



ALTA PERFORMANCE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA CONTRIBUINDO PARA O
QUÁDRUPLO OBJETIVO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

HIGH PERFORMANCE IN PRIMARY CARE CONTRIBUTING TO THE
QUADRUPLE OBJECTIVE IN HEALTHCARE SYSTEMS

📍 **Fernando Faraco**

É médico de família e comunidade com graduação e residência médica pela Escola Paulista de Medicina/UNIFESP. Atuou como supervisor do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) pelo Ministério da Saúde. É preceptor da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela EPM/UNIFESP. Atuou por 10 anos na Atenção Primária do SUS de São Paulo. Atuou como coordenador do Núcleo de Atenção Primária a Saúde (NAPS) da Unimed Guarulhos entre 2014 e 2018, trabalhando com equipes de APS na aplicação do modelo de Serviço Centrado na Pessoa (*Patient Centered Medical Home*) e utilizou a metodologia Ciência da Melhoria. Graduado e Especialista em Ciência da Melhoria pelo IHI (*Institute for Healthcare Improvement*). Foi docente dos Cursos de Pós-Graduação e Aperfeiçoamento em Atenção Primária da Fundação Unimed desde 2014, colaborando com a formação teórico-prática em APS de médicos e enfermeiros do Sistema Unimed. Atuou entre 2016-2017 nas Oficinas de Sensibilização em APS pela FESP/Sescoop. Atuou como docente (*faculty*) na Iniciativa de Disseminação de APS no Estado de SP da FESP em parceria com IHI/Cambridge Health Alliance/Sescoop em 2017. É *faculty* do IHI para projetos de APS na América Latina. Atuou em 2018 como consultor estratégico da Unimed do Brasil. Atualmente é consultor de projetos do HCOR para projetos do PROADI/SUS.

📍 **Kirsten Meisinger**

Especialista internacional em transformação do sistema de saúde. Graduação em Medicina pela Case Western Reserve University, com residência médica em Saúde da Família pela Greater Lawrence Family Health Center. É presidente da Equipe Médica da Cambridge Health Alliance e antiga Secretária do Tesouro e Diretora Médica Regional de Cambridge e Somerville. É parte do quadro docente da Tufts University, da Escola de Medicina de Harvard, do Instituto de Profissionais Médicos do Massachusetts General Hospital, da FELUMA e da Faculdade Unimed. Docente especial no projeto nacional *Transforming Clinical Practice Initiative*, nos EUA, e no projeto nacional do *Health Care Homes*, na Austrália, ambos com foco na transformação do sistema de Atenção Primária.



RESUMO

A Atenção Primária é a base e o centro de sistemas de saúde bem-sucedidos. Para garantir o desejável primeiro contato dos pacientes, acesso é um atributo fundamental desafiador, ainda que a maioria dos serviços de atenção primária se esforce para atender às necessidades e demandas por consultas do paciente em tempo hábil. O atendimento em equipe fornece algum alívio do inevitável gargalo de acesso experimentado pelos provedores de cuidados primários. Acesso sem continuidade leva a cuidados fragmentados e custos mais altos por meio de exames duplicados e desnecessários. A continuidade do cuidado realizada pelas equipes é uma estratégia bem-sucedida para orientar e tranquilizar os pacientes quando eles exigem uma interação de cuidado e podem diminuir os cuidados inadequados pelos serviços de urgência. Tecnologias recentes estão facilitando essas novas relações e ampliando acesso para além do presencial, incluindo interações virtuais ou assíncronas. O relacionamento continua sendo a base da atenção primária. Projetar sistemas dentro dos cuidados primários que melhoram o acesso, o relacionamento e a continuidade promovem maior satisfação nos serviços tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária. Acesso à Saúde. Sistema Unimed.

ABSTRACT

Primary Care is both base and center of successful healthcare systems. As the ideal first contact for patients, accessibility is an essential attribute yet most primary care struggles to meet patient needs and inquiries in a timely manner. Team based care provides some relief from the inevitable access bottleneck experienced by primary care providers. Access without continuity leads to fragmented care and higher costs through duplication and unnecessary testing. Continuity of teams is a successful strategy to guide and reassure patients when they require a care interaction and can decrease inappropriate care by Emergency Departments. New technologies are facilitating these new relationships and moving care from face to face to more virtual or asynchronous interactions. Relationship remains the cornerstone of primary care. Designing systems within primary care which enhance access, relationship and continuity promote higher workplace satisfaction for all participants.

Keywords: Primary Care. Health Accessibility. Unimed System.



1 INTRODUÇÃO

O papel da Atenção Primária nos sistemas de saúde há muito tempo tem sido motivo de discussão no mundo inteiro. Essa confusão é compreensível, pois as origens da atenção primária estão nas origens da própria saúde. A evolução orgânica dos cuidados em saúde nas comunidades envolve curandeiros, líderes políticos, professores e ativistas comunitários. No entanto, à medida que a prestação de cuidados de saúde se profissionalizou e corporativizou, o saber e as estruturas locais foram cada vez mais substituídos, primeiro por grandes hospitais e agora por ambulatorios cuja missão é orientar os pacientes aos especialistas. A perda de relacionamento com alguém de sua própria comunidade é a principal desordem para os pacientes, e essa perda de confiança é manifesta no aumento do litígio e do excesso de exames.¹

Modernas estruturas de atenção primária podem ser reaproveitadas para compensar a perda de confiança entre o paciente e o sistema de prestação de cuidados em saúde. O novo movimento nos sistemas de saúde para reestruturar os cuidados primários e aumentar o acesso por meio do desenvolvimento de equipes que envolvem os pacientes nos serviços foi amplamente bem-sucedido nos Estados Unidos e em outros países. Menos tem sido escrito e estudado sobre a continuidade do cuidado, mas o mesmo movimento de reforma está cada vez mais voltado para reforçar as relações da equipe de saúde com os pacientes para dobrar a curva de custo, alavancando a confiança.²

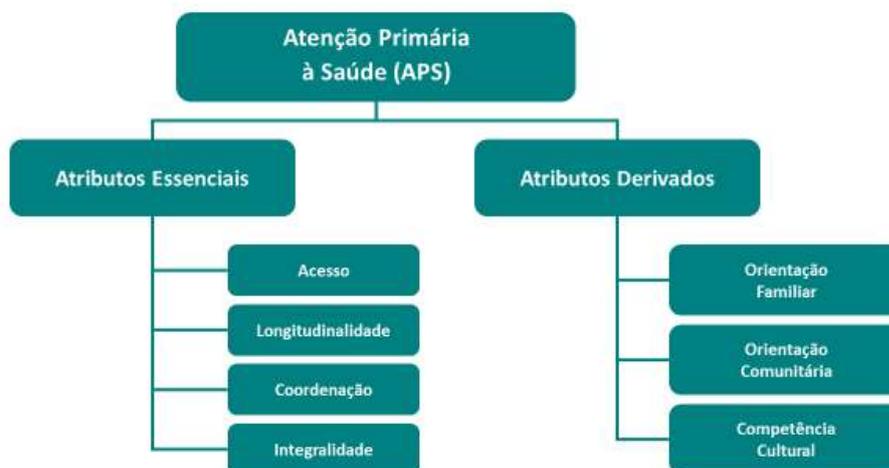
Esses três fatores têm sido o centro da reforma da saúde em dois ambientes clínicos díspares nos EUA e no Brasil. Nos dois artigos seguintes, delineamos as estruturas necessárias para formar equipes de sucesso na atenção primária, a fim de aumentar o acesso dos pacientes e restabelecer a confiança entre equipes e pacientes com relacionamentos de continuidade.

2 ESTRUTURA

Quando falamos de APS sempre é desejado que os Atributos Essenciais e Derivados definidos pelo trabalho de Barbara Starfield estejam presentes na prática diária.

¹VENTO, Sandro; CAINELLI, Francesca; VALLONE, Alfredo. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases*, v.6, n.11, p.406-409, 06 out. 2018.

²BAZEMORE, Andrew.*et al.* Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Annals of Family Medicine*, v.16, n.6, p. 492-497, nov/dez 2018.



Todos esses atributos se mostram difíceis de operacionalizar, já que o paciente pode ter necessidades de saúde 24 horas por dia, 7 dias por semana. Especialmente nas áreas rurais, onde a densidade de profissionais de saúde é menor, a falta de acesso é mais sentida. A Medicina de Urgência tornou-se uma especialidade que surgiu a partir desta realidade, mas sem continuidade, desconectada dos outros atributos e com uma atitude defensiva em relação ao risco legal médico. Os custos são maiores quando os pacientes usam cuidados de urgência, em vez de cuidados primários.³⁴ Como a Atenção Primária pode capturar a atenção de seus pacientes para evitar o uso desnecessário de Cuidados de Urgência?

3 CONTEXTO EUA

3.1 Acesso

O acesso aos cuidados é definido como consultas presenciais, consultas virtuais, por teleconferência ou interações de mensagens assíncronas, e é exigido continuamente pelos pacientes. Fora do horário comercial a cobertura de plantão é necessária, geralmente com várias

³MCWILLIAMS, A.; TAPP, H.; BARKER, J.; DULIN, M. Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. *N C Med J.*, v. 72, n.4, p.265-271, jul/ago 2011

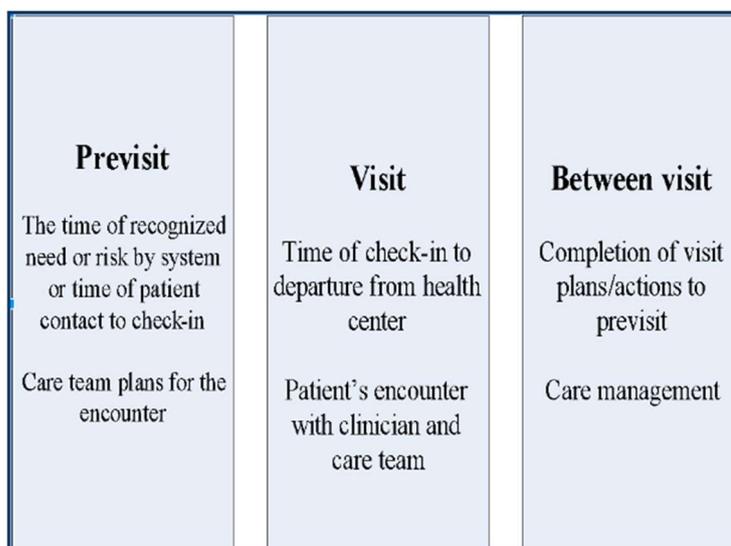
⁴DE OLIVEIRA, C.; CHENG, J.; KURDYAK, P. Determining preventable acute care spending among high-cost patients in a single-payer public health care system. *Eur J Health Econ.*, 05 abr. 2019 (no prelo).



clínicas de APS se unindo para dividir essa tarefa. A telemedicina, o uso de métodos de comunicação virtual, é um excelente canal para tranquilizar e orientar os pacientes remotamente e é cada vez mais usada em todo o mundo.⁵

Portais online seguros para os pacientes ou mensagens SMS confiáveis também são cada vez mais usados entre o paciente e o provedor para acesso a orientações e são mutuamente convenientes devido à sua natureza assíncrona. Curiosamente, esses mesmos princípios são necessários durante o tempo em que os locais clínicos estão abertos ao atendimento, uma vez que os pacientes não podem e não devem ser obrigados a fazer uma consulta presencial toda vez que tiverem alguma dúvida ou necessidade. Então, é necessária uma solução além do provedor individual.

Os cuidados podem ser organizados em três períodos de tempo básicos: antes de uma consulta, durante uma consulta presencial e entre consultas. Dividir os cuidados dessa maneira nos permite mapear as etapas que os pacientes realizam em cada período para otimizar a experiência de todos os envolvidos.



Ele também move o foco do trabalho de volta para os pacientes ao invés de estar centrado no provedor (profissional de saúde).

⁵BASHSHUR, R.L. *et al.* The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health*, v.22, n.5, p.342-375, maio 2016.



Figura

médico

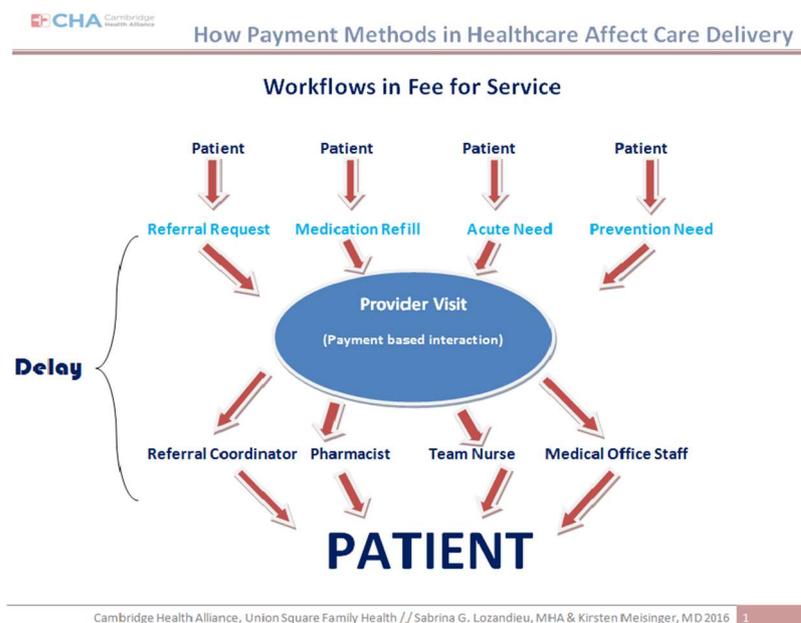
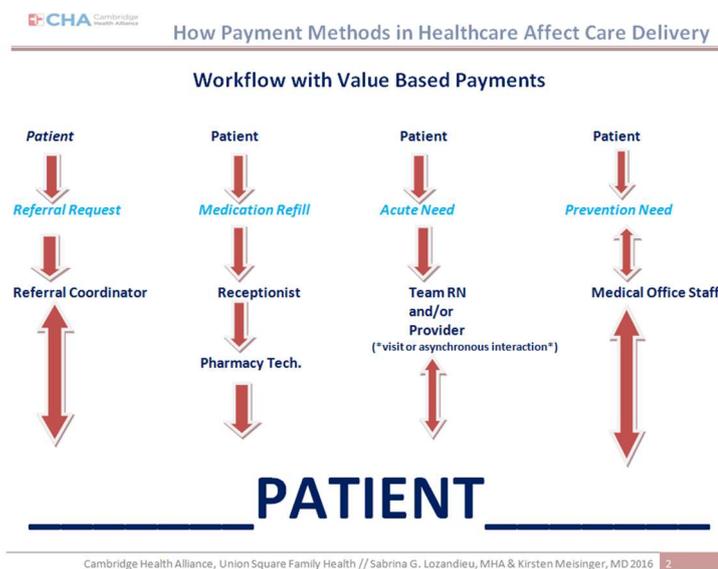


Figura 2 - Sistema de pagamento baseado em valor e fluxo de atendimento suportado pela equipe



Espera-se que cada membro da equipe se prepare para a consulta com antecedência, e o próprio atendimento envolve cada profissional desempenhando seu papel, centrado nas



necessidades imediatas e populacionais do paciente. Quando a dança complexa do paciente e da equipe vão bem, todos sentem uma alegria maior no ambiente de trabalho.⁶

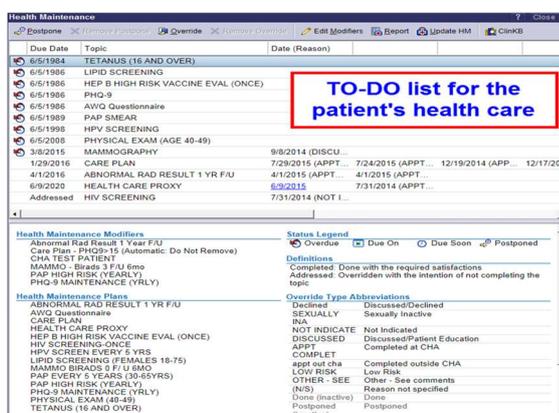
4 CUIDADO BASEADO NO TIME

O atendimento em equipe alavanca o protagonismo do médico de atenção primária como referência de confiança para o paciente e a família e estende esse relacionamento a um grupo treinado de profissionais de saúde, criando equipes de APS. Os pacientes desenvolvem um relacionamento com uma enfermeira, técnico de enfermagem e recepcionista. Muitas vezes nos EUA, dois provedores compartilham uma única lista de pacientes para garantir a continuidade do cuidado. Os pacientes são direcionados para essas relações com a equipe em qualquer oportunidade de interação, e os profissionais de saúde, a equipe, maximizam a eficiência trabalhando apenas com pacientes que conhecem bem.

4.1 A Equipe

Recepcionista: As primeiras pessoas a darem o tom para a interação, os recepcionistas são muitas vezes negligenciados como membros habilidosos da equipe. Recepcionistas são cruciais para a continuidade no agendamento de consultas, eles gerenciam os pacientes após e entre as consultas. Eles têm um papel crucial na organização prévia dos atendimentos de pacientes, revendo seus prontuários e preparando as avaliações necessárias no dia anterior a uma consulta ou no momento de uma ligação telefônica ou mensagem para a clínica (figura 3).

Figura 3



⁶PERLO, J. *et al.* IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017.



Técnica de Enfermagem: Este papel relativamente novo nos EUA é essencial para maximizar a oportunidade do tempo do paciente em uma consulta, em que múltiplas triagens podem ser reservadas ou realizadas antes e depois do atendimento médico ou de enfermagem. Normalmente, esse profissional leva o paciente da sala de espera, faz sinais vitais padronizados e executa uma série de tarefas a partir de uma lista de verificação antes que o paciente veja seu médico ou sua enfermeira. Esta é a maneira mais eficaz de integrar o gerenciamento da saúde da população ao ambiente clínico e reduz drasticamente o ônus sobre os profissionais mais demandados (médicos em geral).

Provedor de Atenção Primária: Nos Estados Unidos, isso pode ser um médico, enfermeiro ou médico assistente, mas ainda é mais frequente um médico. Livre do fardo das tarefas executadas pela equipe, o provedor revisa as triagens realizadas pela equipe antes da chegada do paciente ao consultório (pressão arterial, rastreio de depressão, etc.) e pode prestar mais atenção direta às preocupações do paciente. Além disso, a revisão do prontuário do paciente antes da própria consulta significa que o provedor está atualizado sobre qualquer informação sobre a experiência do paciente entre as consultas (especialista ou atendimentos de emergência, estudos radiológicos ou laboratoriais etc.)

Paciente: O paciente é o membro mais importante da equipe de atendimento! Quaisquer planos de cuidados ou intervenções são feitos diretamente com o paciente, e os pacientes sempre têm a opção de recusar qualquer serviço. Sua ficha médica está disponível no serviço de forma transparente a qualquer momento, embora o portal seguro do paciente e todas as anotações como estudos de laboratório, resultados radiológicos etc. estejam sempre visíveis para eles. Dois pacientes são selecionados por clínica de APS para trabalhar com a liderança local e orientar quaisquer mudanças ou novos serviços, para que sua voz coletiva seja ouvida pelo serviço de APS.

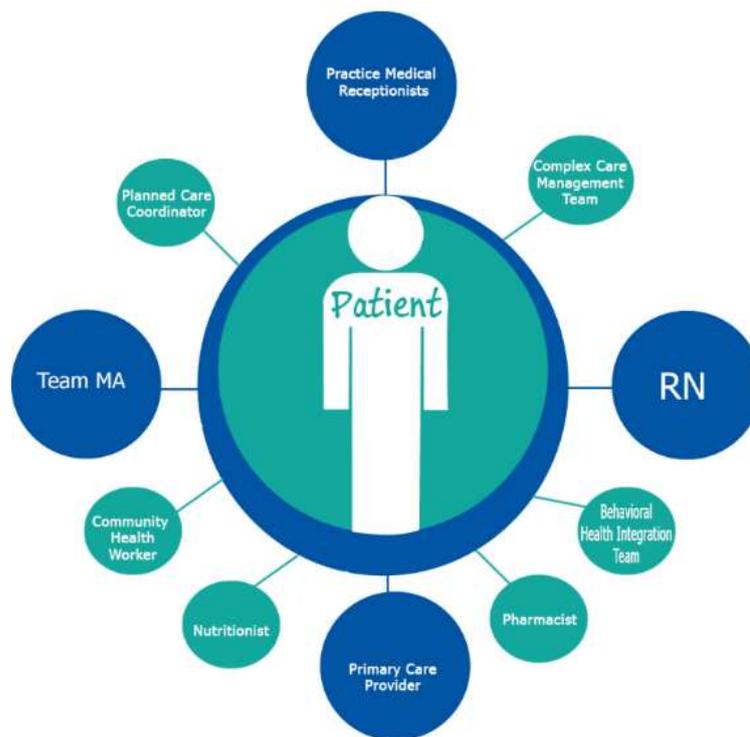
4.2 Coordenação de Cuidados e a Equipe Estendida

Esta equipe de cuidados primários pode coordenar múltiplas interações complexas com prestadores de cuidados especializados, cuidados hospitalares e o que estamos pensando cada vez mais como a equipe ampliada. A “Casa Médica Centrada no Paciente” (tradução literal da denominação americana de *Patient Centered Medical Home*), um termo para as estruturas e princípios delineados neste artigo até agora, é reconhecido como parte do Sistema de Saúde Centrado no Paciente, que envolve todos os locais de atendimento que um paciente percorre.



Os papéis básicos de cada membro da equipe são mantidos, mas todos participam da coordenação do cuidado. A continuidade é mantida com maior integração com as redes de referência, trazendo parte dos cuidados especializados para serem realizados na atenção primária, como por exemplo os serviços integrados de saúde mental. Os pacientes começam a ver a clínica de cuidados primários como *one stop shopping* e recorrem a todas as necessidades. Este nível de mudança de comportamento é o que é necessário para reduzir os custos com cuidados de saúde desnecessários - seja especialidade, serviços de emergência inadequados ou exames duplicados. (figura 4)

Figura 4



5 RESULTADOS

A implementação de cuidados de equipe para aumentar o acesso e maximizar a continuidade tem amplos benefícios para os pacientes, qualidade de atendimento e satisfação do provedor. A satisfação da equipe e do provedor é diretamente proporcional ao aumento das funções da equipe. Abaixo estão os resultados de nosso estudo comparando os locais de trabalho da equipe de alto desempenho com os menos orientados para a equipe.



Workforce Perception	Total N	% Frequent Huddlers who strongly agree/agree	P-Value
Overall, I am satisfied with my current job	351	62%	0.0087
I would recommend this practice as a great place to work	277	64%	0.0023
People in my care team operate as a real team	354	63%	<0.0001

No cenário brasileiro temos peculiaridades na evolução do nosso sistema de saúde que acabou por culminar em dois sistemas com características muito marcadas que os tem distanciados fortemente, e com eles também os recursos, profissionais da saúde, estrutura instalada. Como resultado final quem arca com o prejuízo dessa disparidade é sempre o paciente.

O Sistema de Saúde brasileiro se organiza inicialmente na lógica Bismarckiana com contratação de serviços por caixas de assistências (CAP, IAP, INPS, etc.) para prover cuidados em saúde restritos a trabalhadores registrados. Com clara influência da Conferência de Alma Ata que propagou a importância de sistemas de saúde universais baseados em Atenção Primária a Saúde, seguimos os passos para a criação do SUS que se propunha a enfrentar esse desafio. O fato da Saúde Suplementar estar prevista no SUS manteve a possibilidade do desenho bismarckiano ser mantido naquela parte não coberta pelo SUS que foi desenhado na lógica Beveridgiana. O SUS se desenvolveu baseado em APS, regulação dos serviços prestados, regionalização, tentando alcançar a universalização, mas ainda enfrentando dificuldades como o subfinanciamento e a imensa escala de implementação de um país da nossa dimensão, resultando na entrega de cuidados preconizados aquém do desejável em boa parte dos seus serviços. A Saúde Suplementar se desenvolveu na lógica de mercado, com fraca visão populacional, baseada em fee for service, sem Atenção Primária como base do Sistema e inicialmente sem regulação mínima, se traduzindo em percurso assistencial desordenado, excesso de intervenção, desperdício de recursos, iatrogenia, e como resultado também não entrega os cuidados adequados aos pacientes.

Se entendermos Qualidade em Saúde como atender de maneira efetiva as necessidades das pessoas, perceberemos que ambos os Sistemas têm falha de qualidade. Mais do que ter APS na base do sistema (condição primordial para um sistema de saúde custo efetivo) pensar em



Qualidade pode ser a pauta que aproximaria de maneira mais salutar ambos os Sistemas que deveriam ter a mesma função: prover cuidados custo-efetivos em saúde a população brasileira.

O movimento de implantação de Atenção Primária a Saúde na Saúde Suplementar vem no sentido de buscar melhorias que colaborem para sua sustentabilidade. De maneira pioneira o Sistema Unimed já colecionou vários pilotos de implantação de APS, e hoje já pode considerar que tem em curso um movimento de transformação do seu modelo assistencial. O tema APS já extrapola a Unimed e é pauta da Saúde Suplementar. Muitos desses pilotos seguiram o desenho do Serviço Centrado na Pessoa (*Patient Centered Medical Home*) que se mostrou um modelo de serviço de Atenção Primária de alta efetividade centrado na pessoa assistida, com maior vocação para o enfrentamento da cronicidade e da complexidade de cuidados simultâneos que devemos entregar aos nossos pacientes nos dias de hoje.

5.2 A Jornada de implantação de APS na Saúde Suplementar

Quando falamos de APS voltamos ao trabalho de Barbara Starfield. Entretanto por mais que pensar na prática diária com base nos Atributos já nos tencione a pensar em processos de trabalho, ainda assim vemos diversas estratégias e modelos de organização para performar cada Atributo e muitos serviços se perdem no meio do caminho. Dessa forma a jornada de implantação de Atenção Primária deve se nortear por direcionadores a serem trabalhados com muita atenção para que consigamos atingir performance nos Atributos de APS. Deve-se ter bem claro que a estratégia proposta é que a Gestão de Saúde Populacional está baseada na alta performance de unidades e times de APS que localmente realizarão os cuidados e farão os inputs de dados que subsidiam o olhar populacional. Então a gestão central terá os dados acumulados de várias unidades de APS para pensar nas estratégias de enfrentamento das condições mais prevalentes, e proverá os times com essas informações pois a execução dessas estratégias terá que se dar de maneira uniforme nas diversas equipes da ponta. Essa relação entre a gestão central e os serviços da ponta, bem como a descentralização do cuidado e da Gestão de Saúde Populacional garantem maior performance do sistema de saúde como um todo. Não é difícil prever que nessa estratégia o papel das equipes será muito mais relevante, os róis de habilidades dos profissionais deverá ser mais amplo e os processos de trabalho construídos terão de ser bastante robustos. Muitos sistemas tendem a ter gestão excessivamente centralizada, o que gera um abismo entre as ideias pensadas no nível central e o que realmente ocorre no nível



assistencial, resultando sempre em resultados frustrantes para ambos os lados (gestores e profissionais de saúde).

5.3 Liderança

Qualquer sistema precisa de liderança coerente com os propósitos da sua organização para que todos os profissionais tenham segurança e rumo definido para trabalhar. Quando tratamos de mudanças estruturais e culturais dentro de uma organização, o papel dos seus líderes se torna mais expressivo ainda pois terão de guiar os times em cada passo da jornada e terão que ser muito coerentes com o propósito transformação pois receberão pressões diversas para que o sistema mantenha seu “*status quo*”. Para tanto a organização deverá ter líderes imbuídos de habilidades específicas.

Habilidades necessárias as lideranças

- Visão sistêmica – entendimento do desenho do sistema e dos seus múltiplos processos, bem como os resultados que produz;
- Visão clara da mudança – entendimento do que existe hoje e a distância a ser percorrido até o padrão ideal
- Habilidades em comandar mudanças: manejo da mudança utilizando-se de estratégias/metodologias comprovadas de melhora da qualidade dos processos e capacidade de engajar equipes para a mudança.

6 METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS DE TRABALHO

Como já citado, a estratégia de Gestão Populacional descentralizada nas equipes de APS exige maior desempenho e responsabilidade dos profissionais da ponta. Bons líderes não exigem de seus liderados aquilo que eles não sabem executar, portanto se torna fundamental que as equipes tenham ferramentas adequadas para desenvolver e executar processos de trabalho robustos com menor índice de falhas. Investimento em metodologia de desenvolvimento de processos de trabalho não deve ser algo restrito a gestão central de um sistema de saúde, mas sim subsidiar o trabalho diário das equipes assistenciais. Elas deverão buscar melhorias diárias para atender as necessidades dos pacientes e colaborar para a padronização das linhas de cuidado que sejam comuns a todos os serviços. Valendo-se de metodologia adequada os profissionais entenderão melhor seus processos de trabalho, serão mais proativos, solucionadores de problemas e verão melhor os resultados do seu próprio



trabalho. Essa estrutura de melhoria contínua colabora imensamente para a Felicidade no Trabalho, reduzindo a rotatividade de profissionais e aumentando o seu engajamento.

6.1 Acesso

Acesso é o atributo de APS dos mais vitais, pois sem ele nada vai acontecer. Se não temos contato de alguma forma com os pacientes, não saberemos das suas necessidades e, portanto, nada acontecerá. Todos os demais atributos de APS serão anulados se não oferecermos Acesso. Na Saúde Suplementar Acesso é uma questão muito frágil e deficitária. O sistema ainda é hospitalocêntrico e o nível ambulatorial baseado em especialidades não garante acesso em tempo oportuno, a porta de entrada acaba por ser o Pronto Socorro. É preciso entender qual conceito de acesso atenderá realmente as necessidades dos pacientes. Tradicionalmente entendia-se Acesso como tempo de espera por uma consulta em um serviço de saúde, e os sistemas de agendamento de consultas foram matéria de estudo por vários anos, com o desenvolvimento de sistemas de agendamento. O sistema de agendamento mais inovador, que trouxe melhores resultados e maior satisfação para ambos os lados – pacientes e profissionais de APS, foi denominado de Acesso Avançado, e é desconhecido por diversos sistemas de saúde, mesmo sendo considerado o padrão-ouro. Acesso Avançado é um sistema de agendamento em que o serviço garante consultas para o mesmo dia ou em até 48h. Os estudos mostram que esse é o prazo para que a satisfação com acesso aumente.

No entanto além de discutir a oferta de consultas é importante entender Acesso em um sentido mais amplo. Seria o acesso que o paciente tem para entrar em contato com sua equipe e pedir auxílio na resolução dos seus problemas e nesse sentido teremos uma gama bem mais ampla de ações e serviços do que ofertar uma consulta médica, fazendo interface com a Territorialidade, horário de funcionamento presencial/não presencial, trabalho em equipe multidisciplinar, telemedicina (tema que ainda estamos mais atrasados que outros países), etc. Ampliar as interações dos pacientes com a mesma equipe de saúde é a primeira etapa para criar o vínculo do paciente com o serviço de APS e ter o terreno preparado para desenvolver os demais Atributos. Quando os outros atributos forem bem desempenhados o Acesso garantido fará mais sentido ao paciente, pois foi efetivo buscar o cuidado naquele serviço e aí sim teremos a clínica de APS como porta de entrada preferencial do paciente. O desafio sempre passa pela qualidade, pois parcela cada vez maior da população fará um percurso assistencial ordenado pelo serviço que preferiram se vincular pela alta Experiência do Cuidado.



6.2 Cuidado Longitudinal Proativo e Baseado em equipe

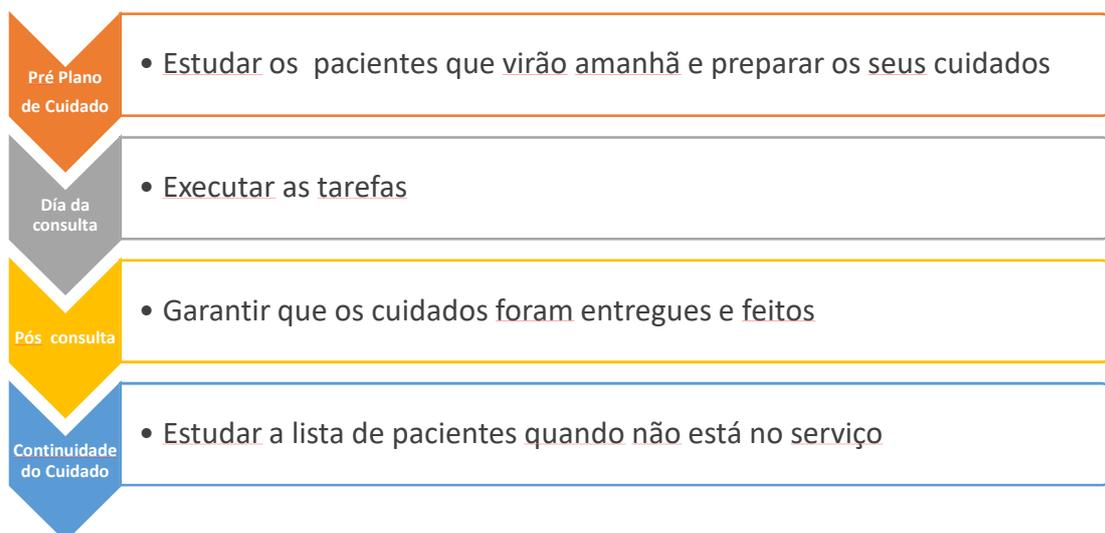
Numa equipe de alta performance, todos os membros devem estar alinhados com o conceito de Cuidados Centrados na Pessoa, e devem assumir um rol amplo de atribuições, de forma a evitar centralização excessiva no médico. Todos os membros da equipe precisam partir do princípio que têm responsabilidades na entrega dos cuidados ao paciente. Muitas coisas boas acontecem depois disso: o médico pode otimizar seu tempo de consulta, a satisfação do paciente com a consulta aumenta pois o médico lhe dá mais atenção no mesmo tempo de consulta, o índice de falhas na entrega dos cuidados tende a cair, já que não estará tão centralizado em um único profissional, os demais profissionais passam a ter mais papel assistencial assumindo parte do cuidado do paciente, com isso tem mais satisfação com seu trabalho, o engajamento da equipe aumenta.

A organização do trabalho em uma unidade de APS com modelo centrado na pessoa (figura 5) deve garantir que o atendimento que será prestado não seja pensado após o paciente chegar ao serviço, e sim antes da chegada do paciente, com estratégia antecipatória e processos de trabalhos que abarquem o maior número de situações possíveis. Cada episódio de cuidado do paciente deverá ser o mais efetivo possível tentando contemplar tanto os cuidados previamente planejados pela equipe quanto a demanda trazida pelo paciente. Os episódios de cuidado anteriores não devem ser esquecidos e devem sempre estar conectados com os próximos, de forma a permitir que a equipe de saúde tenha clara visão da jornada do paciente ao longo do tempo. Estruturas de continuidade farão parte desse entendimento da jornada do paciente.

A comunicação entre os profissionais de saúde e seus pacientes é de suma importância na condução clínica dos planos de cuidados dos pacientes. Tanto no entendimento do paciente sobre as orientações prestadas pelos profissionais quanto no entendimento dos profissionais sobre as necessidades de seus pacientes. Boa performance em Habilidades de Comunicação impactará fortemente na Experiência do Cuidado e no Atributo Essencial de APS – Longitudinalidade/Vínculo.



Figura 5 - Estrutura de trabalho de uma equipe de alta performance



6.3 Interações Centradas nos pacientes

Colocar o paciente no centro do cuidado tem sido recomendação das mais relevantes e recorrentes nos sistemas de saúde mais maduros (em diversos países além da OMS). Isso significa aumentar a participação do paciente na tomada de decisão sobre seus cuidados e colocar o paciente dentro do serviço de saúde estudando as doenças e atuando junto aos profissionais de saúde nas melhorias das linhas de cuidado. Essa ideia conflita com a cultura que ainda predomina em muitos serviços brasileiros de acreditar que nós, os profissionais de saúde, sabemos o que é melhor para o paciente. Os pacientes já buscam por autonomia nas suas próprias pesquisas em internet, blog, redes sociais, etc. A inteligência artificial com algoritmos cada vez mais precisos aumentará ainda mais esse movimento do paciente autônomo, o que pode distanciá-lo de um provedor de saúde excessivamente tecnicista. De qualquer forma as pessoas sempre desejarão manter relações humanas e precisarão do seu provedor de saúde para ser o seu orientador nas tomadas de decisões. Trazê-los para parcerias com a equipe é uma estratégia mais segura e eficaz de empoderar o paciente e ao mesmo tempo aumentar sua responsabilidade sobre seus cuidados (pacientes responsáveis e engajados tem melhores resultados em saúde). Incorporar tecnologia e inovação deverá estar no radar de todo serviço de saúde contemporâneo. Transformar isso em ações práticas sem dúvida é um desafio, mas não ocorrerá se não passar pela reflexão prévia de que devemos ser menos centralizadores e tivermos a iniciativa de testar na prática junto aos pacientes e obter o aprendizado desses testes. O Brasil performa muito abaixo de países mais desenvolvidos nesse quesito, mas devemos estar abertos e trabalhar para termos pacientes que participam do desenvolvimento de soluções para



o serviço de APS, pacientes que estudam suas próprias doenças junto com seu time de saúde e passam a desenvolver materiais educativos com sua visão e linguagem, que se tornam educadores de outros pacientes com discurso mais ressonante do que um técnico em saúde que não passa pelas mesmas situações do paciente.

6.4 Coordenação do Cuidado suportada por sistema de informações

Coordenação do Cuidado é o atributo essencial de APS que exige maior performance da equipe e do sistema de saúde. Após a equipe garantir acesso, fidelizar o paciente ao longo do tempo (Longitudinalidade) e garantir um rol amplo de serviços in loco aumentando sua resolutividade (Integralidade), sem dúvida surgirá a fase de olhar para fora do serviço, pois o paciente fará percursos assistenciais e esses devem ser “guiados” a partir da APS. Esse atributo também será chave para a melhoria da qualidade assistencial do sistema de saúde, pois seria uma falácia pensar que tudo será resolvido na APS, e que todos os demais níveis de atenção serão obsoletos. Pelo contrário, é no momento do percurso assistencial que o sistema de saúde poderá detectar a qualidade de todos os demais níveis, com todos os defeitos a serem corrigidos, e não apenas enxergar que algo não vai bem quando o alto custo aparece no radar. Nesse momento a equipe passa a precisar de recursos para integração com a rede assistencial e de suporte da gestão central, além da colaboração ativa das equipes dos demais níveis de atenção (os especialistas focais e as equipes hospitalares, oncologia, *home care* etc.). Processos de trabalho que coloquem em contato regular as equipes dos vários níveis de atenção, revisando as linhas de cuidado e realizando ajustes necessários com melhoria contínua. Líderes locais supervisionando a performance de cada serviço e a efetividade do percurso assistencial. Além dos processos de trabalhos de integração, todas as equipes precisarão de informações sobre o paciente para exercer adequadamente a Coordenação do Cuidado. Sistemas de informações eficientes devem permitir as equipes dos diversos níveis acessar informações sobre os cuidados até então prestados aos pacientes, monitorar o seu percurso assistencial, facilitar a comunicação entre os profissionais e disponibilizar informações agregadas sobre a população assistida pelas equipes. No Brasil a performance dos sistemas de informações é baixa; as equipes ainda trabalham para gerar os dados mínimos sobre a população que está sob seus cuidados, enquanto o sistema de informações deveria gerar os dados para as equipes planejarem, trabalharem e coordenarem o cuidado. Sistemas de informações diversos que “não conversam” entre si



deveriam ser aprimorados, pois devemos partir do princípio de que a informação pertence ao paciente e não a um sistema X ou Y.

7 CONCLUSÃO

Sustentabilidade no setor de saúde não é tema novo, mas cada vez mais desafiador considerando-se que, em todos os países, é o setor da sociedade mais difícil de se conter a escalada dos custos, mesmo em tempos de crise e contingenciamento. Tampouco Atenção Primária é tema novo, porém se mantém em constante evolução com soluções cada vez mais inovadoras e assumindo papel cada vez maior na sua contribuição para a custo-efetividade dos cuidados em saúde. Os sistemas de saúde que ainda não performam tão bem em APS não terão tempo de evoluir gradativamente, sob pena da sociedade se tornar incapaz de financiá-los. Deverão sim investir em um salto de qualidade buscando modelos de cuidado mais contemporâneos, de alta performance e custo-efetivos, trazendo o resto da sociedade para o centro desse debate e o paciente para o centro do cuidado.

O Serviço Centrado na Pessoa tem se mostrado o modelo de APS mais promissor, baseado em tecnologias leves, com processos de trabalho de alta performance e alto engajamento dos seus profissionais, vocacionado para o enfrentamento da Cronicidade. Tanto a Saúde Suplementar quanto o SUS serão territórios férteis para aprofundar o aprendizado nos direcionadores principais desse modelo na realidade brasileira, trilhando seu caminho na busca pelo Quádruplo Objetivo.

REFERÊNCIAS

BASHSHUR, R.L.*et al.* The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health*, v.22, n.5, p.342-75, maio 2016.

BAZEMORE, Andrew.*et al.* Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Annals of Family Medicine*, v.16, n.6, p. 492-497, nov/dez 2018.

BODENHEIMER, T; SINSKY, C; From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine*, v.12, n.6, p. 573-576, nov/dez 2014.

COLEMAN, K.; *et al.* The Changes Involved in Patient Centered Medical Home Transformation. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, v.39, n.2, p. 241-259, jun 2012.



JAIN, N. MD, M.B.A.; OKANLAWON, T. MD, M.P.H.; MEISINGER, K. MD, MHCDS; FEELEY, T.W. MD. *Leveraging IPU Principles in Primary Care: Case Study*. Massachusetts: NEJM Catalyst, 27 jun 2018.

MC WILLIAMS, A. *et al.* Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. *N C Med J.*, v.72, n.4, p.265-271, jul/ago 2011.

OLIVEIRA, C.; CHENG, J.; KURDYAK, P. Determining preventable acute care spending among high-cost patients in a single-payer public health care system. *Eur J Health Econ*, 5 abr. 2019.

STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. UK: Oxford University Press, 1998.

TRANSFORMING CLINICAL PRACTICE INITIATIVE. *The TCPI Change Package: Transforming Clinical Practice*. [s.l], mar. 2016.

VENTO, S.; CAINELLI, F.; VALLONE, A. Defensive Medicine: It is time do finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases*, v.6, n.11, 6 out 2018.