

Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da Estratégia Saúde da Família?

Coordination, integration, and continuity of care:
what do we need after 30 years of the Family Health Strategy?

Coordinación, integración y continuidad de los cuidados:
¿qué necesitamos después de 30 años de la Estrategia de Salud
de la Familia?

Eduardo Alves Melo <https://orcid.org/0000-0001-5881-4849>¹; André Schmidt da Silva <https://orcid.org/0000-0002-7064-5731>¹

Resumo A Estratégia Saúde da Família (ESF), após seus trinta anos, apresenta inúmeros avanços na reorientação do modelo assistencial, ampliação do acesso com equidade e na saúde da população. Contudo, o cuidado em rede permanece como questão não resolvida. Este artigo aborda desafios e possibilidades para a coordenação do cuidado na ESF, modo predominante de conformação da atenção primária à saúde (APS) no Brasil, considerando sua posição nas redes de atenção e regiões do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, realizou-se breve caracterização da situação no que tange à coordenação, continuidade e integração de cuidados. Além de reconhecer a face interna da coordenação, no âmbito próprio da APS (relacionando-se também com o acesso, qualidade e ofertas de cuidado), elementos decisivos para a coordenação que extrapolam a APS são tematizados, notadamente aqueles ligados à organização e funcionamento da atenção especializada (AE), sem perder de vista sua relação com desafios estruturais do SUS. Exploram-se também alguns dispositivos de coordenação, integração e continuidade do cuidado entre APS e AE. Por fim, o artigo apresenta proposições de estratégias técnico-políticas para avançar na coordenação do cuidado pela ESF. **Palavras-chave** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Coordenação do cuidado, Atenção especializada

Abstract The Family Health Strategy (FHS), after thirty years, has shown numerous advances in reorienting the care model, expanding equitable access, and improving population health. However, networked care remains an unresolved issue. This article addresses the challenges and possibilities for care coordination within the FHS, which is the predominant model for structuring Primary Health Care (PHC) in Brazil, considering its role within care networks and regions of the Unified Health System (SUS). Initially, a brief overview of the situation regarding coordination, continuity, and integration of care is presented. In addition to recognizing the internal aspects of coordination within the scope of PHC (also related to access, quality, and availability of care), this article discusses decisive factors for coordination that go beyond PHC, particularly those related to the organization and functioning of specialized care, while still focusing on their connection with structural challenges of SUS. This article also explores certain mechanisms for coordination, integration, and continuity of care between PHC and SC. Finally, it presents technical-political strategy proposals to improve care coordination by the FHS.

Key words Primary Health Care, Family Health Strategy, Care coordination, Specialized care

Resumen La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), después de treinta años, presenta numerosos avances en la reorientación del modelo asistencial, en la ampliación del acceso con equidad y en la mejora de la salud de la población. Sin embargo, la atención en red sigue siendo una cuestión no resuelta. Este artículo aborda los desafíos y posibilidades para la coordinación de la atención en la ESF, modalidad predominante de organización de la atención primaria de salud (APS) en Brasil, considerando su posición en las redes de atención y en las regiones del Sistema Unificado de Salud (SUS). Inicialmente, se realiza una breve caracterización de la situación en cuanto a la coordinación, continuidad e integración de los cuidados. Además de reconocer la dimensión interna de la coordinación, en el ámbito propio de la APS (relacionada también con el acceso, la calidad y la oferta de cuidados), se abordan elementos decisivos para la coordinación que trascienden la APS, especialmente aquellos vinculados a la organización y funcionamiento de la atención especializada (AE), sin perder de vista su relación con los desafíos estructurales del SUS. También se exploran algunos dispositivos de coordinación, integración y continuidad del cuidado entre la APS y la AE. Finalmente, el artículo presenta propuestas de estrategias técnico-políticas para avanzar en la coordinación de la atención a través de la ESF.

Palabras clave Atención Primaria de Salud, Estrategia de Salud de la Familia, Coordinación del cuidado, Atención especializada

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. eduardo.melo@fiocruz.br

Introdução: os avanços da APS brasileira e o desafio persistente da coordenação do cuidado

Após trinta anos da Estratégia Saúde da Família (ESF), a reorientação do modelo de atenção baseada na territorialidade, cuidado de proximidade, equipes multiprofissionais e atuação individual, familiar e coletiva, produziu inúmeros avanços. A expansão do número de equipes (atualmente com mais de 51 mil)¹ e da cobertura populacional permitiram a ampliação do acesso e uso dos serviços (fortalecendo o atributo de primeiro contato²), a redução da taxa de mortalidade infantil e da mortalidade de adultos por algumas condições sensíveis à atenção primária à saúde (APS), a melhoria no controle de doenças infecciosas e a redução de desigualdades em saúde³. Esse processo gerou destaque da APS brasileira diante de experiências internacionais consagradas⁴. Mais que isso, a ESF, combinada com a sua indução federal (via estratégia inovadora de financiamento) e a municipalização da saúde, contribuiu para a materialidade, capilaridade e visibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no seu processo de implementação desde os anos 1990⁵. Na última década, o Programa Mais Médicos favoreceu a renovação dessa visibilidade, provendo uma quantidade inédita de profissionais para a APS em inúmeras áreas com dificuldade de atração e fixação em todo o país⁶.

Ainda que tais conquistas mereçam e requeiram comemoração, parece-nos oportuno reconhecer também limites e entraves existentes, movimento fundamental para ampliar os efeitos positivos da APS na vida das pessoas, a sua legitimidade e a sua contribuição mais geral para o SUS. Tais limites são em parte condicionados por desafios estruturais do SUS, que envolvem seu financiamento, o processo de regionalização, as relações público-privadas e a conformação de carreiras públicas⁷. Acrescente-se a isto o passado recente do agravamento de problemas relacionados às condições de vida e saúde diante de crises e da pandemia de COVID-19, bem como aos retrocessos sócio-políticos pelos quais o país passou na última década.

Diante da heterogeneidade das experiências do SUS (e da APS em particular) existentes nos municípios brasileiros, ainda há questões a serem enfrentadas para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde, como o número de pessoas por equipe, a violência armada nas regiões metropolitanas, a distância nas regiões rurais remotas, formas limitadas de comunicação e contato dos usuários com as equipes além de

outras barreiras organizacionais (organização de agendas, horários de funcionamento, mecanismos de adscrição etc.)⁸⁻¹⁰.

No que tange aos trabalhadores, destacam-se a progressiva precarização, terceirização e quase ausência de carreiras¹¹ (a despeito de as Unidades Básicas de Saúde (UBS) serem quase que exclusivamente públicas e estatais), bem como a regulação ainda insuficiente da formação de profissionais e especialistas, tendo como um dos seus impactos o insuficiente número de médicos com residência ou especialização em Medicina de Família e Comunidade, ainda que crescente¹².

Neste cenário, o foco deste artigo é a coordenação do cuidado, um atributo essencial da APS, internacionalmente reconhecido e adotado pela Política Nacional de Atenção Básica. Considerou-se a coordenação na situação atual da ESF e em conexão com outros atributos da APS, a exemplo do que ocorre com os princípios do SUS, em que universalidade, equidade e integralidade precisam ser vistos como um tripé com efeito de conjunto e não isoladamente, ainda que cada princípio tenha a sua singularidade¹³.

Desta forma, o artigo aborda desafios e possibilidades para a coordenação do cuidado na ESF, tendo como pano de fundo o seu lugar nas redes e regiões do SUS. O debate sobre a posição da ESF na rede de atenção à saúde tem seu caráter oportuno renovado na conjuntura atual, em que o Ministério da Saúde (MS) apresenta, pela primeira vez, uma nova e complexa política, buscando induzir uma organização diferente da atenção especializada. Por meio de um novo modelo de financiamento, busca-se responder diretamente uma das principais insatisfações da população com o SUS, a saber: os longos tempos de espera para consultas e exames especializados.

É importante lembrar que a integração de cuidados é atravessada por questões contemporâneas nos sistemas de saúde pelo mundo, como seus aspectos econômicos, as desigualdades no acesso, a busca por efetividade dos modelos de cuidado, problemas de saúde complexos e emergentes, a reestruturação produtiva e a transformação digital na saúde, além do envelhecimento populacional e os desafios da atenção às condições crônicas.

Na primeira seção do artigo busca-se resgatar os conceitos de coordenação, integração e continuidade, caracterizar a situação atual e apresentar elementos-chave para pensar a coordenação do cuidado pela APS no SUS. Em seguida, são descritos e problematizados os

principais dispositivos de coordenação, continuidade e integração de cuidados implantados ou discutidos no Brasil. Por fim, a título positivo, é indicado um conjunto de estratégias técnico-políticas que, se levadas a cabo, teriam o potencial de impactar importantes nós críticos para a coordenação do cuidado a partir da ESF.

Pensando a coordenação, integração e continuidade dos cuidados a partir da ESF: noções, situação e elementos-chave

A coordenação do cuidado pode ser entendida como a capacidade de gerir o cuidado de uma pessoa, de advogar pelo usuário, de acompanhar e manejar sua trajetória assistencial, de defender sua vida a partir de relações de vínculo e responsabilização¹⁴. Contudo, coordenação, integração e continuidade do cuidado são noções que, por vezes, se sobrepõem e se confundem, sendo necessário compreender suas especificidades, interseções e complementaridade. Apenas a título indicativo, vale lembrar que formulações em torno das noções de gestão do cuidado e de governança (ou gestão da) clínica, respectivamente brasileira e anglo-saxã, ao buscarem operar uma aproximação entre os mundos da gestão e do cuidado e reconhecerem distintos atores e espaços que influenciam direta ou indiretamente as práticas de saúde¹⁵, também miram, em alguma medida e a despeito de suas diferenças, em elementos que remetem a esta discussão.

Com alguma frequência, a coordenação do cuidado também é concebida como o gerenciamento ativo e sistemático das ações que integram assistência de uma pessoa, envolvendo dois ou mais participantes deste processo – incluindo o próprio paciente – com o propósito de assegurar a prestação adequada dos cuidados. Esse processo compreende a articulação de profissionais e demais recursos necessários à execução das intervenções previstas, sendo frequentemente viabilizado por meio da troca estruturada de informações entre os responsáveis por diferentes dimensões do cuidado¹⁶.

Em uma perspectiva mais abrangente, a integração constitui um processo voltado à criação e manutenção de uma governança entre atores e organizações autônomas, com o objetivo de coordenar sua interdependência, facilitando a cooperação para a execução de projetos de cuidado compartilhados. Esse processo reconhece que nenhuma das partes envolvidas detém a totalidade dos recursos e competências necessários para abordar de maneira eficaz os

problemas de saúde de uma população ao longo de seus distintos ciclos de vida¹⁷.

De forma recorrente nos estudos sobre o tema, a integração é analisada sob duas dimensões. A chamada integração vertical diz respeito à articulação entre diferentes modalidades de serviços envolvidos nos cuidados em saúde. No contexto da assistência à saúde, isso implica a conexão entre a APS, serviços diagnósticos, ambulatórios especializados, unidades de urgência e emergência e hospitais, dentre outros, com o intuito de assegurar a continuidade do cuidado ao paciente. Por sua vez, a integração horizontal envolve o alinhamento organizacional entre ações, serviços e atores do mesmo âmbito de atenção, com o objetivo de proporcionar uma resposta mais eficaz às demandas de usuários que apresentam múltiplas condições de saúde e necessidades assistenciais complexas¹⁸.

A continuidade do cuidado, por sua vez, refere-se ao grau em que uma série de eventos assistenciais distintos é percebida como um processo coerente, articulado e compatível com as necessidades clínicas do paciente, bem como com seu contexto social e pessoal. A dimensão temporal e o foco centrado na pessoa, considerando sua trajetória e singularidade, são os dois elementos-chave da continuidade¹⁹. Haggerty *et al.*¹⁹ enumeram três dimensões da continuidade do cuidado: a continuidade informacional, que assegura o uso adequado de dados clínicos e pessoais do paciente; a continuidade gerencial, voltada à coordenação e integração dos planos terapêuticos; e a continuidade relacional, baseada na manutenção de vínculos entre paciente e profissionais de saúde¹⁹.

Consideradas tais nuances, distinções e complementariedades entre os termos, propõe-se neste artigo incorporar integração e continuidade à coordenação do cuidado para indicar de modo mais abrangente a imagem-objetivo desejada: evitar a descontinuidade; cuidar oportunamente, de maneira adequada, qualificada e humanizada; e constituir espaços e atores com responsabilidade, legitimidade e condições efetivas para que o cuidado se dê ao longo da rede¹⁵. Embora este processo se dê em parte na própria APS ou dentro de um mesmo serviço, a ênfase deste artigo é voltada para o âmbito mais crítico da coordenação na ESF: a articulação da APS com diferentes modalidades de serviços e instâncias. A escolha por este enfoque (entre diferentes serviços de saúde), no entanto, não ignora a relevância e os avanços obtidos no Brasil em termos do trabalho em equipe multiprofissional em diferentes pontos do sistema – aten-

ção psicossocial, SAMU, atenção domiciliar e a própria experiência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ESF. Tampouco se pode esquecer que o cuidado integral por vezes requer um trabalho articulado com outras políticas (para além da saúde), inclusive para avançar em processos da saúde como, por exemplo, a desospitalização.

No Brasil se tornou uma espécie de “mantra” dizer que a APS é coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, o que em si não é problema *a priori*, mas pode vir a ser, se cair em uma lógica normativa, idealizada e descontextualizada²⁰. De fato, a vivência empírica dos autores nos serviços e na gestão em diferentes localidades e âmbitos e, especialmente, as publicações de estudos existentes no Brasil (com diferentes abrangências) revelam que a coordenação do cuidado pela APS, quando os usuários necessitam de cuidados especializados ou são cuidados em diferentes serviços, ainda é mais exceção do que regra²¹⁻²³. No contexto internacional, a coordenação do cuidado também se mostra desafiadora, por vezes com capacidade limitada de orientação de fluxos a partir da APS, tanto em relação ao acesso a serviços especializados quanto às ações tradicionais de saúde pública²⁴.

O que se observa com grande frequência no Brasil são níveis irregulares da capacidade de resposta às necessidades dos usuários²⁵; baixa interação entre profissionais de diferentes serviços^{26,27}, numa espécie de quimera da referência e contrarreferência, de caráter burocrático e com baixa adesão dos profissionais²²; a regulação assistencial distante da APS e focada em procedimentos isolados e não no acesso a cuidados integrados²⁸, apesar da crescente estruturação de espaços e processos de regulação do acesso²⁹; tempos de espera elevados para a atenção especializada (com variações a depender da especialidade, exame, procedimento ou localidade)^{30,31}; a quase ausência de informações clínicas compartilhadas eletronicamente entre serviços de diferentes modalidades³², em que pese incremento importante de prontuários eletrônicos na APS²⁹; e dificuldades adicionais e ainda mais expressivas de acesso a cuidados especializados para usuários de municípios de menor porte populacional, mesmo havendo pactuações de serviços de referência entre municípios de regiões de saúde³³. Ademais, com alguma frequência, usuários pagam do próprio bolso para realizar consultas e exames no setor privado, buscando construir seus próprios itinerários de cuidado por meio de diferentes estratégias³⁴, processo reforçado pela presença de clínicas privadas ditas

populares, por vezes expondo usuários a novos problemas e fragmentação do cuidado³⁵.

Diante disto, faz-se necessário caracterizar alguns dos elementos-chave para a coordenação do cuidado pela APS, sem perder de vista que outras dimensões e desafios da APS também influenciam sua capacidade de coordenação, direta ou indiretamente.

Pois bem, o primeiro ponto chave deles diz respeito à *capacidade de a APS acolher e criar vínculos com os usuários*, o que não é algo que se decreta, como a adesão formal, mas que se constrói processualmente – vínculo como relação afetiva e de confiança, elemento central para o cuidado, tecnologia leve por excelência. O vínculo podendo funcionar como referência, porto seguro para os usuários, ponto a partir do qual se estrutura o compromisso de lutar para viabilizar o cuidado e acesso ao que o usuário necessita. Vínculo também relacionado à responsabilização pelos casos e seu acompanhamento, estejam os usuários sendo cuidados na APS ou também em outros serviços. Para tanto, o acesso facilitado às UBS é um primeiro passo importante, devendo ser seguido pela capacidade de acompanhamento e de resposta às demandas e necessidades de saúde pelas equipes de Saúde da Família, abordada a seguir.

O segundo aspecto, então, diz respeito à *qualidade técnica dos profissionais e ao escopo de práticas e ofertas de cuidado*, essenciais para a abordagem e manejo de distintos problemas e condições de saúde e para a legitimidade da APS perante os usuários e junto aos profissionais dos serviços especializados. Trata-se da capacidade clínica e de cuidado da ESF, necessárias para a coordenação do cuidado, expressando capacidade resolutiva e de manejo da APS. Esses elementos influenciam a qualidade e pertinência das demandas por exames, tratamentos e cuidados na atenção especializada, contribuindo para evitar encaminhamentos e prescrições sem indicação, qualificar os modos de encaminhamento (por exemplo, cuidados prévios, preparo do paciente, disponibilização de informações essenciais etc.) e também fazer face aos interesses de mercado e ao processo de medicalização que aí se colocam produzindo demandas, ainda que seu enfrentamento vá para muito além da APS.

O terceiro elemento se refere à *articulação entre os profissionais na rede de atenção* (por alguns autores concebida como colaboração interprofissional³⁶), que pode ser favorecida ou não pela lógica de organização do trabalho e a existência de mecanismos efetivos para interação (remota e/ou presencial).

O quarto aspecto diz respeito à *articulação entre serviços e com instâncias de gestão* (também nominada *colaboração interorganizacional*)³⁶, que depende da disponibilidade e distribuição espacial de profissionais e serviços especializados, da relação entre oferta e demanda por ações e serviços em âmbito loco-regional, de fluxos assistenciais, da governança regional, de mecanismos de regulação do acesso a exames, consultas e intervenções, bem como da lógica de organização e funcionamento da atenção especializada.

Por fim, destaca-se, como quinto aspecto, a *integração de informações clínicas* essenciais dos usuários (informações compartilhadas entre serviços, com atenção à devida proteção dos dados), para evitar dúvidas sobre dados diagnósticos e terapêuticos, repetição ou sobreposição de condutas, atrasos no cuidado por falta de informação, deslocamentos evitáveis e para possibilitar monitoramento do processo de cuidado.

Os dois últimos elementos indicados claramente extrapolam o espaço da APS, além de remeterem a dimensões técnicas, organizacionais e políticas que envolvem o planejamento e gestão de uma rede de serviços. Neste sentido, algumas ponderações são necessárias. A coordenação formal da rede não pode ser feita pela APS (como por vezes se fala), esta cabe aos gestores, com participação social e dos trabalhadores. A ordenação da rede pela APS, por sua vez, depende da abrangência e funcionamento da APS, mas também do quanto a gestão dos diferentes serviços e a macrogestão do SUS nas regiões de saúde incorporam e efetivam esta ideia nas decisões, como por exemplo, antes de (ou ao) implantar um novo serviço hospitalar, ambulatorial ou de urgência e emergência.

Além disso, em algumas situações específicas e menos frequentes, o acesso aos recursos da atenção especializada não necessariamente deve se dar apenas via solicitação da APS às centrais de regulação, como por exemplo na reabilitação especializada pós alta hospitalar, na conclusão de um diagnóstico ou no ciclo pré-operatório. Assim se evita a burocratização que compromete a continuidade do cuidado, mas deve-se garantir a disponibilidade oportuna das informações sobre tal processo para a APS. Por fim, em casos específicos, a coordenação do cuidado pode ser compartilhada entre APS e serviços especializados, como por exemplo em cuidados intensivos de saúde mental, oncologia, terapia renal, em que a situação concreta deve ser cotejada com o ideal de coordenação para encontrar as mediações necessárias, pensando ao mesmo tempo no melhor para cada usuário e na organização

de um sistema que se propõe a garantir acesso universal.

Ao invés de só repetir o mantra mencionado no início deste item, faz-se muito necessário interrogar como nossa APS está em relação a cada um destes aspectos, por quê, se é possível mudar, qual o potencial e alcance das iniciativas e medidas em curso e como avançar.

Dispositivos de integração, continuidade e coordenação do cuidado no SUS

Nesta seção serão explorados alguns dispositivos que podem fazer avançar a coordenação, integração e continuidade dos cuidados. O Quadro 1 apresenta tais dispositivos.

Como se pode ver, alguns dispositivos, como as linhas de cuidado, são de natureza predominante organizacional, outros são de ordem tecnológica-instrumental (como o registro eletrônico). Determinados dispositivos se colocam mais no plano relacional e interprofissional, como o apoio matricial. De certa forma, isto revela distintos âmbitos e estratégias para a coordenação, que não se localizam apenas no trabalho direto dos profissionais de saúde no cuidado, embora quase sempre se materializem ou convirjam para este espaço. Não se trata, por outro lado, de dispositivos com formulação inédita nos dias de hoje, mas, pelas suas potencialidades e experimentações, merecem ser recuperados para ajudar na reflexão acerca das dificuldades e possibilidades para a coordenação. Neste sentido, ainda que brevemente, alguns comentários podem ser oportunos.

As linhas de cuidado permitiriam um transitar dos usuários pela rede de forma mais planejada e com definições claras dos papéis de profissionais e serviços, além de materializar a noção de rede em situações específicas. Apesar de frequente em experiências de grandes cidades (como a linha de cuidado envolvendo pré-natal, parto e puerpério), a implementação em âmbito regional ainda é incipiente, além de ter limites inerentes ao seu caráter focal.

O apoio matricial possui o potencial de contribuir para reduzir a fragmentação do cuidado e ampliar a responsabilização clínica⁴¹. Embora tenha ganhado repercussão com a implementação dos NASF e possa ser realizado presencial ou remotamente, o matriciamento parece se encontrar restrito às interações com as equipes multiprofissionais de suporte na APS⁴² e aos serviços de Saúde Mental⁴³.

Apesar de frequente em serviços de saúde mental e em alguns centros de reabilitação,

Quadro 1. Dispositivos para coordenação, integração e continuidade do cuidado.

Dispositivo	Definição
Linhas de cuidado	Estratégia de organização de distintas ofertas de cuidado e de fluxos assistenciais na rede, orientada para produção de saúde de forma sistêmica e centrada nas necessidades dos usuários, apoiada em protocolos clínicos e de encaminhamento, sendo voltada a determinados públicos e ciclos de vida ou agravos e condições de saúde ³⁷ .
Apoio matricial	Personalização das relações entre profissionais “encaminhadores/solicitantes” (generalistas, na maioria das vezes) e especialistas no tema, por meio de práticas como discussão de casos, atendimentos conjuntos e compartilhamento do cuidado, pressupondo uma integração e suporte entre profissionais/equipes responsáveis pela condução de casos e especialistas, sendo alternativa à lógica do encaminhamento e transferência do cuidado ³⁸ .
Projeto terapêutico singular	Estratégia de singularização do cuidado diante de casos com maior risco, complexidade, caráter desafiador e vulnerabilidade, construindo e operacionalizando planos de cuidado elaborados por equipe multiprofissional e negociados com usuários e cuidadores/famílias, envolvendo por vezes diferentes modalidades de serviços de saúde além de setores sociais e atores comunitários ³⁹ .
Regulação do acesso	Estratégia de mediação entre demanda por ações especializadas (exames, consultas, intervenções, internações) e oferta destas ações, buscando viabilizar acesso adequado, com equidade, transparência e em tempo oportuno ²⁸ .
Cogestão entre serviços	Espaços-momentos de interação entre atores (profissionais, gestores) de diferentes modalidades de serviços de saúde da rede, para discussão de casos e problemas, pactuação de fluxos e protocolos, conhecimento das realidades mútuas etc.
Registro eletrônico em saúde	Conjunto de informações individualizadas de saúde e assistenciais dos usuários ao longo da vida, frequentemente acessado por meio de ferramentas como os prontuários eletrônicos ⁴⁰ .

Fonte: Autores.

projetos terapêuticos singulares ainda são relativamente pouco incorporados na APS, exigindo possivelmente uma adaptação ou formulação diferente do dispositivo para este espaço com base nas especificidades do seu público, tipos de demandas e necessidades de saúde e organização do trabalho.

Quanto à regulação do acesso, observam-se alguns limites, como constrangimentos em determinadas ofertas (regulação da escassez), o foco da regulação em procedimentos isolados (e não em cuidados integrados), a não publicação dos tempos de espera e a coexistência de diferentes filas, sob diferentes gestões/responsabilidades, para um mesmo procedimento em um dado território.

Embora haja experiências exitosas conhecidas^{44,45}, a cogestão entre serviços enfrenta obstáculos políticos e organizacionais para sua viabilização, mesmo em municípios com gestão de diferentes tipos de serviços.

Avanços na última década relacionados ao registro eletrônico em saúde foram observados no SUS, sobretudo a partir da estratégia e-SUS Atenção Básica, que construiu base para uma

nova arquitetura da informação, promoveu a integração com alguns sistemas tradicionalmente no campo da vigilância em saúde e a disseminação do uso do prontuário eletrônico na APS⁴⁶. Contudo, a não efetivação, até o momento, de uma estratégia e ferramenta pública e nacional para registros clínicos na atenção ambulatorial especializada e hospitalar, desenvolvida para se integrar e interoperar com a APS e os processos de regulação assistencial, restringe o compartilhamento de informações entre diferentes tipos de serviços.

Ainda que não tematizados na sua especificidade, cabe assinalar que parte das condições de possibilidade de efetivação destes dispositivos remetem, no geral, à conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde e, em particular, à oferta, financiamento, organização e funcionamento da atenção especializada, bem como à dependência que isto tem em relação a dimensões estruturais do SUS. Ademais, ao contrário da APS, é importante lembrar que a atenção especializada do SUS é predominantemente privada (filantrópica ou “pura”/típica) e contratada.

Para avançar na coordenação, integração e continuidade de cuidados a partir da APS

Considerando os limites e problemas apontados, caracterização dos pontos-chave e os dispositivos existentes, são propostas aqui, em caráter preliminar, algumas estratégias que, uma vez adotadas, poderiam tensionar o atual cenário de baixa capacidade de coordenação do cuidado pela APS para uma outra direção, a de uma coordenação mais efetiva. Mais do que fixar as proposições em si na sua especificidade, sujeitas que são, evidentemente, a mudanças e ponderações de acordo com o cenário, a intenção é evidenciar estratégias com potencial de deslocar os vetores atuais da coordenação, de enfrentar os nós críticos existentes nos aspectos-chave anteriormente mapeados.

a) Para ampliar a capacidade clínica e de cuidado da APS, dentre inúmeras medidas (que certamente não se restringem aos médicos, mas os incluem necessariamente), caberia destacar as seguintes:

- Induzir financeiramente a ampliação do escopo de ações diagnósticas e terapêuticas da APS, incorporando a digitalização e novos arranjos tecnológicos de cuidado (tele-eletrocardiograma, teledermatologia, cuidado à dor crônica, teleconsultas, exames laboratoriais, de imagem, dentre outras)

- Definir meta e prazo viáveis para especialização e titulação de médicos e enfermeiros de família no Brasil, adotando diferentes estratégias de formação e incentivos (itinerários formativos, certificação de competências, ampliação de residências e dispositivos para induzir a sua realização, provas de título de especialista, incentivos financeiros vinculados à formação, exigências e valorização da especialização, dentre outros).

A ampliação do escopo teria o potencial de melhorar a capacidade de resposta e legitimidade da APS, além de diminuir encaminhamentos e a necessidade de deslocamento dos usuários. Requer para isto investimento com incorporação tecnológica e qualificação profissional, além de organização dos processos e condições de trabalho. A titulação possibilitaria aprimorar a qualidade técnica dos profissionais, aproximar o seu perfil da natureza da APS e contribuir para o desenvolvimento e valorização profissional ao longo do tempo.

b) No que se refere à atuação mais direta da APS para viabilizar acesso dos usuários a ações e recursos de serviços especializados, a proposição a seguir merece atenção:

- Descentralização de parte das prerrogativas e funcionalidades de regulação do acesso para a APS, utilizando estratégias como formação básica em regulação, cotas parametrizadas por regiões/unidades com monitoração oportuna do uso e mecanismos de interação entre UBS e centrais de regulação, além de fomento à atuação da APS na gestão das listas de espera para a atenção especializada (com monitoramento e cuidado com usuários que aguardam acesso), bem como ampliação da adoção de protocolos clínicos e de encaminhamento na APS, articulando-os a estratégias como a do Telessaúde.

Como se sabe, na ESF ainda predomina grande distância e baixa interação com profissionais das centrais de regulação, onde se tomam decisões sobre acesso a ações e serviços especializados de modo distante da realidade singular dos usuários e das expectativas das equipes da APS. Ainda que este tipo de estratégia requeira forte suporte da gestão, preparo técnico e tempo/disponibilidade das equipes, pode suscitar uso mais criterioso de recursos especializados, representar a ampliação do campo de visão dos profissionais da APS sobre a rede, além de favorecer maior vínculo e responsabilização pelos usuários em filas de espera, inclusive para acompanhar dinamicamente eventuais mudanças de estados clínicos e atuar junto às instâncias de gestão visando garantir acesso.

c) No que se refere à organização e funcionamento da atenção especializada, recomenda-se:

- Regular a formação de especialistas, incidindo desde a definição de vagas e sua distribuição nas regiões a partir das necessidades do SUS até a obrigatoriedade de os currículos das residências médicas em diferentes especialidades preverem um período na APS realizando apoio matricial, para ampliar compreensão dos especialistas sobre a APS, bem como o desenvolvimento de competências e cultura de matriciamento.

- Implementação de tempos de espera máximos em diferentes linhas de cuidado, etapas assistenciais e especialidades em diferentes regiões do país, com respectivo monitoramento, publicização e incorporação no financiamento, contratação e contratualização de prestadores.

- Financiamento da atenção especializada contemplando, dentre outros aspectos, a obrigatoriedade de realização de matriciamento (presencial e/ou virtual) para a APS (viabilizando interações diretas entre profissionais dos diferentes serviços para resolução de dúvidas e manejo de casos), além de cuidados especializados integrados (ao invés de procedimentos isolados).

- Construir política progressiva de fortalecimento da atenção especializada pública, como a implantação e custeio de policlínicas regionais, para diminuição da dependência do SUS em relação ao mercado privado, inclusive com reforço e colocação do enorme potencial dos hospitais universitários a serviço do SUS, e maior regulação sobre o setor privado na área.

Estas proposições teriam o potencial não apenas de incrementar a disponibilidade de ofertas da atenção especializada e a visibilidade do que acontece neste espaço como também de alterar a sua lógica de funcionamento, frequentemente fragmentada, atravessada por interesses privados e de mercado, marcada por baixíssima interação com a APS e significativas desigualdades regionais e entre municípios. A Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) em parte contempla tais proposições, notadamente a partir da estratégia de “Ofertas de Cuidados Integrados (OCI)” – pagamento pelo conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidado de etapas chave de linhas de cuidado, buscando superar a lógica do pagamento por procedimentos isolados. Porém, sua implementação incremental (em algumas especialidades e fases do cuidado), justificada pela complexidade que sua mudança de lógica (do procedimento isolado para o cuidado integrado) implica, bem como a forte dependência da contratação privada (muito necessária no curto e mesmo médio prazo), requerem atenção ao tempo e à direcionalidade das mudanças que pode materializar.

d) Quanto ao caráter estratégico da informação para a coordenação do cuidado, diante da multiplicidade de sistemas e da lentidão para sua efetiva interface e desenvolvimento de funcionalidades, caberia indicar:

- Aceleração de estratégias colaborativas para produção de inovações visando integração e interoperabilidade ente sistemas de informação utilizados na APS, atenção especializada, centrais de regulação e demais serviços, para viabilizar histórias clínicas eletrônicas compartilhadas e facilitar a gestão do cuidado, com primado dos princípios e necessidades do SUS sobre o mercado de tecnologia de informação na saúde.

Ainda que a participação com o mercado privado seja necessária neste campo, novas bases de indução e regulação se fazem necessárias, bem como o investimento na capacidade pública de desenvolvimento e inovação voltada para o SUS.

As estratégias propostas, como se pode ver, incidiriam sobre a APS, mas também sobre a

atenção especializada e a gestão, deixando claro que a coordenação do cuidado a partir da APS só pode ser viabilizada plenamente se mudanças ocorrerem também nos serviços especializados bem como na organização e gestão da rede e em políticas estruturantes. Evidentemente, cada proposição requer análise de viabilidade técnica, política e financeira e ajustes que se mostrem necessários, tendo em mente os problemas e nós críticos que buscam enfrentar e objetivos que visa atingir.

Seria fundamental conceber uma grande estratégia que combinasse elementos das diferentes proposições acima elencadas, assim como outras necessárias. Além disso, que se considerasse fortemente a heterogeneidade das experiências de APS, os alcances e limites do caráter incremental das políticas e o grau de sustentabilidade das experiências inovadoras. Ainda que não se vislumbrem mudanças drásticas, inclusive pelos elementos estruturais e para além da APS que influenciam suas condições de possibilidade, seria muito desejável lograr um grau de uniformidade-abrangência e um tempo-velocidade que tivessem força de efeito demonstração para acumular e abrir efetivamente uma nova avenida de possibilidades neste campo. Considerar não apenas a APS, mas também as demandas e expectativas dos usuários, as novas iniciativas na atenção especializada e a situação mais geral da gestão do SUS podem ser boas balizas neste sentido.

Considerações finais

Sabe-se da grande e fundamental contribuição que a APS brasileira, por sua gigantesca capilaridade em todo o país, tem dado e ainda pode dar no acesso ao SUS, no enfrentamento às desigualdades, no manejo das condições crônicas e dos problemas agravados com a pandemia e a precariedade da vida.

Neste sentido, embora tenhamos muito o que comemorar, é essencial reconhecer limites ainda existentes, como aqueles relacionados à coordenação, continuidade e integração de cuidados, vividos frequentemente pela população sob a forma de dificuldades de acesso aos serviços especializados. Isto evidencia que a consolidação da APS depende do enfrentamento de importantes desafios do SUS, que remetem à regionalização e à conformação da atenção especializada nas redes e seus condicionantes.

Este artigo buscou caracterizar dispositivos de coordenação, integração e continuidade do

cuidado já existentes ou em discussão no SUS, identificar nós-críticos; examinar aspectos-chave para a coordenação do cuidado a partir da APS e, finalmente, indicar um conjunto de proposições de estratégias técnico-políticas que, se levadas a cabo, poderiam representar uma acumulação material e simbólica para a APS e para o SUS.

A ESE, por sua característica territorial e comunitária, sendo um lugar fundamental de acesso, cuidado e proteção da vida, tem o potencial de colaborar na constituição de novas sociabilidades no campo que envolve o SUS, os serviços públicos e a população, algo não desprezível diante de múltiplas crises e processo de reconstrução democrática do Brasil. Para isto, no plano concreto, garantir acesso, qualidade e continuidade do cuidado é fundamental.

Colaboradores

EA Melo e AS Silva atuaram na concepção, redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *E-Gestor Atenção Primária: espaço para informação e acesso aos sistemas de Atenção Básica* [Internet]. 2021 [acessado 2025 mar 27]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>.
2. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PFD, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 1):2543-2556.
3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):18-37.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Primary Health Care in Brazil*. Paris: OECD; 2021.
5. Mendonça MHM, Gondim R, Matta GC, Giovanella L. Os desafios urgentes e atuais da atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Gondim R, Matta GC, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
7. Souza LEPPD, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho ND, Machado CV, Campos GW, Azevedo-e-Silva G. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(8):2783-2792.
8. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc* 2014; 23(3):869-883.
9. Costa VC, Baptista TWDF, Cunha MBD. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. *Saude Debate* 2022; 46(135):974-986.
10. Fausto MCR, Almeida PFD, Bousquat A, Lima JG, Santos AMD, Seidl H, Mendonça MHM, Cabral LMS, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saude Soc* 2023; 32(1):e220382pt.
11. Fonseca JMD, Lima SML, Teixeira M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. *Saude Debate* 2021; 45(130):590-602.
12. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2019; 35(1):e00170917.
13. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 7):196-206.
14. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: MS; 2002.
15. Melo E, Mattos R. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida. In: Mendonça MHM, Gondim R, Matta GC, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
16. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft AS, McKinnon M, Paguntalan H, Owens DK. Care Coordination. In: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
17. Hartz ZMDA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S331-S336.
18. Munday B. *Integrated social services in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publ; 2007.
19. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327(7425):1219-1221.
20. Cecilio LCDO, Reis AACD. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00056917.
21. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, Campos SEM, Mota PHS. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Supl. 2):e00099118.
22. Almeida PFD, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHMD. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):244-260.
23. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PFD, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1845-1856.
24. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, European Observatory on Health Systems and Policies, organizadores. *Building primary care in a changing Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
25. Chaves ACC, Scherer MDDA, Conill EM. O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. *Cien Saude Colet* 2023; 28(9):2537-2551.
26. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate* 2014; 38:13-33.

27. Magalhães Jr HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Saude Debate* 2014; 51:4-7.
28. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JOD, Pereira PHB, Guabiraba KPDL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis* 2021; 31(1):e310109.
29. Sousa ANA, Shimizu HE. Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos? *Saude Debate* 2024; 48(n. esp. 2):1-16.
30. Silva Junior CL, Guabiraba KPDL, Gomes GG, Andrade CLTD, Melo EA. A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. *Cien Saude Colet* 2022; 27(6):2481-2493.
31. Farias CML, Giovannella L, Oliveira AE, Santos Neto ETD. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saude Debate*. 2019; 43(n. esp. 5):190-204.
32. Gomes GG, Melo EA. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? *Physis* 2023; 33(2).
33. Machado JA, Guim ALS. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. *Rev Serv Publico* 2017; 68(1)37-64.
34. Cecilio LCDO, Carapinheiro G, Andreazza R, Souza ALMD, Andrade MDGG, Santiago SM, Meneses CS, Reis DO, Araújo EC, Pinto NRS, Spedo SM. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saude Publica* 2014; 30(7):1502-1514.
35. Godoy CV, Rocha GDM. A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2024; 29(4):e19742022.
36. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:188.
37. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(34):593-606.
38. Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
39. Hori AA, Nascimento ADE. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3561-3571.
40. Araujo TV, Pires SR, Bandiera-Paiva P. Adoção de padrões para Registro Eletrônico em Saúde no Brasil. *RECHS* 2014; 8(4):554-566.
41. Cunha GT, Campos GWDS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc* 2011; 20(4):961-970.
42. Santos TLAD, Penido CMF, Ferreira Neto JL. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). *Interface (Botucatu)* 2022; 26:e210810.
43. Treichel CADS, Campos RTO, Campos GWDS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180617.
44. Barros DM, Batista SMS, Pereira SS, Nunes RM, Pessanha RBA, Ribeiro JCES, Chagas ARP, Chagas LB, Puertas ABNA. Diálogos entre serviços: estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde – relato de experiência em Quissamã (RJ). In: Fernandes VR, Magalhães MG, D'Oliveira CBLC, Campos Filho E, Sergio JV, Silva JPV, Amorim AC, Jardineiro JC, Machado KS, organizadores. *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2020. p. 69-95.
45. Pinheiro LP, Emerich BF. Cuidado compartilhado em Saúde Mental: o que dizem os trabalhadores? *Interface (Botucatu)* 2024; 28:e230324.
46. Coelho Neto GC, Andreazza R, Chioro A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. *Rev Saude Publica* 2021; 55:93.

Artigo apresentado em 22/08/2025

Aprovado em 25/08/2025

Versão final apresentada em 27/08/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca