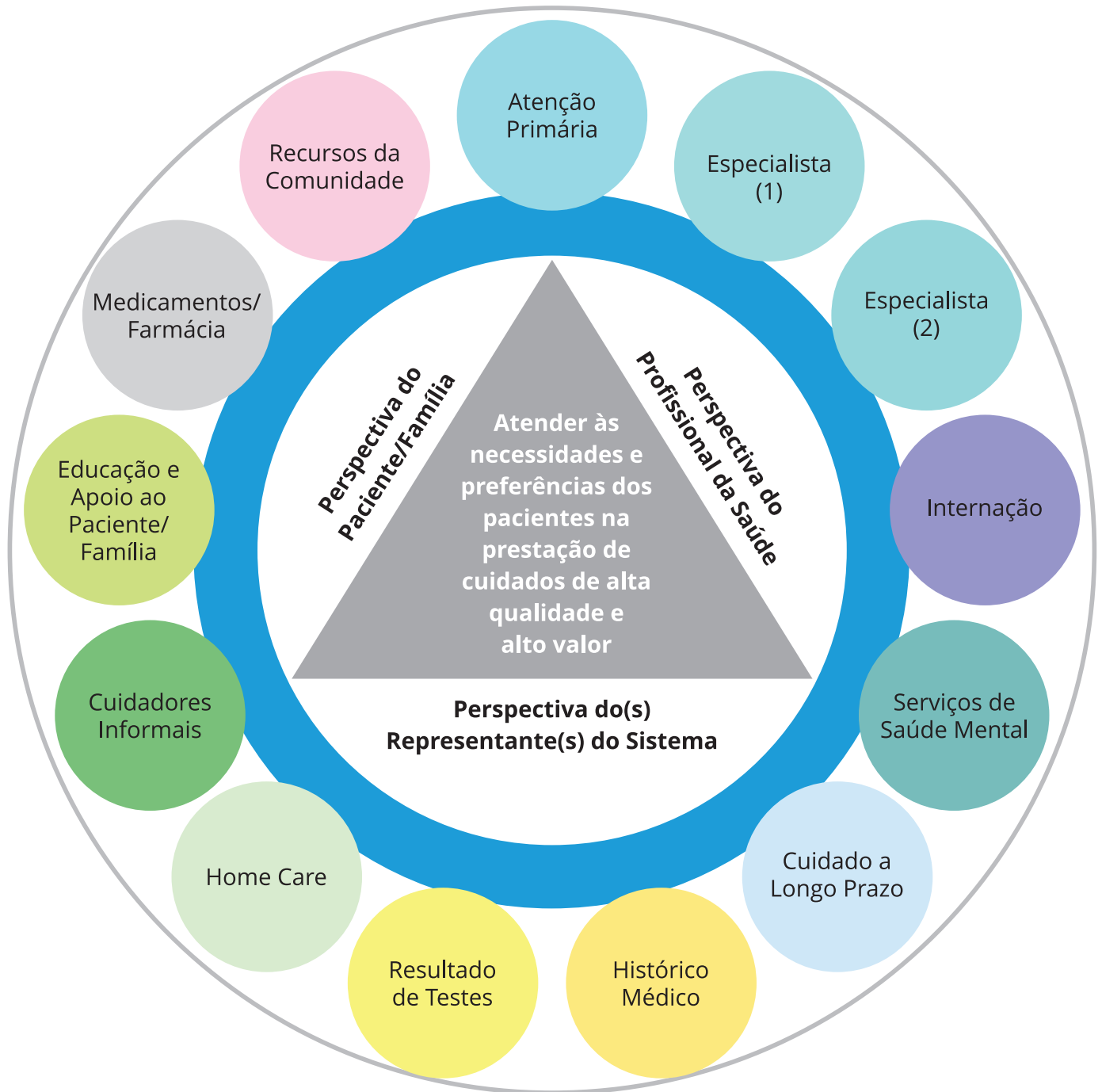
3 No Brasil, ainda há um vazio de publicações sobre este tema na saúde suplementar.

4 A AHRQ (ou Agência de Pesquisa e Qualidade em Assistência à saúde, em tradução livre) é a principal agência do Governo Federal dos Estados Unidos e encarregada de melhorar a segurança e a qualidade do sistema de saúde deste país.

5 A partir da revisão sistemática produzida, a AHRQ percebeu a necessidade de criar um Atlas para apoiar o campo de medição dos Cuidados Coordenados e publicou a primeira versão em 2011. Em 2014, viu-se o interesse nesse assunto crescer e novas medidas foram desenvolvidas e publicadas. Atlas disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf

6 Entendeu-se que para alguns propósitos, outras definições podem ser mais apropriadas, já que existem diversos participantes envolvidos na coordenação do cuidado.

FIGURA 1 – ANEL DA COORDENAÇÃO DE CUIDADOS



Fonte: Tradução livre de Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Chapter 2. What is Care Coordination? 2014. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.html> >.

Para a AHRQ (2014), os sucessos e as falhas na coordenação dos cuidados serão percebidos e podem ser medidos de diversas maneiras, dependendo de três perspectivas expostas no triângulo que está no interior do Anel (quadro 1):

QUADRO 1. ENTENDIMENTOS E PONTOS DE FALHAS SEGUNDO PERSPECTIVAS DO PACIENTE, DO PROFISSIONAL E DO REPRESENTANTE DO SISTEMA DE SAÚDE.

	ENTENDIMENTO	PONTOS QUE PODEM OCORRER FALHAS
(I) PERSPECTIVA DO PACIENTE/FAMÍLIA	Nessa visão, coordenação de cuidados é qualquer atividade que ajuda a garantir que as necessidades do paciente, suas preferências por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre pessoas, funções e locais sejam atendidas ao longo do tempo.	Os pacientes, suas famílias e outros cuidadores experimentam falhas de coordenação, particularmente nos pontos de transição que podem ocorrer entre instituições de assistência à saúde ou ao longo do tempo, e são caracterizadas por mudanças na responsabilidade e no fluxo da assistência.
(II) PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE	Nessa visão, a coordenação de cuidados é uma atividade centrada na equipe, na família e no paciente, projetada para avaliar e atender às necessidades dos pacientes, ajudando-os a navegar de maneira eficaz e eficiente através do sistema de saúde. A coordenação envolve determinar para onde enviar o paciente (por exemplo, o sequenciamento entre especialistas), quais informações sobre o paciente são necessários para transferência entre as instituições de saúde e como gerenciar responsabilidades entre os profissionais de saúde. A coordenação de cuidados aborda o médico, social, comportamental, educacional e as necessidades financeiras para alcançar o melhor resultados de saúde, bem-estar ou fim de vida, de acordo com as preferências do paciente.	Os profissionais de saúde observam falhas na coordenação, especialmente quando o paciente é direcionado para o local "errado" no sistema de saúde ou tem um desfecho ruim, como resultado de transferências equivocadas ou trocas inadequadas de informações.
(III) PERSPECTIVA DO(S) REPRESENTANTE(S) DO SISTEMA DE SAÚDE	Nessa visão, a coordenação dos cuidados é responsabilidade de qualquer sistema de cuidados (no EUA por exemplo, das "Accountable Care Organizations - ACOs") para integrar os profissionais de saúde, informações e outros recursos necessários para realizar todas as atividades de atendimento ao paciente entre os participantes do cuidado (incluindo o paciente e seus cuidadores). O objetivo da coordenação dos cuidados é facilitar a entrega apropriada e eficiente dos serviços de saúde, dentro e entre os sistemas.	Falhas na coordenação que afetam o desempenho financeiro do sistema podem levar a ações corretivas. Representantes do sistema também perceberão uma falha na coordenação quando um paciente experimenta um acidente clinicamente significativo que resulta da fragmentação do atendimento.

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. Elaboração e tradução: IESS. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas/chapter2.html>.

O Atlas da AHRQ (2014) também traz dois mecanismos para alcançar o objetivo do cuidado coordenado: usando abordagens amplas que são comumente usadas para melhor a prestação de cuidados em saúde e usando atividades específicas (Quadro 2).

QUADRO 2. MECANISMOS E EXEMPLOS DE ABORDAGENS AMPLAS E ATIVIDADES ESPECÍFICAS PARA ALCANÇAR A COORDENAÇÃO DE CUIDADOS.

ABORDAGENS AMPLAS	ATIVIDADES ESPECÍFICAS
<p>MECANISMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe. • Gerenciamento de cuidados. • Gerenciamento de medicamentos. • Tecnologia da informação em saúde. • Centro médico focado no paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer e acordar responsabilidades. • Comunicar e compartilhar conhecimento. • Ajudar na transição de cuidados. • Avaliar as necessidades e objetivos do paciente. • Criar um plano de atendimento proativo. • Monitorar e acompanhar, incluindo a resposta a mudanças nas necessidades dos pacientes. • Apoiar os objetivos de autogestão dos pacientes. • Vincular recursos da comunidade. • Trabalhar para alinhar recursos às necessidades do paciente e da população.

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. Elaboração e tradução: IESS.

DESAFIOS E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Em coordenação de cuidados os desafios são comuns, como por exemplo, o relacionamento entre as pessoas e entre os profissionais exige tempo extra num momento em que o tempo já é escasso e os profissionais de saúde podem não acreditar que as mudanças irão beneficiar a si mesmo ou aos pacientes (Ovretveit, 2011).

Um outro material de referência foi produzido em 2011 pelo Grupo *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, com apoio do *The Commonwealth Fund*, denominado “Reduzindo a Fragmentação do Cuidado: Um Kit de Ferramentas para Coordenar o Cuidado”⁷ e contém estratégias práticas para ajudar a implementar ações específicas de coordenação de cuidado. Neste documento, foi elencado que a coordenação de cuidados é difícil pois:

- (i) a responsabilidade pelo processo é compartilhada, o que contribui para a ambiguidade sobre quem é o responsável por fazê-lo funcionar bem;
- (ii) muitos médicos de atenção primária não têm relações pessoais com especialistas e hospitais, o que pode dificultar a comunicação;

- (iii) o tempo e esforços adicionais necessários para consultas, encaminhamentos ou transições eficazes geralmente não são reembolsados; e
- (iv) a maioria das práticas de atenção primária não possui pessoal dedicado ou infraestrutura de informações (como um prontuário eletrônico) para coordenar o atendimento de forma eficaz (MacColl Institute for Healthcare Innovation, 2011).

Outro desafio em cuidados coordenados envolve as transições do cuidado, que ocorrem quando a informação sobre a prestação de serviços ou a responsabilidade por algum aspecto do cuidado de um paciente é transferida entre duas ou mais entidades de assistência médica ou é mantida ao longo do tempo por uma entidade (AHRQ, 201). Pode-se então idealizar duas categorias:

- (i) Transições entre entidades do sistema de saúde:
 - Entre os membros de uma equipe de atendimento (receptionista, enfermeira, médico);
 - Entre equipes de atendimento ao paciente;
 - Entre pacientes/cuidadores informais e cuidadores profissionais;
 - Entre níveis de atenção (cuidados primários, cuidados especiais, internação, departamento de emergência); e

⁷ Ou em inglês: “Reducing Care Fragmentation: A Toolkit for Coordinating Care” e disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Care_Coordination&s=326

- Entre organizações de saúde.
- (ii) Transições ao longo do tempo:
 - Entre episódios de atendimento (ou seja, visita inicial e visita de acompanhamento);
 - Ao longo da vida (por exemplo, estágios de desenvolvimento pediátrico, ciclo reprodutivo de mudança das mulheres, necessidades de cuidados geriátricos); e
 - Através da trajetória da doença e da mudança dos níveis de coordenação (AHRQ, 2014).

Para complementar, o *MacColl Institute for Healthcare Innovation* (2011) destaca que todos os encaminhamentos e transições devem atender aos seis objetivos para cuidados de saúde de alta qualidade do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Institute of Medicine - IOM⁸):

- Oportuno: os pacientes recebem transições e serviços de consulta necessários sem atrasos desnecessários.
- Seguro: as referências e transições são planejadas e gerenciadas para evitar danos aos pacientes devido a erros médicos ou administrativos.
- Eficaz: referências e transições são baseadas em conhecimento científico e devem ser bem executadas para maximizar seu benefício.
- Centrada no paciente: as referências e transições respondem às necessidades e preferências do paciente e da família.
- Eficiente: as referências e transições são limitadas àquelas que beneficiam os pacientes e evitam a duplicação desnecessária de serviços.
- Equitativo: a disponibilidade e qualidade dos encaminhamentos e transições não variam de acordo com as características pessoais dos pacientes (MacColl Institute for Healthcare Innovation, 2011).

CUIDADOS COORDENADOS ECONOMIZAM DINHEIRO E MELHORAM A QUALIDADE?

A revisão da literatura de evidências realizada pelo Dr. John Ovretveit (2011) concluiu que uma maior coordenação dos cuidados tem

⁸ Mais informações em *Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.*

sim o potencial de reduzir os custos, melhorar a qualidade e economizar dinheiro. Segundo a OMS (2018), uma boa coordenação do cuidado irá melhorar a experiência do paciente, em especial, daqueles que possuem doenças crônicas ou complexas, aprimorar as experiências dos prestadores, melhorar os resultados e aumentar o desempenho do sistema de saúde. O pensamento contrário também é válido - a falta de coordenação pode resultar, por exemplo, em má qualidade dos serviços prestados, cuidados fragmentados, inseguros, desperdícios (como com procedimentos, consultas e exames duplicados), erros de medicação (má reconciliação) e internações e reinternações evitáveis (Ovretveit, 2011 e WHO, 2018).

Em síntese, Ovretveit (2011) entendeu que:

- (i) algumas melhorias de coordenação reduzirão o desperdício e melhorarão a qualidade, mas a economia ou o aumento da receita dependerá de como os prestadores de serviços são pagos;
- (ii) as abordagens mais custo-efetivas foram aquelas que usaram dados confiáveis para identificar os pacientes com maior risco de adoecimento e, então, garantir que ele tivesse o tipo certo de atenção coordenada;
- (iii) mudanças nos modelos de pagamento, regulação, educação profissional são necessários; e
- (iv) as economias dependem da eficácia com que quaisquer melhorias são implementadas e de sua escala de tempo, e não apenas de qual melhoria é usada (Ovretveit, 2011).

Uma das mensagens mais importantes de Ovretveit (2011) é a de que tentativas de replicação precisam de considerações cuidadosas pois dependem do contexto local - as oportunidades e os custos variam nos diferentes sistemas de saúde.

Para exemplificar o assunto, traz-se um estudo elaborado por uma equipe de pesquisadores da Universidade *Johns Hopkins*, que, em 2001, desenvolveu o "Guided Care" (ou modelo de Assistência Guiada)⁹ para gerenciar o crescente número de idosos com condições com-

⁹ Mais informações em: <http://guidedcare.org/program-history-results.asp>

plexas de saúde, melhorar resultados e reduzir os gastos¹⁰.

Nesse modelo, um enfermeiro registrado e treinado é responsável por pacientes com várias condições crônicas de saúde (como diabetes e colesterol alto, por exemplo). O enfermeiro realiza uma avaliação inicial com o paciente, conversa diretamente com os profissionais de atenção primária para desenvolver um plano de assistência detalhado e coordena o atendimento especializado com outros prestadores de serviços e as transferências entre diferentes locais de atendimento a fim de garantir que o plano seja seguido e que nada seja esquecido (NEJM Catalyst, 2018).

Um estudo do modelo demonstrou que os pacientes idosos do Guided Care apresentaram, em média, 24% menos dias em hospital, 15% menos atendimentos de emergência, 29% menos episódios de atendimento domiciliar e 9% mais visitas de especialistas. Essas diferenças na utilização representaram uma economia anual líquida de US\$ 1.364 por paciente segurado (Bruce Leff et al., 2009).

A FIGURA DO COORDENADOR DO CUIDADO

Como visto no modelo do *Guided Care* e em outros casos expostos, em cuidados coordenados é importante ter um coordenador do cuidado que seja capaz de apoiar as pessoas na sua navegação no sistema e em serviços de saúde, e que se torne o ponto de contato à medida que as pessoas realizam e completam o seu plano de assistência.

As funções de um coordenador do cuidado podem incluir: a orientação do paciente à avaliação e serviços especializados necessários; garantir a consistência e continuidade no atendimento; fazer conexões com os diversos serviços disponíveis; engajar o paciente; e dar suporte à autogestão do paciente e à sua família ou seu cuidador.

Um exemplo interessante de ação proativa do coordenador é verificar como está a saúde

das pessoas pelo menos uma vez ao ano. Um exemplo de estratégia pode ser telefonar para seus pacientes no dia de seu aniversário para lhe parabenizar e, neste momento, aproveitar para questionar como está a saúde da pessoa e se ela necessita de algum apoio.

O navegador também precisa entender e conhecer a família e as pessoas que convivem com o paciente. Ao se indagar por qual motivo uma estratégia não estaria funcionando, pode-se também questionar aos irmãos, parentes e colaboradores (como a diarista, cozinheira¹¹), por exemplo.

Em determinados casos, como em lugares com escassez de prestadores de serviços da saúde ou em comunidades remotas, além dos profissionais da saúde, a família, os cuidadores e seus responsáveis também desempenham papel fundamental para garantir a coordenação da saúde do paciente (OMS, 2018).

VIVÊNCIAS E RELATOS DE UM COORDENADOR DO CUIDADO

O diretor médico associado do centro de atenção primária da Escola de Medicina Perelman da Universidade da Pensilvânia (Estados Unidos), Matthew Press, descreveu as complexidades que presenciou em um cenário de cuidados coordenados. Dr. Matthew é um clínico geral e atendia regularmente o “Sr. K.”, um homem de 70 anos. Em um determinado dia, seu paciente apareceu com dores no flanco (região abdominal) e febre. Então o Dr. Matthew solicitou uma tomografia computadorizada de abdômen e revelou que o Sr. K estava com uma pedra nos rins e uma massa de 5 cm em seu fígado, que uma ressonância magnética subsequente indicou ser provavelmente um colangiocarcinoma (Matthew J. Press, 2014).

Durante 80 dias, do momento que o Sr. K foi informado do resultado da ressonância magnética até o dia que seu tumor foi ressecado, 11 outros médicos foram envolvidos no tratamento, 5 procedimentos e 11 consultas foram

¹⁰ O Commonwealth Fundo descreveu em 2016 a prática do Guided Care em ambiente urbano e rural. Disponível em: < <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/oct/guided-care-structured-approach-providing-comprehensive-primary> >

¹¹ As vezes, ao conversar com outras pessoas que convivem com o paciente, pode se descobrir novos relatos ou pontos que o paciente desconhecia - por exemplo, um beneficiário que está acima do peso e almoça e janta todos os dias de trabalho no refeitório da empresa. Ao conversar com cozinheira, verificou-se que havia excesso de óleo e açúcar na alimentação dos colaboradores.

realizadas (nenhuma com o Dr. Matthew). Com o aumento da complexidade do cuidado, as ações de coordenação se multiplicavam. O Dr. Matthew registrou todos os movimentos e criou um “replay instantâneo”¹² (Figura 2). No total, Dr. Matthew se comunicou 40 vezes com outros médicos (32 e-mails e 8 ligações) e 12 vezes com o Sr. K ou sua esposa. O paciente foi submetido a 5 procedimentos e teve 11 consultas em consultórios (Matthew J. Press, 2014).

Esse “replay” permite uma visão ilustrativa da coordenação necessária para garantir que o atendimento assistencial ao Sr. K fosse entregue com segurança e eficácia. Para Dr. Matthew (2014), a coordenação do cuidado é a espinha dorsal de novos modelos de assistência e expõe as lições aprendidas:

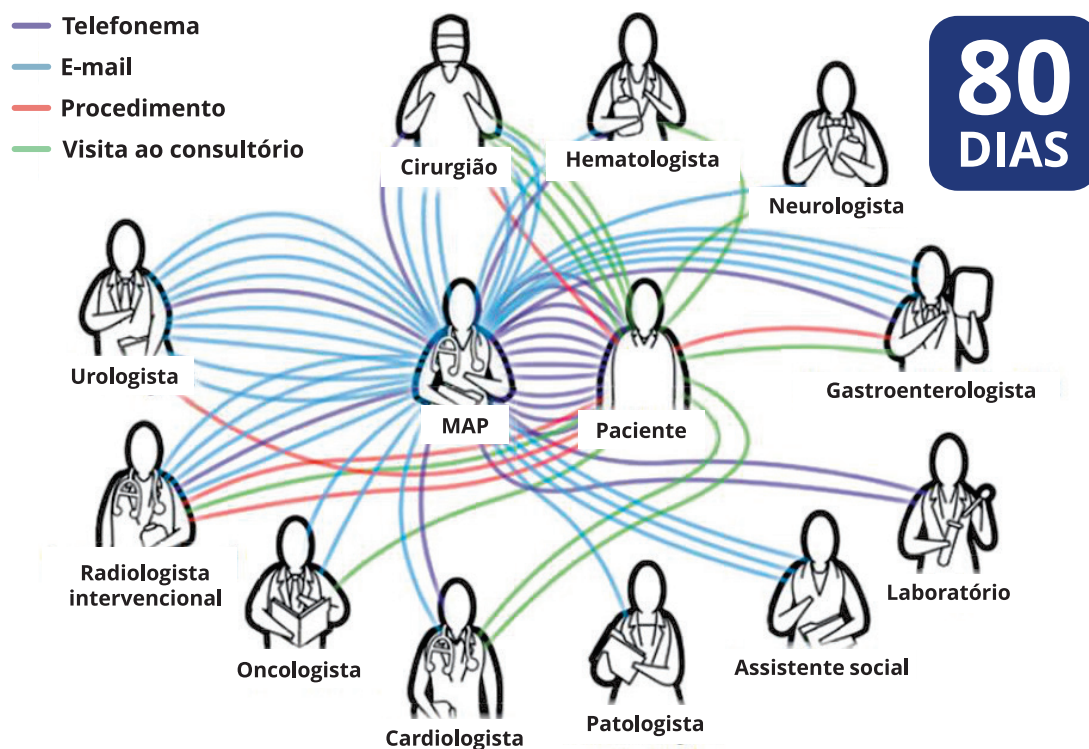
- (i) a coordenação do atendimento é uma questão de segurança do paciente e não é somente uma proposta de valor (maior qualidade e menor custo) – o paciente pode

ser prejudicado quando os prestadores estão fora de sincronia e a coordenação tem o papel de prevenir erros médicos;

- (ii) o trabalho da equipe de saúde em ambientes clínicos precisa de uma atualização – atualmente os membros das equipes podem não se ver ou não se conhecer, e isso torna o ambiente mais desafiador. Para facilitar a colaboração, é preciso que existam sistemas e tecnologias que auxiliem a comunicação dessas equipes, como por exemplo, prontuários eletrônicos e aplicativos para trocas de mensagens eletrônicas;
- (iii) designar a coordenação de cuidados para profissionais da equipe não médicos, como gerentes de cuidados, por exemplo, pode beneficiar os pacientes, mas em muitos casos a comunicação precisa ser feito de médico a médico – o que implica reservar um tempo para esta comunicação e um sistema de pagamento que reconheça o valor desse tipo de atendimento também (Matthew J. Press, 2014).

¹² “Replay instantâneo” e apresentação para um público de profissionais da saúde disponível no youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=ygAel5RMqs4>.

FIGURA 2. COORDENAÇÃO DO CUIDADO AMBULATORIAL PARA UM PACIENTE.



*MAP: médico de atenção primária (PCP) do paciente
 Fonte: Matthew J. Press (2014). Nota: realizou-se tradução literal do inglês para o português. Figura original disponível em: Instant Replay — A Quarterback’s View of Care Coordination. N Engl J Med 2014; 371:489-491. Um “replay instantâneo” animado está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ygAel5RMqs4> e o texto completo deste artigo em NEJM.org.

PRÁTICAS PRIORITÁRIAS PARA GARANTIR A CONTINUIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Uma referência prática em cuidados coordenados foi produzida recentemente, em 2018, pela Organização Mundial da Saúde (OMS ou *World Health Organization - WHO*, em inglês). Elaborou-se um resumo prático para abordar conceitos de continuidade¹³ e coordenação do cuidado¹⁴ (definições amplas e inter-relacionadas, às vezes, sobrepostas) e apoiar a implementação de serviços de saúde com cuidados integrados e centrado nas pessoas. Nesse material, destacam-se oito práticas prioritárias que indicam o que deve ser feito para garantir a continuidade e coordenação do cuidado, idealmente como parte de um modelo focado na atenção primária à saúde. A seguir, trazem-se as oito práticas prioritárias:

- 1. Continuidade com um profissional de atenção primária:** pessoas que têm relacionamento contínuo com os profissionais de atenção primária normalmente têm menos atendimentos e admissões em um pronto-socorro para condições que requerem atendimento ambulatorial e são mais satisfeitos com seus cuidados¹⁵;
- 2. Planejamento colaborativo de cuidados e tomada de decisão compartilhada:** ao centrar o atendimento na pessoa, o planejamento colaborativo dos cuidados permite que os indivíduos, famílias e cuidadores sejam envolvidos na avaliação e decisões sobre cuidados, ajudam a gerenciar suas condições, melhoram a compreensão e adesão aos medicamentos;
- 3. Gerenciamento de casos para pessoas com necessidades complexas:** o gerenciamento de caso é uma abordagem proativa

¹³ Continuidade do cuidado: "the degree to which a series of discrete health care events is experienced by people as coherent and interconnected over time and consistent with their health needs and preferences" (OMS, 2018).

¹⁴ Coordenação do cuidado: "a proactive approach to bringing together care professionals and providers to meet the needs of service users to ensure that they receive integrated, person-focused care across various settings" (OMS, 2018).

¹⁵ No Brasil, há um caso exemplar de continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Os agentes comunitários e equipes de saúde da família, que atendem uma vez ao mês uma família em área definida, atuam como ponte entre pacientes, familiares e profissionais e fornecem educação em saúde, administram problemas de saúde de baixa complexidade, triagem clínica, gerenciamento de doenças crônicas, de exames, de vacinações e de medicamentos, por exemplo.

que envolve a detecção de casos, avaliação, planejamento e coordenação de cuidados para integrar serviços às necessidades dos indivíduos. Um gerente de caso profissional poderá seguir o cuidado ao longo do tempo e acompanhar as necessidades de saúde física e mental das pessoas com condições de saúde complexas ou complicadas;

- 4. Serviços centrados em um único ponto de acesso:** colocação física de diferentes profissionais, fornecedores e serviços de diferentes áreas em um único ponto podem melhorar a comunicação, confiança, eficiência, coordenação e aprendizado (como em centros de saúde, centros regionais especializados e policlínicas);
- 5. Cuidados transitórios ou intermediários:** gestão eficaz da transição do atendimento do hospital para casa ou da doença ou lesão para recuperação e independência, melhora a qualidade do atendimento, agiliza a recuperação, reduz a taxa de reinternação e o custo do atendimento. As equipes que gerenciam as transições podem oferecer tratamentos, reabilitações, cuidados paliativos e gerenciamento de medicamentos em casa como alternativas à readmissão ao hospital;
- 6. Atendimento integral ao longo de todo o caminho:** a coordenação de cuidados eficaz para pessoas com doenças crônicas por exemplo, garante que o suporte não será fornecido por práticas individuais e isoladas, e sim, com cuidados integrados e centrados na pessoa, adaptados às necessidades individuais ao longo do percurso do cuidado;
- 7. Tecnologia para apoiar a continuidade e a coordenação de cuidados:** ferramentas e plataformas para a troca de informações facilitam a adoção de intervenções práticas e a identificação de pessoas, garantindo assim, a continuidade e coordenação do cuidado; e
- 8. Construir a capacidade da força de trabalho:** educação e treinamento são necessários para aprimorar o conhecimento, confiança, habilidades e competências de pacientes, famílias, voluntários e funcionários envolvidos na entrega da continuidade e coordenação do cuidado (WHO, 2018).

O resumo prático da OMS também exemplifica cada prática prioritária e descreve como os gerentes e profissionais da saúde podem realizar essas medidas na prática e adaptá-las para o contexto local¹⁶.

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO

A coordenação do cuidado pode ser implementada em todos os níveis de atenção à saúde, dos cuidados primários aos cuidados de longa duração, e pode variar de acordo com o estado de saúde do paciente.

COORDENAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA: a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser compreendida como a organizadora e o primeiro nível de atenção em um Sistema de Saúde, ou seja, a porta de entrada para um sistema multidisciplinar, que integra e coordena a atenção à saúde, que suprirá as necessidades e problemas de saúde da população (Opas, 2011).

Alguns estudos mostram que uma relação contínua com um profissional da atenção primária é um caminho para a colaboração e comunicação eficaz e que irá coordenar o cuidado, melhorar a experiência do paciente e seus resultados (WHO, 2018). Programas de cuidados coordenados eficazes na atenção primária demonstraram reduzir hospitalizações e visitas ao pronto-socorro e deixam o paciente mais satisfeito com seus cuidados, mas em contrapartida, exigem que os mesmos tenham contatos frequentes com os profissionais de saúde, que irão antecipar as necessidades, comunicar as informações às pessoas certas, no momento certo (WHO, 2018). Em 2017, Penm J. et al. analisaram dados da pesquisa de 2013 da *Commonwealth Fund* e encontraram associação estatisticamente significativa do relacionamento contínuo com um médico da atenção primária e melhores resultados da coordenação do cuidado (Penm et al., 2017).

Para cuidar de pacientes, em especial aqueles com doenças crônicas ou complexas, alguns modelos adotam a APS como porta de entrada e orientadora do fluxo de cuidados, pois em

geral, necessitam consultar um profissional com mais frequência e eles terão mais tempo nas consultas para ouvir e esses conhecem a história clínica do paciente (WHO, 2018).

Estudos apontam que uma APS forte e resolutive tem capacidade para resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma determinada população (Opas, 2019), e os demais 20%, são casos de urgência e emergência, especialistas e internação. As evidências mostram que sistemas de saúde com uma forte APS têm melhores resultados, menores taxas de hospitalizações desnecessárias, maior equidade e menores despesas em saúde (Starfield, 2005; Kringos, 2013; e Macinko, 2003).

Uma importante referência ao se tratar de APS é a professora e autora Bárbara Starfield. Em 2002, Starfield consolidou a produção científica relacionada à APS e publicou um importante livro sobre o tema, expondo alguns princípios e quatro atributos essenciais da APS, como: acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade. Para a autora, a Coordenação da Atenção à saúde é essencial para a APS, e sem ela, outros aspectos como a longitudinalidade perderia seu potencial, a integralidade seria dificultada e o primeiro contato (acesso) seria uma função puramente administrativa (Starfield, 2002).

Nesse contexto, para Starfield (2002) a Coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum” e sua essência é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas informações para o atendimento.

Outra discussão é que com uma melhor comunicação entre a APS e os especialistas, pode haver situações em que exista divergência em relação à melhor ação a se tomar. A tendência é que os especialistas busquem criar estratégias para melhorar ou resolver o problema do paciente, enquanto os médicos da APS se concentrariam em analisar a situação global (visão holística) do paciente. Quando acontece este tipo de conflito, sugere-se que o paciente ou seu representante tomem ciência das ações, alternativas e fundamentações para então tomarem uma decisão definitiva (Starfield, 2002).

¹⁶ Para mais detalhes, acesse: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1> >.

Gustavo Gusso e Samuel Gomes escreveram em 2020 um artigo (no prelo) sobre promoção à saúde e APS na Saúde Suplementar. Neste documento, os autores comentam o antecedente histórico que o Brasil passou no século XX, que mostram uma dicotomia entre ações do Ministério da Saúde (MS), que tinha atribuições de prevenção de doenças e combate a endemias, e da assistência à saúde que era prerrogativa dos institutos subordinados ao Ministério do Trabalho (entre 1930 e 1974) e da Previdência Social (a partir de 1974). Os autores acreditam que no Brasil, talvez por esses motivos históricos da distinção entre prevenção e assistência, e pelo primeiro estar a cargo do MS antes da implantação do SUS, é comum que a APS seja confundida como prevenção, ou como abordagem de condições crônicas, ou ainda como uma estratégia de atendimento a pacientes de baixa renda. Para Gusso e Gomes (2020), nenhuma dessas três características definem a APS segundo Starfield. Esta distorção é prejudicial na realização e implantação de serviços que deveriam ter forte orientação para APS. No artigo, os autores também fazem reflexões sobre ações programáticas, o aumento da especialização médica e a mercantilização dos serviços a partir da segunda metade do século XX, o que tornou cada vez mais difícil a distinção entre atenção primária e secundária,

principalmente nos serviços privados (Gusso e Gomes, 2020, no prelo).

Atenção primária e coordenação de cuidados na Saúde Suplementar: em 2018, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou o Projeto de Atenção Primária à saúde (APS) que oferece um selo de qualidade aos planos de saúde que atenderem aos requisitos pré-estabelecidos.

Esse projeto visa envolver a coordenação e a integração do cuidado em saúde centrado no paciente (figura 3), desenvolvendo estratégias de cuidado integral, especialmente de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis mais prevalentes em adultos e idosos (como diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, por exemplo), de doenças vinculadas à maternidade e ao perinatal, de doenças emergentes (como depressão e quadros de demência) e de doenças bucais (como cárie e doenças periodontal).

Neste programa existem sete requisitos subdivididos em itens de verificação para um plano de saúde se certificar com boas práticas em atenção primária à saúde. Um deles é a Qualidade e a Continuidade do Cuidado, um requisito norteador de busca ativa da população e protocolos essenciais para condução de Atenção Primária à Saúde, bem como o estabelecimento de relação entre paciente e equipe de APS.

FIGURA 3. PROPOSTA DE FLUXO DO CUIDADO DO PROJETO DE APS DA ANS

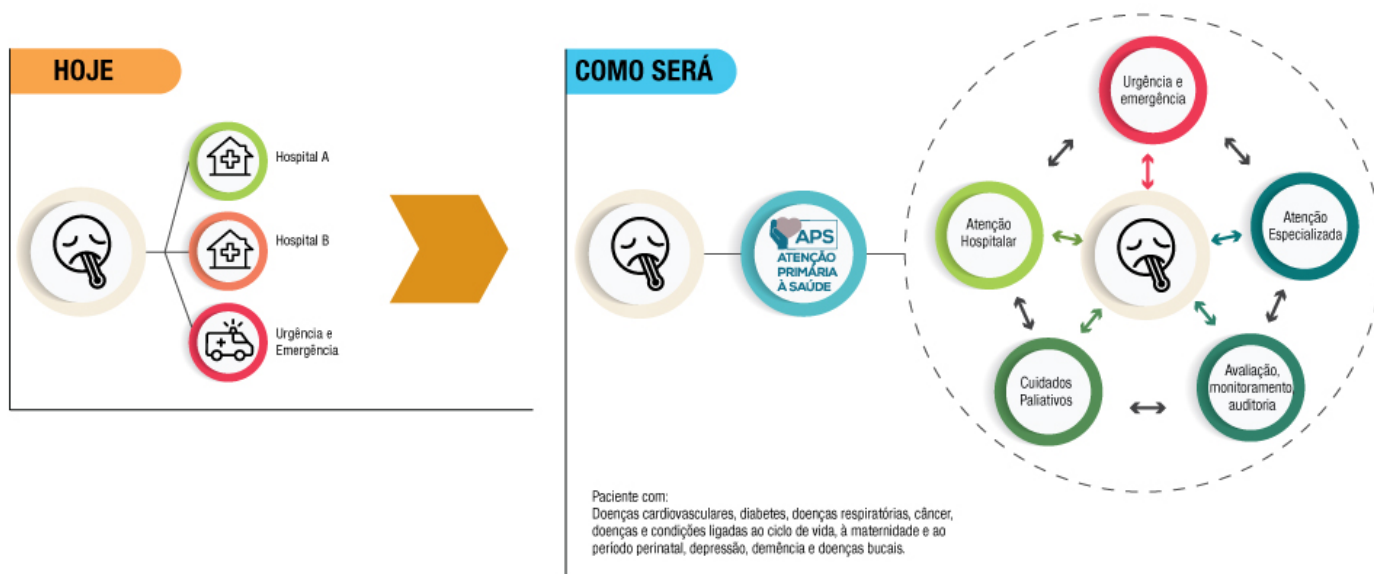


Imagem extraída do sítio da ANS. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4422-ans-lanca-projeto-para-estimular-atencao-primaria-em-saude> >.

COORDENAÇÃO EM CUIDADOS AGUDOS: a *New England Journal of Medicine* publicou um breve artigo em 2018 que listou alguns exemplos de como os prestadores de serviços em saúde implementaram os cuidados coordenados nos níveis de atenção. Em tratamentos agudos, exemplificam que os pacientes podem precisar de atendimento emergencial e tratamentos complexos. Um derrame (ou AVC – Acidente Vascular Cerebral) ou ataque cardíaco por exemplo, podem ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar, e então, os pacientes podem receber atendimentos médicos emergenciais em pronto-socorro ou hospitais fora da sua rede regular. Nesse momento, aumenta-se o risco de falhas de comunicação, redundâncias e erros pois há diferentes profissionais de saúde que não conhecem o paciente e, devido à sua natureza crítica e emergencial, o nível de tratamento é mais complexo. Portanto, é preciso que a assistência seja sincronizada, coordenada e focada na comunicação para alcançar os melhores resultados clínicos (NEJM Catalyst, 2018).

Após o atendimento emergencial e a alta hospitalar, a coordenação do atendimento em cuidados agudos continua. Os coordenadores de cuidado também se certificam de fornecer cuidados pós-hospitalares ao paciente, agendar as visitas de acompanhamento, assegurar que os medicamentos prescritos estejam disponíveis e revisar as instruções com o paciente e sua família (ou responsáveis). Esses esforços ajudam a reduzir as taxas de readmissões hospitalares, evitam visitas desnecessárias ao pronto-socorro e contribuem para redução das taxas de mortalidade (NEJM Catalyst, 2018).

Uma empresa de gestão de saúde levantou algumas questões que pacientes com doenças graves costumam fazer aos prestadores: quem vai me ajudar a cuidar do meu atendimento em casa para eu não ter que voltar ao hospital? Como posso ter os equipamentos necessários para meus cuidados? Quais são as consultas de acompanhamento que preciso agendar? Como posso ver meu médico ou obter minhas receitas se não posso dirigir? O que eu faço se meus sintomas piorarem? Posso receber comida ou quem vai cozinhar? (Turn Key Health, 2019).

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS PÓS-AGUDOS / LONGO PRAZO: outro exemplo do NEJM (2018) é dos pacientes que necessitam de cuidados de longa duração ou cuidados pós-agudos e que podem precisar se deslocar entre as instalações e instituições ou sofrer alterações do seu estado de saúde. Por exemplo, idosos com distúrbios físicos, mentais e de memória requerem cuidados coordenados para gerenciar as transferências de medicamentos e atualizar os planos de cuidados. Em alguns casos, o coordenador do cuidado pode ser um assistente social, que trabalhará com o paciente e sua família (ou responsáveis) para garantir que todos entendam o plano de cuidados, fornecendo referências dos serviços disponíveis e ajudando o paciente a ter a melhor qualidade de vida possível (NEJM Catalyst, 2018).

EXEMPLO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO EM UM CASO BRASILEIRO

Pesquisas sobre a coordenação do cuidado no Brasil ainda são escassas. No entanto, um recente estudo brasileiro, divulgado em 2020 por Barros et al., avaliou a coordenação do cuidado entre níveis de atenção de pacientes com tuberculose multidrograrresistente (TB-MDR) em Recife (Pernambuco). Percebeu-se que há fragilidades em importantes componentes da coordenação do cuidado.

Esse estudo trouxe um exemplo de como avaliar a coordenação do cuidado e direcionar estratégias para a sua melhoria. Uma das três etapas do processo avaliativo foi o desenho do modelo lógico, que permitiu demonstrar de forma esquemática o funcionamento da coordenação do cuidado entre os níveis de atenção aos pacientes com TB-MDR. Destaca-se que esse modelo apresentou três componentes: (i) coordenação da informação – composta pelos registros, transferência e utilização da informação; (ii) coordenação da gestão clínica – formada pelo seguimento do paciente e coerência da atenção; e (iii) coordenação administrativa. Todos eles resultam na melhoria na coordenação entre os níveis de atenção, diminuição da fragmentação do sistema e em redução da mortalidade por TB-MDR (Figura 4). Atenta-se

que esse modelo foi desenhado especificamente para a doença analisada, mas pode servir de inspiração para estudos futuros (Barros et al, 2020).

Posteriormente, os autores elaboraram uma matriz de julgamento afim de pontuar cada indicador e realizaram a classificação do grau de implantação. Com os resultados, verificou-se a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção ao paciente com TB-MDR foi

considerada incipiente no município de Recife e os três componentes avaliados apresentaram falhas e pontos de melhoria. Outro ponto de destaque desse estudo revelou que nenhum dos médicos e enfermeiros entrevistados se consideraram coordenadores do cuidado. E isso é um ponto crítico, pois significa que não há um responsável clínico que atue entre os níveis de atenção e coordene o cuidado do paciente (Barros et al, 2020).

FIGURA 4. MODELO LÓGICO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE MULTIDROGARRESISTENTE.

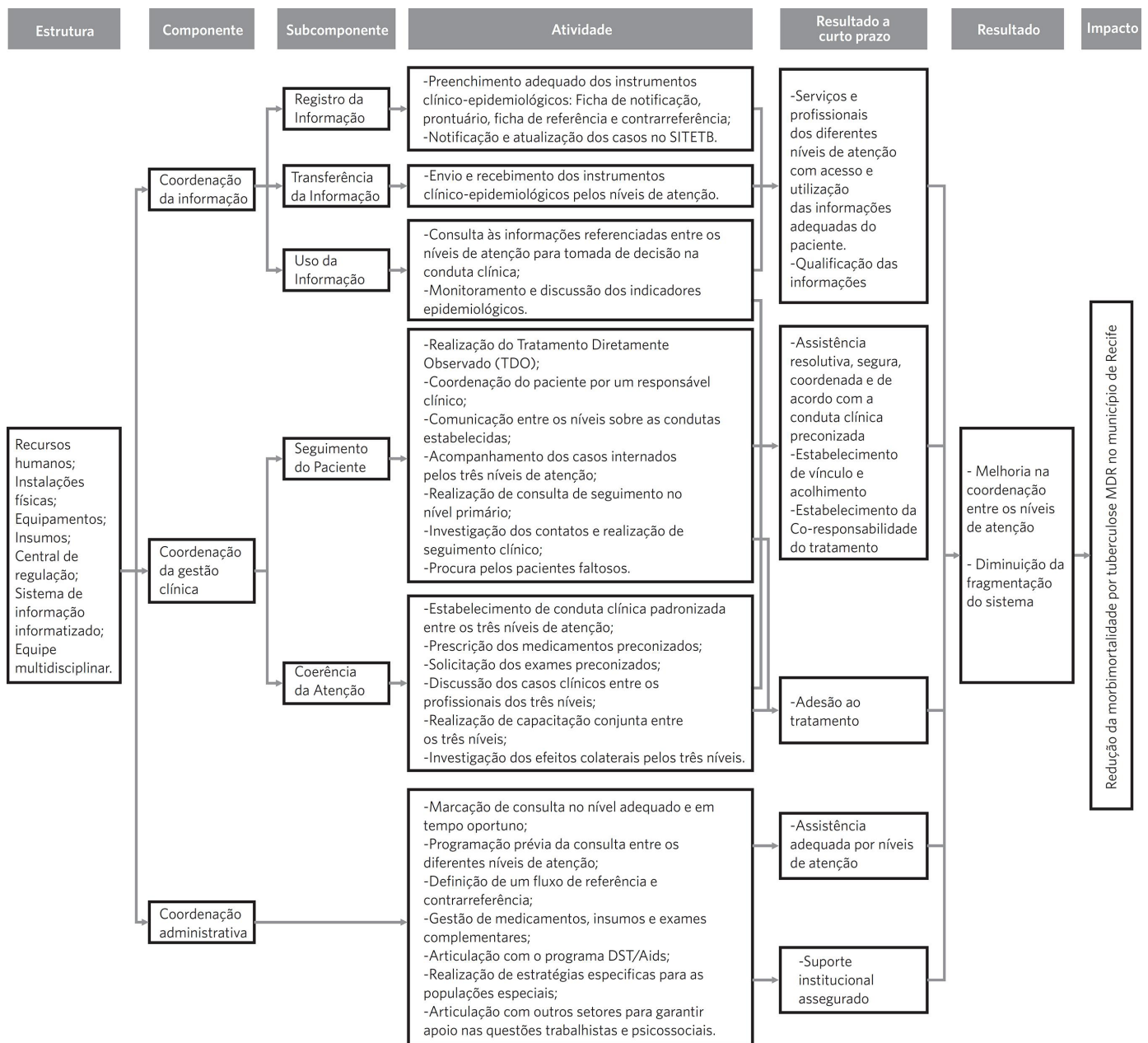


Figura extraída do estudo de BARROS, Denise et al. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil. Saúde debate [online]. 2020, vol.44, n.124 [cited 2020-08-19], pp.99-114. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012407 >.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O modelo de assistência à saúde complementar brasileiro ainda é fragmentado, descoordenado, especializado, com uso intensivo de tecnologia e voltado para o tratamento da doença, e não do indivíduo. Cada sujeito é único e o nosso sistema de saúde pouco envolve os demais aspectos do paciente, sua história, contexto social, condições de vida, acesso aos serviços e o seu acompanhamento nos diversos momentos da vida.

Além disso, a cada ano que se passa, o Sistema de saúde brasileiro (público e privado) gasta mais com a saúde. Em 2010, o total das despesas com saúde era de 8% do PIB brasileiro. Em 2017, esse valor passou para 9,2% (5,4% do PIB foram de gastos privados, como seguros de saúde ou pagamento direto a consultas e exames, por exemplo, e 3,9% PIB foram de gastos públicos)^{17,18}. Os desafios para garantir uma saúde mais sustentável e de alta qualidade não deve ser subestimado.

Nesse texto, foi visto que o conceito de coordenação de cuidados em saúde tem sido utilizado em alguns sistemas de saúde como uma chave estratégica para guiar um paciente em um sistema de saúde complexo e permitir que os gestores melhorem a satisfação do usuário, a saúde dos beneficiários, a qualidade do atendimento.

O *New England Journal of Medicine* (2018) fez uma alusão interessante ao falar que os cuidados coordenados são como um esporte em equipe. Para que os sistemas de saúde coordenem com sucesso os cuidados coordenados, precisam ter a infraestrutura, os recursos, a liderança e a cultura adequada para apoiar os esforços sincronizados, a comunicação e colaboração entre os prestadores de serviços multidisciplinares e especialistas.

Embora ainda existam diversas definições para cuidados coordenados, sabe-se que seu conceito é amplo e reconhece a importância da prestação de serviços de saúde de alta

qualidade. Com a evolução da compreensão do termo, surgem novos modelos, gerando evidências mais eficazes e, conseqüentemente, melhorarão a qualidade do atendimento.

Espera-se que este texto possa promover o tema de cuidados coordenados no Brasil e estimule novos estudos, discussões e reflexões.

REFERÊNCIAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination Atlas Version 4. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustrom J, Malcolm E, Rohn, L. and Davies, S. Prepared by Stanford University under subcontract to American Institutes for Research on Contract No. HHS290-2010-000051. AHRQ Publication No. 14-0037- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2014. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf

BARROS, Denise Bezerra Marinho et al. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil. *Saúde debate* [online]. 2020, vol.44, n.124 [cited 2020-08-19], pp.99-114. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012407> >.

BRASIL. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório*. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. IBGE. *Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017*. Contas Nacionais n. 71 • ISSN 1415-9813. 2019. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf >.

Bruce Leff et al. Guided Care and the Cost of Complex Healthcare: A Preliminary Report. *The American Journal of Managed Care*. 2009;15(8):555-559. Disponível em: https://www.ajmc.com/journals/issue/2009/2009-08-vol15-n8/ajmc_09aug_leff_555to559 .

COPE Health Solutions. Henna Zaidi. *Eight Strategies to Build a Care Coordination Model that Works*. 2015. Disponível em: < https://copehealthsolutions.com/wp-content/uploads/2015/06/COPE_Digest_8StrategiesForCareCoordinationModelThatWorks_June-1.pdf >.

Corrigan JM, Adams K. *Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.

17 Dados da Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017 (IBGE, 2019).

18 Em 2019, o Sistema de Saúde Suplementar gastou R\$ 179 bilhões de reais somente com assistência à saúde, valor 70% maior em comparação com 2014. No entanto, nesse mesmo período, o número de beneficiários caiu, era de 50 milhões em 2014 e passou para 47 milhões em 2019 (ANS e IESS, 2020).

- Guided Care. Johns Hopkins University. Disponível em < <http://guidedcare.org/program-history-results.asp> >
- Gusso, G. e Gomes, S. Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde (APS). Livro Técnico do IESS, 2020. No prelo.
- Kringos DS, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):686 -94.
- MacColl Institute for Healthcare Innovation. Reducing Care Fragmentation: A Toolkit for Coordinating Care. (Prepared by Group Health's MacColl Institute for Healthcare Innovation, supported by The Commonwealth Fund), April 2011. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Care_Coordination&s=326
- Macinko, Starfield, & Shi (2003). Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross – sectional time series design. Analysis controlled for log GDP, percent elderly, doctors/capita, log income (ppp), log public health exp, doctor visits/capita alcohol and tobacco use.
- McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Junho, 2007. (Technical Reviews, No. 9.7.) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
- Medical Economics. Rachael Zimlich. Chronic Conditions. Mastering care coordination. Maio de 2020. Volume 97. Nº 9. Disponível em: < <https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/medec/c685dcc8f79d8b87c0206d8599dac56be7f3b42b.pdf> >.
- NEJM Catalyst. What Is Care Coordination? Care coordination synchronizes the delivery of a patient's health care from multiple providers and specialists. January 1, 2018. Disponível em: < <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0291> >.
- Opas 2010 - Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).
- Opas. Folha informativa – Atenção primária à saúde. Janeiro de 2019. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843 >.
- Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- Ovretveit J. 2011. Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money? London: Health Foundation.
- Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SM, Ying J, Doty MM. Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. *Ann Fam Med*. 2017 Mar;15(2):113-119. doi: 10.1370/afm.2028. PMID: 28289109; PMCID: PMC5348227. Disponível em: < <https://www.annfammed.org/content/15/2/113.long> >.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- The New England Journal of Medicine. Matthew J. Press. Instant Replay — A Quarterback's View of Care Coordination. Massachusetts Medical Society. 07 de Agosto de 2014. DOI: 10.1056/NEJMp1406033.
- Turn Key Health. Expanding the Definition of Care Coordination for Members with Serious Illness. Outubro, 2019. Disponível em: <https://turn-keyhealth.com/expanding-care-coordination-definition/>.
- Unesco. Starfield, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf> >.
- WHO/OMS. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br