



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

SÓSTENES CONCEIÇÃO DOS SANTOS

Atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção:

uma revisão sistemática da literatura

Salvador

2013



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Mestrado em Saúde Comunitária



SÓSTENES CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**Atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção: uma revisão
sistemática da literatura**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto
de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a
obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Planejamento
e Gestão em Saúde**

Orientadora: Prof^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Salvador

2013

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237a

Santos, Sóstenes Conceição dos.

Atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção: uma revisão sistemática de literatura / Sóstenes Conceição dos Santos.-- Salvador: S.C.Santos, 2013.

109 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasboas.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Integração. 4. Coordenação do Cuidado. I. Título.

CDU 614.2

Sóstenes Conceição dos Santos

**Atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção: uma revisão
sistemática da literatura**

Data da defesa: 30/04/2013

Banca examinadora

Prof^a. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa / Escola de Enfermagem – UFBA

Prof^a. Maria Guadalupe Medina / ISC – UFBA

Prof^a. Lígia Maria Vieira da Silva / ISC – UFBA

Prof^a. Ana Luíza Queiroz Vilasbôas (orientadora) / ISC - UFBA

**À minha família,
Carleane e Pedro Henrique**

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e da sabedoria para a condução deste trabalho.

À minha esposa Carleane pela sua dedicação incondicional e compreensão.

Ao meu filho Pedro Henrique pelo seu exemplo de evolução no aprendizado da vida ao longo dos seus dois anos de idade.

Aos meus pais por não medirem esforços para o investimento na educação dos seus filhos dedicando-os parte das suas vidas com amor e carinho.

Às minhas irmãs, Priscila e Quésia pelo apoio.

À mui querida Professora Telma Dantas pela compreensão e incentivo.

Às Professoras Lígia Vieira e Guadalupe Medina por me acolherem no ingresso a este projeto.

Aos demais professores que contribuíram para o nosso crescimento acadêmico por meio da reflexão crítica.

Aos colegas de mestrado pela cumplicidade e apoio em todos os momentos.

E, por fim, em especial, à querida amiga e professora Ana Luiza pela sua dedicação, por acreditar no meu potencial acadêmico e, sobretudo, pelo seu significativo exemplo de superação.

“As pessoas não se precisam, elas se completam... não por serem metades, mas por serem inteiras, dispostas a dividir objetivos comuns, alegrias e vida.”

Mário Quintana

RESUMO

A literatura internacional tem abordado diversas propostas para a conformação de sistemas de saúde integrados frente à complexidade das condições de saúde e à fragmentação das ações para o enfrentamento de tais condições. Em seu conteúdo, os arranjos propostos têm considerado variadas perspectivas para a articulação entre serviços de saúde orientadas pelo contexto local e pela composição de fatores associados à organização destes. Para tanto, as concepções voltadas à compreensão sobre as redes de atenção, bem como a definição de estratégias e mecanismos de integração destas redes condicionam a racionalidade de prestação dos serviços de saúde inserindo-se no contexto de atuação da atenção primária. Neste sentido, este estudo busca, mediante a revisão sistemática da literatura internacional, identificar concepções teóricas sobre atenção primária à saúde enfatizando-a no âmbito das redes de atenção e sob a perspectiva da integração do cuidado no sistema de saúde. Desta forma, procedeu-se a um levantamento bibliográfico sistemático chegando-se ao um total de 75 artigos selecionados sobre a temática.

Neste particular, a atenção primária à saúde tem desenvolvido papel relevante para a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde mediante a sua função ordenadora do sistema de saúde proporcionada por seus atributos como primeiro contato preferencial e de habilidade generalista e racionalizadora para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população.

Os resultados obtidos na análise da literatura citada reforçam a compreensão da atenção primária enquanto estratégia de reordenamento do sistema de saúde e, portanto, como primeiro contato preferencial deste sistema e coordenador das ações de saúde apontando-se para a necessidade de seu fortalecimento, com a discussão sobre os principais desafios para a sua efetiva interação com os demais serviços de saúde.

Simultaneamente, a análise acerca das concepções sobre as redes de atenção permitiu o levantamento de elementos teórico-conceituais que abrangem desde a perspectiva física de sua configuração, enquanto arranjos hierárquicos piramidais ou dispostos em um mesmo plano horizontal, até a dimensão intersubjetiva das relações estabelecidas entre os atores em distintos contextos de implementação das ações em saúde.

De acordo com este panorama, estratégias, mecanismos ou ferramentas de integração do cuidado em saúde podem favorecer o desempenho da atenção primária no âmbito das redes de atenção à saúde. Estes podem atuar sobre a orientação de referenciais próprios aos campos

da saúde, da informação e comunicação e da administração condicionados a fatores ambientais, políticos e à intersubjetividade dos sujeitos.

Palavras-chave: redes de atenção à saúde; atenção primária à saúde; integração; coordenação do cuidado.

ABSTRACT

International literature has brought several proposals to shape integrated health systems against health conditions complexity and fragmentation of such conditions. Suggested arrangements has considered a variety of perspectives to link health services directed both by local context and aggregation of associated features related to its composition. To this aim, concepts targeting care network understanding as well definition of strategy and integration mechanisms concerning these network grant these health services sense and effectiveness and make them part of primary care issue. This study seeks, in this concern, to identify theory conceptions through systematic international review on health primary care and highlight them in the context of care network under perspective of care integration into health system. This way, a systematic bibliographic survey was accomplished to a total of 75 selected articles about this issue. Concerning this specific situation health primary care has played a meaningful role to coordinating care in health care network through its health system guide function given by its qualifications as first preferential contact, general skilled and rationalizing to face population problems and health demands. Results found by mentioned literature study reinforce primary care understanding as a redirecting strategy of health system and, this way, as a first preferential contact of this system and as a coordinator for health actions that points out the need of its reinforcement along with discussion on major challenges for its real integration to other health services.

At the same time, analyzing of conceptions on care network allowed the knowledge of theory-conceptual elements that ranges from physical perspective of his configuration, as pyramidal and hierarchic arrangements or laid on the same horizontal plan so that an inter-subjective dimension of stated relations among actors at distinctive implement of health actions.

According to this scene, some strategies, mechanisms or tools of integration for health care can benefit the performance of primary care in the field of health care networks. These can work under the guidance of self references to health fields, information, communication and management under conditions of environmental and politic factors and inter-subjective role of actors, as well.

Keywords: coordination; integration; comprehensiveness; primary care; care network; delivery of health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

MS – Ministério da Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	20
3. METODOLOGIA	21
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
8. APÊNDICES	83

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a organização dos serviços em redes de atenção à saúde, ainda que presente no arcabouço jurídico que sustentou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), só recentemente tem recebido destaque como política de organização do sistema, pactuada entre as três esferas de governo na Comissão Intergestores Tripartite e materializada pela publicação de instrumentos normativos, a exemplo da portaria GM/MS 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e do Decreto Presidencial 7.508 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, as redes de atenção são definidas como “arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão” de modo a oferecer ações e serviços integrais, eficazes em termos clínicos e sanitários e eficientes do ponto de vista econômico (BRASIL, 2010). As redes de atenção à saúde (RAS) têm sido apresentadas como uma proposta do SUS para atender à complexidade do perfil epidemiológico da população brasileira, caracterizado pela coexistência de doenças infecto-parasitárias, ainda frequentes como causa de morbidade, associadas à alta mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, acidentes de trânsito e homicídios (PAIM et al., 2011).

A organização de redes de atenção pode, também, ser uma resposta do sistema de saúde às consequências negativas ocasionadas pela fragmentação ou a falta de articulação entre os serviços de saúde visto que cada serviço isoladamente não detém a capacidade resolutiva para enfrentar a complexidade das condições de saúde da população (STARFIELD, 2004, HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004). Ademais, a ideia de redes está associada ao desenho espacial dos serviços em regiões de saúde, para distribuir recursos de modo mais equitativo, pressuposto relevante num país com dimensões continentais e disposição desigual da oferta de ações de saúde como o Brasil.

A literatura sobre redes de atenção à saúde tem como marco histórico o Informe Dawson, publicado em 1920, na Inglaterra. As proposições contidas nesse relatório técnico configuraram-se como uma resposta à inadequada organização dos serviços médicos observada no Reino Unido e estavam dirigidas à garantia do acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde como meio da manutenção da saúde e cura das enfermidades da população. Trata-se, portanto, de uma referência para a mudança da organização dos serviços de saúde da época e que insere elementos para uma nova lógica de atenção sugerindo, inclusive, a adaptação estrutural de hospitais para este novo modelo organizacional. Nele, o autor chama

atenção para a necessidade da coordenação estreita entre os serviços de medicina e destaca o papel do profissional generalista para o cuidado à saúde individual e coletiva.

A proposta contida no Informe indicava a disposição dos serviços em unidades de atenção primária, atenção secundária, serviços complementares e de apoio diagnóstico organizados de forma a guardar coerência com as necessidades locais de saúde. O termo “primária” tem aqui a conotação de serviço mais próximo à comunidade e, por isso, de primeiro contato, concepção esta ainda utilizada quase um século depois da sua publicação (STARFIELD, 2002). Esta atenção primária seria composta de generalistas dispostos no centro da organização do sistema de saúde com a finalidade de orientá-lo (DAWSON, 1920).

No que tange às concepções e propostas de redes de atenção, alguns autores apresentam as suas considerações à luz de variadas vertentes que perpassam os campos das ciências sociais, da comunicação, da administração e da saúde.

Rovere (1999) propõe que as redes de atenção à saúde podem ser tratadas como prestação de cuidado a partir do estabelecimento de vínculos solidários entre sujeitos, do reconhecimento do outro, da cooperação e do acolhimento ao usuário. Para Kuschnir (2011), as redes de atenção à saúde podem ser analisadas na perspectiva comunicacional entre os serviços prestados conformando-se as regiões de saúde ressaltando-se aspectos físicos e funcionais da organização destes serviços, a exemplo das conexões, reforçando termos utilizados no campo da informação. Esta autora considera ainda aspectos relacionados à dinâmica do território de inserção destas redes.

Mendes (2011) destaca a economia de escala como um dos fundamentos das redes de atenção de forma a integrar e otimizar a prestação de serviços onde os recursos são escassos e a distância geográfica não tem impacto significativo sobre o acesso ao cuidado. Além disto, este autor traz outros fundamentos para a construção das redes de atenção à saúde como a disponibilidade de recursos, o acesso e a qualidade, as integrações vertical e horizontal, os processos de reordenamento dos serviços para garantia da sua eficiência, os territórios sanitários e os níveis de atenção.

Em uma abordagem mais abrangente sobre as redes e a sociedade, Castells (1999) conduz um levantamento histórico-conjuntural que considera o paradigma produtivo da era industrial e a sua mudança para um paradigma pautado sobre a informação, a comunicação e o conhecimento característicos da era da informação e da sociedade em redes. O paradigma da

era industrial, por sua vez, considera o que é produzido em termos de bens materiais. Os elementos trazidos no bojo do novo paradigma informacional, em que se passa a atribuir mais valor à informação dentro do modo de produção, repercutem sobre a organização da sociedade e rediscutem, inclusive, as noções de tempo e espaço. As fronteiras tornam-se menos nítidas entre os nós que constituem as redes aproximando, por meio da tecnologia da informação, pontos antes considerados distantes entre si. Um novo padrão temporal passa a ser estabelecido onde a rede se encarrega de proporcionar processos simultâneos antes conduzidos em tempos distintos e cronologicamente bem definidos.

Um exemplo claro destas mudanças, atualmente, são os recursos disponíveis em dispositivos móveis que permitem a execução de tarefas simultâneas e ampliam as possibilidades de comunicação. Também representam exemplos de alteração do padrão espacial a possibilidade de se realizar videoconferências a partir de aparelhos portáteis interligando pessoas em diversos pontos da rede. Este novo paradigma, portanto, tem exercido influência sobre a conformação das redes bem como a definição de fluxos e mecanismos de integração das redes.

Neste particular, o domínio da tecnologia da informação e da comunicação em saúde condiciona a efetividade dos mecanismos de integração da rede assistencial, integração esta definida por Hartz e Contandriopoulos (2004) a partir de um “sistema sem muros” como

integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Na perspectiva dos modelos de atenção, tal como proposto por Paim (1999), as redes de atenção podem ser compreendidas no âmbito do processo de trabalho ou da produção social em saúde a partir de “combinações de saberes ou conhecimentos e técnicas ou métodos utilizados para solucionar problemas e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas”. Estas combinações refletem uma lógica ou racionalidade do cuidado em saúde. Desta forma, o arranjo organizacional das redes de atenção constitui-se como um conjunto de propostas tecnológicas pautadas sobre práticas de saúde assistenciais, preventivas e promocionais e pertencentes a uma lógica de cuidado mais abrangente, diferenciadas de acordo com o contexto e com os fundamentos teórico-conceituais (TEIXEIRA, SOLLA; 2006).

Teixeira e Solla (2006) sintetizam a concepção acerca dos modelos de atenção destacando-os como “organização das relações intersubjetivas mediadas por tecnologias utilizadas nos processos de trabalho em saúde com o objetivo de responder aos problemas, danos ou riscos e necessidades sociais no campo da saúde”. Esta concepção sistêmica e ampliada de modelos de atenção, enquanto racionalidade que articula tecnologias de cuidado em saúde agrega elementos para a organização dos serviços de saúde dispostos nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial.

Considerando a dimensão organizativa dos modelos de atenção à saúde a partir da proporção entre os níveis de organização da produção dos serviços, Teixeira e Solla (2006) apontam para o estabelecimento de relações hierárquicas entre as unidades de produção de serviços de acordo com os níveis de densidade tecnológica. As redes, portanto, estariam reconhecidas nesta dimensão como arranjos tecnológicos e organizativos dos serviços disponíveis no sistema de saúde.

Aproximando mais a análise sobre esses modelos de atenção, chega-se à dimensão técnico-assistencial, reforçada por Rovere (1999), ressaltando os saberes e tecnologias aplicadas ao nível da relação produtiva entre os sujeitos. Para esse autor, a forma organizacional burocrática fragmenta a produção em saúde. A lógica da divisão de tarefas em uma perspectiva fordista de linha de produção e, portanto seguindo a racionalidade da era industrial discutida por Castells (1999), tem promovido o crescimento das especialidades em detrimento da integração dos serviços.

Rovere (1999) propõe a organização da atenção em redes como uma ferramenta contrária a esta fragmentação e à hierarquização, constituindo vínculos entre os diversos pontos de forma solidária a partir do reconhecimento entre os sujeitos, do conhecimento mútuo, da colaboração, da cooperação e da associação entre os componentes da rede. O autor destaca ainda as necessidades coletivas e individuais de saúde como eixo central desta rede coadunando com a proposta do Modelo de Atenção em Defesa da Vida (TEIXEIRA, SOLLA, 2006).

Este movimento contra-hegemônico de integração, no entanto, não ocorre espontaneamente. A coexistência de distintas racionalidades de atenção e a hegemonia do modelo médico assistencial privatista reforçam a fragmentação da atenção e comprometem a integração de serviços em rede. Não obstante toda a produção voltada para a organização da atenção primária, os demais níveis de atenção à saúde não têm seguido sob a mesma

orientação (Cecílio, 1997). Para Cecílio (1997) o hospital ainda se constitui como “porta de entrada” principal do sistema a partir da urgência e emergência e dos ambulatórios em detrimento do primeiro contato preferencial via atenção primária.

Embora Rovere (1999) e Mendes (2011) chamem a atenção para elementos distintos de configuração das redes de atenção, não se pode afirmar que se trata de concepções concorrentes. Estas podem apresentar-se complementares se forem consideradas as dimensões organizacional, gerencial e técnico-operacional propostas por Teixeira e Solla (2006) para a compreensão dos modelos de atenção. Nesta perspectiva, as relações entre os sujeitos, valorizada por Rovere (1999), seriam compreendidas na dimensão técnico-assistencial, enquanto que os aspectos relacionados à economia de escala para a conformação dos serviços de saúde, trazidas por Mendes (2011) comporiam as dimensões organizacional e gerencial.

A organização dos serviços, portanto, apresenta estreita relação com os modelos de atenção propostos em cada sistema de saúde. No modelo médico assistencial hegemônico, em que a assistência se apresenta de forma fragmentada em especialidades, individualizada e centrada no saber profissional, as necessidades postas ao sistema tendem a ser contempladas de acordo com a oferta dos serviços e sem uma coerência necessária com as condições de saúde. Modelos alternativos de atenção à saúde propõem uma maior articulação entre as instituições ou entre os sujeitos na perspectiva da abordagem aos determinantes do processo saúde-doença, na programação das ações, no acolhimento e estabelecimento de vínculo com o usuário e na promoção da saúde. Esses modelos podem se complementar objetivando potencializar o impacto dos serviços sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

Neste sentido, a atenção primária à saúde tem se constituído em espaço para o exercício da integração na perspectiva da continuidade do cuidado e da sua articulação com os demais pontos constituintes da rede assistencial. A declaração de Alma Ata, em 1978, já expressava, em seu texto, o papel destacado da APS para a continuidade do processo de assistência à saúde. Para Starfield (2004) e Medina (2006), os sistemas estruturados com base na atenção primária podem alcançar melhores resultados quanto ao desempenho das redes assistenciais pelo seu potencial de integração, pelo seu caráter acessível, pela abordagem diferenciada no primeiro contato do usuário ao sistema e pela perspectiva racionalizadora do uso dos recursos.

Para Almeida (2010), a integração dos serviços em redes assistenciais que tem como centro de comunicação a atenção primária pode contribuir para a organização lógica e

funcional destas redes, bem como para a longitudinalidade das ações. Para essa autora, é nesse nível de atenção que a maior parte das demandas do sistema de saúde surge e, portanto, este deve apresentar-se resolutivo em si mesmo e canalizador destas demandas a outros espaços de prestação do cuidado quando necessário.

Não obstante todo o reconhecimento da APS como elemento importante de integração da rede assistencial, subsistem interpretações, diversas, a exemplo da compreensão da atenção primária como prestação de pacote básico de serviços de baixa densidade tecnológica e de baixo custo, pouco resolutivo, primitivo e destinado a populações mais desprovidas sócio-economicamente (MEDINA, HARTZ, 2009).

No Brasil, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família introduziu elementos essenciais para uma proposta estratégica de reorganização da atenção primária e de estruturação dos sistemas municipais de saúde, considerando a continuidade e a coordenação do cuidado (MEDINA, 2006). Coordenação é aqui entendida como “articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum” (GIOVANELLA et al., 2010, citando NÚÑES et al., 2006).

As diretrizes da Estratégia da Saúde da Família permitem a esta representar um espaço privilegiado de aproximação com o usuário, seu ambiente e suas necessidades, atribuindo-lhe maior coerência à coordenação da rede a partir de características como o primeiro contato e o acompanhamento longitudinal do usuário. Estes atributos potencializam o seu caráter racionalizador da atenção e coordenador da rede assistencial ao compará-las com a lógica de funcionamento de unidades básicas tradicionais (ELIAS, 2006).

O tema da atenção primária à saúde tem se apresentado de forma relevante na agenda das políticas de saúde no Brasil. A Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela portaria ministerial nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, foi publicada como proposta oficial de reafirmação do lugar da atenção primária na organização do sistema de saúde, assumindo uma concepção mais abrangente da atenção primária como locus de contato mais próximo às necessidades da população e colocando a Estratégia da Saúde da Família como uma proposição de modelo substitutivo ao tradicionalmente desenvolvido na atenção básica (MENDONÇA, GIOVANELLA, 2009). Tal política contém as diretrizes para a organização de redes de atenção à saúde no âmbito do SUS estabelecidas pela portaria 4.279, de 30 de

dezembro de 2010, posta como estratégia de superação da fragmentação da atenção e da gestão, sugerindo a APS como centro de comunicação entre os pontos de atenção na rede.

Alguns autores destacam o fortalecimento da atenção primária à saúde a partir do seu reconhecimento pelos demais serviços da rede assistencial e da descentralização das ações de saúde coletiva até este âmbito da atenção atribuindo-lhe valor no desenvolvimento destas ações (ALMEIDA; 2010). Tal fortalecimento surge como condição necessária para a articulação dos serviços na rede.

A partir desta discussão inicial e dentro do cenário de serviços desarticulados e fragmentados em que se inserem as concepções sobre redes de atenção e atenção primária à saúde, faz-se necessário elaborar algumas indagações pertinentes à organização dos serviços de saúde. Neste sentido, propomos as seguintes perguntas de investigação: Quais os mecanismos, estratégias ou ferramentas de integração relatados em propostas de redes de atenção que considerem a APS?

Possíveis respostas a esta pergunta podem orientar a integração do cuidado além de auxiliar na identificação do papel da APS no contexto das redes de atenção à saúde contribuindo para a conformação de arranjos organizacionais coerentes à realidade nacional.

2 . OBJETIVOS

Geral

Sistematizar concepções sobre redes de atenção à saúde presentes em propostas de organização de serviços de saúde que incluam a atenção primária na literatura internacional.

Específicos

Descrever as concepções sobre redes de atenção que incluam a atenção primária à saúde existentes na literatura consultada;

Caracterizar distintos desenhos de redes e o papel desempenhado pela APS a partir das concepções identificadas;

Identificar mecanismos ou estratégias de integração presentes em redes de atenção que incluam atenção primária à saúde;

Discutir limites e possibilidades dos desenhos identificados para a organização de redes de atenção que incluem a APS.

3. METODOLOGIA:

A revisão sistemática caracteriza-se pela apresentação sintética de um conjunto de evidências da literatura orientadas por uma ou mais perguntas de investigação a partir das quais são definidos critérios de elegibilidade que orientam a busca e seleção de artigos em bases bibliográficas de amplitude internacional (WILEY, SONS, 2008).

Para cumprir os objetivos estabelecidos no estudo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura internacional sobre a temática da atenção primária à saúde no contexto das redes de atenção com ênfase nos mecanismos ou nas estratégias de integração a partir da busca sistemática de artigos nas bases de dados bibliográficos *Web of Science* e *PubMed* realizada por um único revisor, autor dessa dissertação.

Na base *Web of Science*, a busca dos artigos foi realizada pela aplicação de sintaxes a partir de combinações entre palavras-chave e operações booleanas, na língua inglesa, selecionadas a partir das perguntas de investigação, a saber: atenção primária à saúde (*primary care*); redes de atenção à saúde (*care network, integrated system*); e integração como atributo das redes de atenção (*integration, comprehensiveness e coordination*). Todos os termos utilizados nesta base foram pesquisados em *Topic* conforme sintaxe apresentada no Quadro 1.

Na base *PubMed*, as palavras-chave utilizadas foram: *primary care; care network; delivery of health care; coordination, integration; e comprehensiveness*. O termo *delivery of health care* foi definido a partir do uso do MeSHterms, ferramenta de análise de termos desta base (Quadro 2). Para fins de análise comparativa, em abril de 2013 foi feita uma nova busca na base bibliográfica *PubMed* acrescentando-se o termo *primary health care* ainda conforme o Quadro 2. A esta segunda busca identificamos no Fluxograma de seleção de artigos como PubMed 2.

O intervalo entre 1º de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2012 foi o período de tempo definido para a seleção dos artigos considerando artigos com o tempo máximo de 12 anos de publicação nas duas bases utilizadas.

Nesta etapa, foram identificados 237 artigos na base *PubMed* e 50 artigos na *Web of Science*. Destes, após a retirada dos documentos duplicados, restaram 236 artigos da base *PubMed* e 49 artigos da *Web of Science*. Procedeu-se, então, à segunda etapa de exclusão dos artigos após a leitura de título e resumo segundo os seguintes critérios:

- Inexistência de abordagem ou ênfase sobre a atenção primária à saúde no contexto das redes de atenção;
- Inexistência da abordagem ou ênfase sobre a articulação de serviços em redes de atenção;
- Documentos em formato de editorial com caráter opinativo;
- Documentos em formato de capítulos de livros;
- Documentos publicados em outras línguas que não as estabelecidas para a busca, a saber inglês, português ou espanhol;
- Artigo completo não encontrado nas bases de dados.

No momento do levantamento dos artigos selecionados procedeu-se à exclusão de artigos que foram publicados em língua diferente das estabelecidas para a busca (inglês, português ou espanhol), considerando que os resumos apresentavam-se em inglês e que, portanto, não seria possível excluí-los nesta etapa e por este critério. Houve duas ocorrências neste sentido: um artigo em francês e outro em russo.

Incluiu-se dentro dos critérios de seleção 12 artigos da base Pubmed e 18 da Web of science. Entretanto, após a seleção, a busca dos artigos completos foi realizada nas bases pesquisadas, no sítio eletrônico dos Periódicos Capes (www.periódicos.capes.gov.br) e do Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br/>). Apesar disto, cinco artigos não estiveram disponíveis gratuitamente através destas ferramentas e das bases pesquisadas contabilizando-se como perdas para o estudo.

Ao final, foram selecionados 14 artigos da *Web of Science* e 11 artigos da *PubMed*. Destes foram encontrados dois artigos duplicados entre as duas bases totalizando 23 artigos selecionados (Fluxograma 1). Utilizou-se para a sistematização destes artigos uma matriz adaptada do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação em Atenção Básica do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. As referências dos artigos selecionados encontram-se registradas no anexo I.

Quadro 1 – Operações booleanas e descritores aplicados à base de dados *Web of Science*

SINTAXE DE DESCRITORES	Nº DE TÍTULOS ENCONTRADOS	Nº DE DUPLICAÇÕES	DATA DA BUSCA
((care network) AND (integrated System)) AND (Primary care) AND (((coordination) OR (integration) OR (comprehensiveness))))	50 títulos	01	06/02/13

Quadro 2 – Operações booleanas e descritores aplicados à base de dados *PubMed*

SINTAXE DE DESCRITORES	Nº DE TÍTULOS ENCONTRADOS	Nº DE DUPLICAÇÕES	DATA DA BUSCA
((coordination[Title/Abstract]) OR integration[Title/Abstract] OR comprehensiveness[Title/Abstract]) OR (primary care[Title/Abstract]) AND ((care network[Title/Abstract]) OR delivery of health care[Title/Abstract])	237 títulos	01	07/02/2013
delivery of health care AND primary health care AND coordination	981	0	04/13

Nos casos em que a leitura do título/resumo não ofereceu elementos suficientes para a inclusão ou exclusão, o artigo foi considerado pré-incluído fazendo-se necessária a leitura do artigo na íntegra para seleção final. Em uma primeira matriz de seleção (Quadro 3), os artigos foram classificados como “excluídos” ou “incluídos”, registrando-se o motivo e a etapa em que o artigo foi excluído. A matriz de seleção de artigos foi adaptada da matriz de seleção de artigos do projeto de pesquisa “Avaliação dos efeitos da estratégia de Saúde da Família: adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos”, desenvolvido pelo Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação em Atenção Básica do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Quadro 3 – Matriz de seleção de artigos

Autor, ano de publicação, título, revista, vol. e pág.	Resumo	Condição de seleção	Etapa de inclusão/exclusão	Motivo de exclusão

Os artigos incluídos foram sistematizados em duas matrizes de processamento de dados (Quadros 4 e 5), com as seguintes categorias dispostas em colunas: título/autor/ano de publicação, palavras-chave, disponibilidade de artigo na base de dados, país, período do estudo, tipo de estudo, concepção sobre APS, concepção sobre redes de atenção à saúde, estratégias ou mecanismos de integração da rede, resultados, limitações e observações.

As informações contidas na Matriz I configuraram-se como fonte de informações para a análise bibliométrica enquanto que a Matriz II foi utilizada para as análises conceituais.

Quadro 4 - Matriz I de processamento dos documentos selecionados

Título, autor, ano de publicação, revista, vol. e pág.	Palavras-chave	Disponibilidade de artigo na base de dados	País	Tipo de estudo

Quadro 5 - Matriz II de processamento dos documentos selecionados

Autor, ano de publicação, título, revista, vol. e pág.	Concepção de atenção primária à saúde	Concepção de rede de atenção à saúde	Estratégias de integração da rede	Resultados	Observações

FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DE ARTIGOS

BASE DE DADOS	<i>Web of Science</i>	<i>PubMed</i>	<i>PubMed 2</i>	Total
Nº de Documentos Levantados	50	237	981	1268
Exclusão por Duplicações	01	01	01	03
Exclusão por Título/Resumo	31 (62%)	221 (93,2%)	911 (92,9%)	1163 (91,7%)
Exclusão por não disponibilidade de artigo completo	02 (4%)	03 (1,2%)	22 (2,2%)	27 (2,1%)
Total de artigos incluídos	16 (32%)	12 (5%)	47 (4,8%)	75 (5,9%)

3.1. Plano de Análise

A análise dos dados foi realizada em três etapas: análise bibliométrica dos estudos incluídos, e sistematização do conteúdo dos artigos segundo dimensões de análise (Quadro 5), adaptadas dos trabalhos de Starfield (2006), Medina (2006), Hartz e Contandriopoulos (2004), e McDonald et al.(2007).

Para proceder à análise bibliométrica consideraram-se as seguintes categorias: palavras-chave; país de realização do estudo; tipo de estudo; público-alvo; ano de publicação; língua de publicação.

A fim de se proceder a análise bibliométrica por palavras-chave encontradas nos artigos selecionados foram criadas algumas categorias segundo a descrição abaixo:

- Artigos sem palavras-chave;
- Atenção primária à saúde: palavras que representam ou estão relacionadas a este locus de prestação do cuidado;
- Demais níveis de atenção: palavras que indicam outros espaços de prestação do cuidado além da atenção primária à saúde;
- Organização de serviços: termos relacionados a serviços, seus atributos ou configurações de prestação destes;
- Mecanismos de integração: termos que representam estratégias ou ferramentas de integração/articulação entre serviços;
- Condição clínica: palavras que indicam condições clínicas ou populações identificadas por tais condições;
- Tipo de estudo: termos que fazem referência a metodologias ou tipos de estudos;
- Financiamento: palavras relacionadas ao financiamento de serviços de saúde;
- Outras palavras: termos não classificados nas categorias anteriores.

Para a classificação e análise dos tipos de estudo encontrados categorizou-se os estudos em prescritivos e empíricos.

Na análise das concepções sobre atenção primária à saúde foram utilizadas as seguintes noções (STARFIELD, 2004): prestação de pacote básico de serviços de baixa densidade tecnológica e baixo custo destinado a populações mais desprovidas econômica e socialmente; nível de atenção componente da pirâmide hierárquica sem

função específica para a orientação do sistema de saúde; e estratégia de reordenamento do sistema de saúde Além destas categorias, utilizou-se também a posição ocupada pela APS na rede de atenção: posição central ou periférica, como base da pirâmide hierárquica ou horizontal aos demais espaços de atenção (ROVERE, 1999, CECÍLIO, 1997).

No intuito de contemplar os aspectos teórico-conceituais da literatura acerca do tema, a dimensão “Concepções sobre Redes de Atenção à Saúde” buscou sistematizar os conceitos ou noções que sustentam a proposta de redes de atenção na literatura estudada. Nesta categoria de análise, os componentes de cada concepção de rede de atenção expressa na literatura foram sistematizados.

Outra dimensão de análise adotada nesta investigação está relacionada à “integração da rede”. Para esta, foram desenvolvidas as seguintes subdimensões: “estratégias, mecanismos ou instrumentos de integração”, “modalidades de integração” e “tipos de integração” (ALMEIDA, 2010; MEDINA, 2006). As duas últimas subdimensões encontram-se expostas no Quadro 7.

A revisão sistemática elaborada por McDonald et al.(2007) foi a base para sistematizar os achados relativos à coordenação da rede (Tabela 1). Em seu estudo, McDonald et al.(2007) sistematizam os componentes da coordenação do cuidado elencando elementos que vão desde a avaliação de pacientes com a definição de plano de trabalho e participantes do cuidado até a avaliação e o monitoramento e a definição de ferramentas e sistemas de informação (Quadro 6).

Buscando identificar nos artigos selecionados elementos que referenciem a integração consideramos as seguintes modalidades desenvolvidas por Medina (2006).

Quadro 6 – Components of care coordination

Component	NQF Domains and Principles	Mathematica Domains
ESSENTIAL CARE TASKS and Associated Coordination Activity		
ASSESS PATIENT <i>Determine Likely Coordination Challenges</i>	Highlights specific populations more vulnerable to disconnected care [Principle]	Initial Assessment
DEVELOP CARE PLAN <i>Plan for Coordination Challenges and Organize Separate Care Plans</i>	“Proactive Plan of Care and Follow-up established and current care plan”[Domain]	Problem Identification and Care Planning
IDENTIFY PARTICIPANTS IN CARE AND SPECIFY ROLES <i>Specify Who Is Primarily Responsible For Coordination</i>	“Healthcare ‘home’ – source of usual care selected by patient” [Domain]	Program Staffing Provider Practice
COMMUNICATE TO PATIENTS AND ALL OTHER PARTICIPANTS <i>Ensure Information Exchange Across Care Interfaces</i>	“Communication-available to all team members, including patients and family” [Domain]	Communication
EXECUTE CARE PLAN <i>Implement Coordination Interventions</i>		Service Arranging
MONITOR AND ADJUST CARE <i>Monitor For And Address Coordination Failures</i>		Ongoing Monitoring
EVALUATE HEALTH OUTCOMES <i>Identify Coordination Problems That Impact Outcomes</i>	As appropriate, measurement targeted all participants [Principle]	Quality Management/ Outcomes Measurement
COMMON FEATURES OF INTERVENTIONS TO SUPPORT COORDINATION ACTIVITIES and Examples		
INFORMATION SYSTEMS <i>Electronic medical record; Personal health record; Continuity of care record, Decision support ; Used for population identification for intervention</i>	“Information systems - the use of standardized, integrated electronic information” [Domain]	Information Technology and Electronic Records
TOOLS <i>Standard protocols, Evidence-based guidelines, Self-management program, Clinician education on coordination skills, Routine reporting/feedback</i>		Patient Education
TECHNIQUES TO MITIGATE INTERFACE ISSUES <i>Multidisciplinary teams for specialty and primary care interface; Case manager or patient navigators to network and connect between medical and social services; Collaborative practice model to connect different setting or levels of care; Medical home model to support information exchange at interfaces</i>	“Transitions/Handoffs - transitions between settings of care are a special case because currently they are fraught with numerous mishaps” [Domain]	
SYSTEM RE-DESIGN <i>Paying clinicians for time spent coordinating care; Changes that reduce access barriers including system fragmentation, patient financial barriers - lack of insurance, underinsurance, physical barriers - distance from treatment facilities</i>		

Quadro 7 – Modalidades de integração e critérios para a sua avaliação

Clínica

Desenvolvimento de atividades articuladas – promoção, prevenção, cura e reabilitação (hipertensão e diabetes).

Abordagem integral do indivíduo e da família, (hipertensão e diabetes), articulando a abordagem curativa com a preventiva, cuidado individual e coletivo.

Constituição de equipes multiprofissionais que trabalham em equipe (discussão de casos pela equipe; reuniões de equipe, etc.).

Conhecimento das complementaridades e clareza da definição de competências.

Existência de mecanismos de gestão clínica dos casos. Circulação da informação satisfatória para o conjunto dos atores.

Utilização de protocolos clínico-epidemiológicos.

Discussão de casos entre profissionais de unidades distintas. Existência de protocolos clínicos.

Funcional

Existência de espaços reais de integração (gestão colegiada, reuniões regulares, oficinas de trabalho).

Existência de mecanismos de uso e difusão das informações.

Existência de mecanismos formais de comunicação entre os serviços de saúde, ágeis e oportunos.

Implantação de ferramentas gerenciais comuns e elaboração de processos organizacionais.

Funcionamento de centrais de marcação de consulta, exames especializados e internação.

Medidas de garantia para a referência e contra-referência.

Tempo adequado para encaminhamento de pacientes.

Existência e funcionamento de sistemas de informação gerencial e de saúde.

Controle de fluxo de pacientes para outros municípios.

Normativa

Compartilhamento de valores, finalidades e objetivos entre os profissionais.

Confiança interprofissional.

Confiança intra e interorganizacional.

Engajamento dos profissionais.

Engajamento dos médicos.

Sistêmica

Adesão e participação dos profissionais no gerenciamento local do Programa.

Participação da população no planejamento e gerenciamento local do Programa

Processos decisórios legítimos, transparentes e participativos.

Instâncias colegiadas de decisão.

Planejamento e programação municipal do Programa.

Participação social na gestão municipal do Programa.

Apoio institucional ao programa: apoio financeiro, apoio administrativo, capacitação dos profissionais, estabilização da equipe, formação interdisciplinar, implantação de estratégias de estruturação.

Fonte: Medina, 2006.

4 RESULTADOS

4.1 Análise bibliométrica

27 artigos (38,6%) selecionados não apresentaram palavras-chave. Ao total, 215 palavras-chave foram categorizadas (Quadro 9). Destas, 41 (19%) representavam a atenção primária à saúde ou atenção básica e todos os seus correlatos e características (Gráfico 1). As palavras “primary care”, “primary health care”, “atenção primária à saúde” ou “atención primaria” representaram cerca de 61% dos termos relacionados nesta categoria coadunando com o termo utilizado para o levantamento de artigos nesta revisão sistemática conforme gráfico I. Outras palavras desta categoria foram relacionadas à estratégia de saúde da família, a centros de atenção primária e profissionais generalistas.

O maior número de ocorrências (56), porém, se deu entre as palavras-chave que representaram a organização dos serviços sob as suas diversas dimensões, totalizando 26%. Entre as palavras relacionadas nesta categoria os termos “coordenação” e “integração” coincidem com descritores utilizados neste estudo (Quadros 1 e 2). Três artigos destacam como palavras-chave termos referentes a modelos de atenção como: *modelo assistencial, organizational models; integrated care models*.

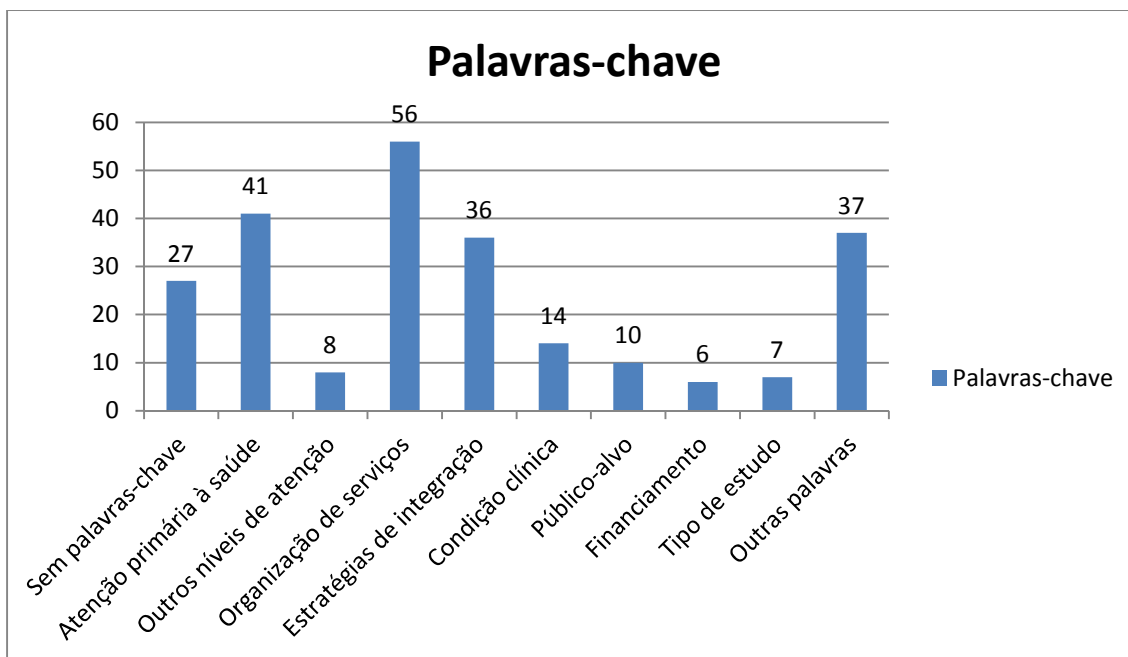
Termos que representam os mecanismos ou estratégias de integração também apresentaram uma frequência significativa quando comparado às demais categorias (16,7%).

17,2% das palavras-chave encontradas nos artigos selecionados não se adequaram a nenhuma das categorias pré-definidas para esta análise bibliométrica e foram classificadas como “outras palavras”.

Palavras-chave que representaram o público-alvo dos estudos ocorreram 10 vezes (4,6%) em cada categoria. Aquelas que abordaram condições clínicas tiveram 14 ocorrências (6,5%).

Outros níveis de atenção à saúde que indicaram outros espaços de cuidado em saúde além da atenção primária como “*speciality care*”, “*mental health services*” ou “*home care*” foram representados por 8 palavras-chave (3,7%), seguido por tipo de estudo, com 7 palavras-chave (3,2%) e finalizando com a categoria financiamento, que apresentou 6 palavras (2,8%).

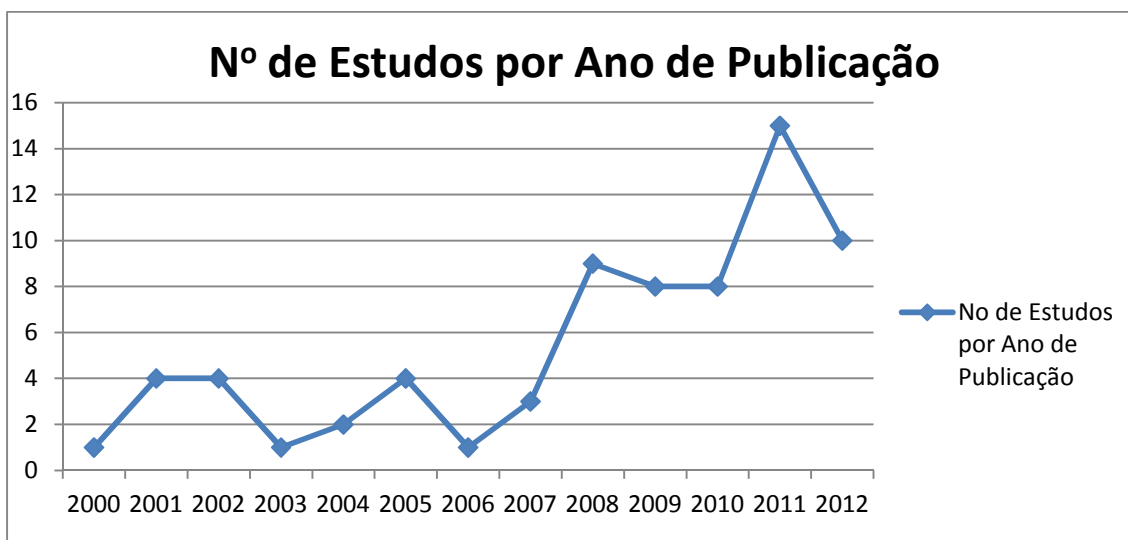
Gráfico I



O maior número de publicações aconteceu na segunda metade do período selecionado, entre os anos de 2007 a 2012 (75,7%), com destaque para os 25 artigos publicados entre os anos de 2011 e 2012, representando 35,7% do total de artigos selecionados.

Destaca-se no Brasil, para a segunda metade do período do estudo, a publicação da Política Nacional da Atenção Básica que, entre outros pontos, ressaltou a Saúde da Família como estratégica para a reorientação da Atenção Básica.

Gráfico II



Dentre os artigos selecionados para esta revisão sistemática caracterizou-se para a análise bibliométrica duas principais categorias definidas a partir da natureza dos estudos incluídos em estudos empíricos e estudos prescritivos. Esta divisão nos permitiu a análise de evidências e achados provenientes de cada uma destas duas categorias de estudo.

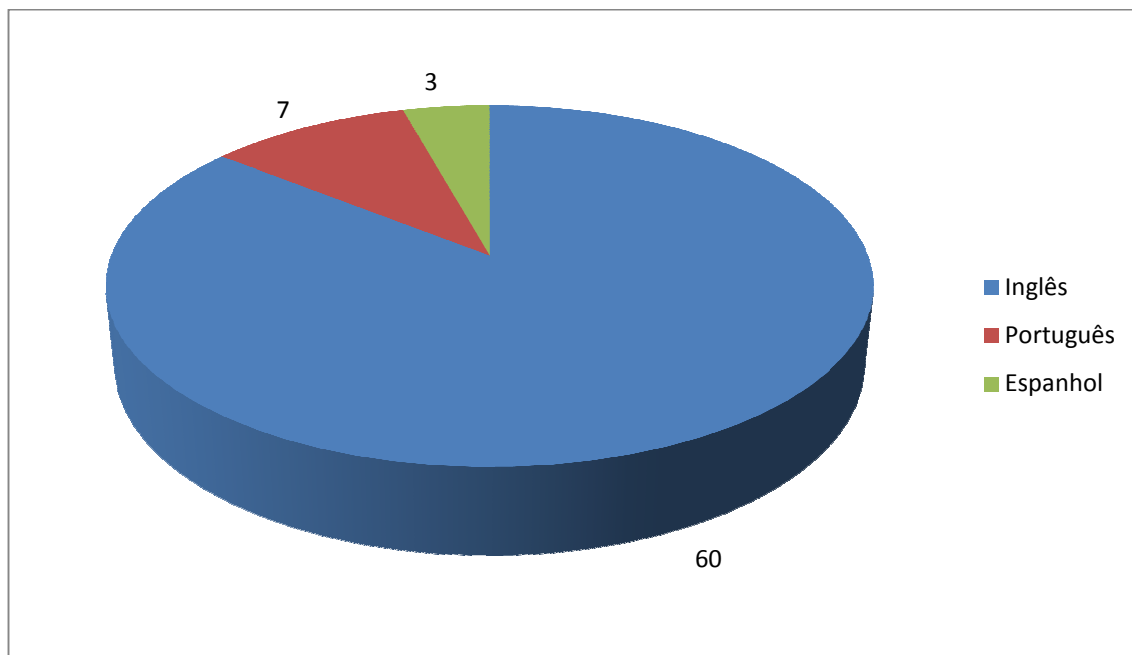
Para os estudos empíricos caracterizamos os estudos de caso, de análise comparativa ou pesquisa avaliativa. Consideramos como artigos prescritivos os estudos pautados sob revisões de literatura. A classificação dos artigos por autores encontra-se no Quadro 8.

Neste sentido, 27 % dos artigos selecionados apresentaram-se como estudos de natureza prescritiva. Os demais artigos (63%) apresentaram resultados oriundos de estudos empíricos.

Quadro 8 - Tipos de estudos

Estudos empíricos	Estudos prescritivos
ALMEIDA et al. (2010); FAIRCHILD et al. (2002); GIOVANELLA (2009); KATARZYNA (2007); LIAU et al.(2010); LIN (2007); LUDWICK et al. ; MASSO e OWEN (2009); MCALEARNEY e MCALEARNEY (2006); MOUNIER-JACK et al. (2010); PAULA et al. (2011); SANDS et al. (2001) ; SANTOS et al. (2008); SISSON et al. (2011); SOUTHERN et al. (2002); WEGNER et al. (2008).	FERRER et al. (2005); GIOVANELLA (2011); JIWANI e FLEURY (2011); MUR-VEEMAN (2008); SILVA (2011); WEINER et al. (2005); VEDEL et al (2011).

Quanto à língua de publicação, 85,7% dos artigos apresentaram-se em inglês. 4,3% dos artigos selecionados, ou seja, 3 artigos apresentaram-se em espanhol. Ao todo ocorreram 7 artigos em português entre os selecionados, representando 10% destes (Gráfico III).

Gráfico III. Idioma de publicação

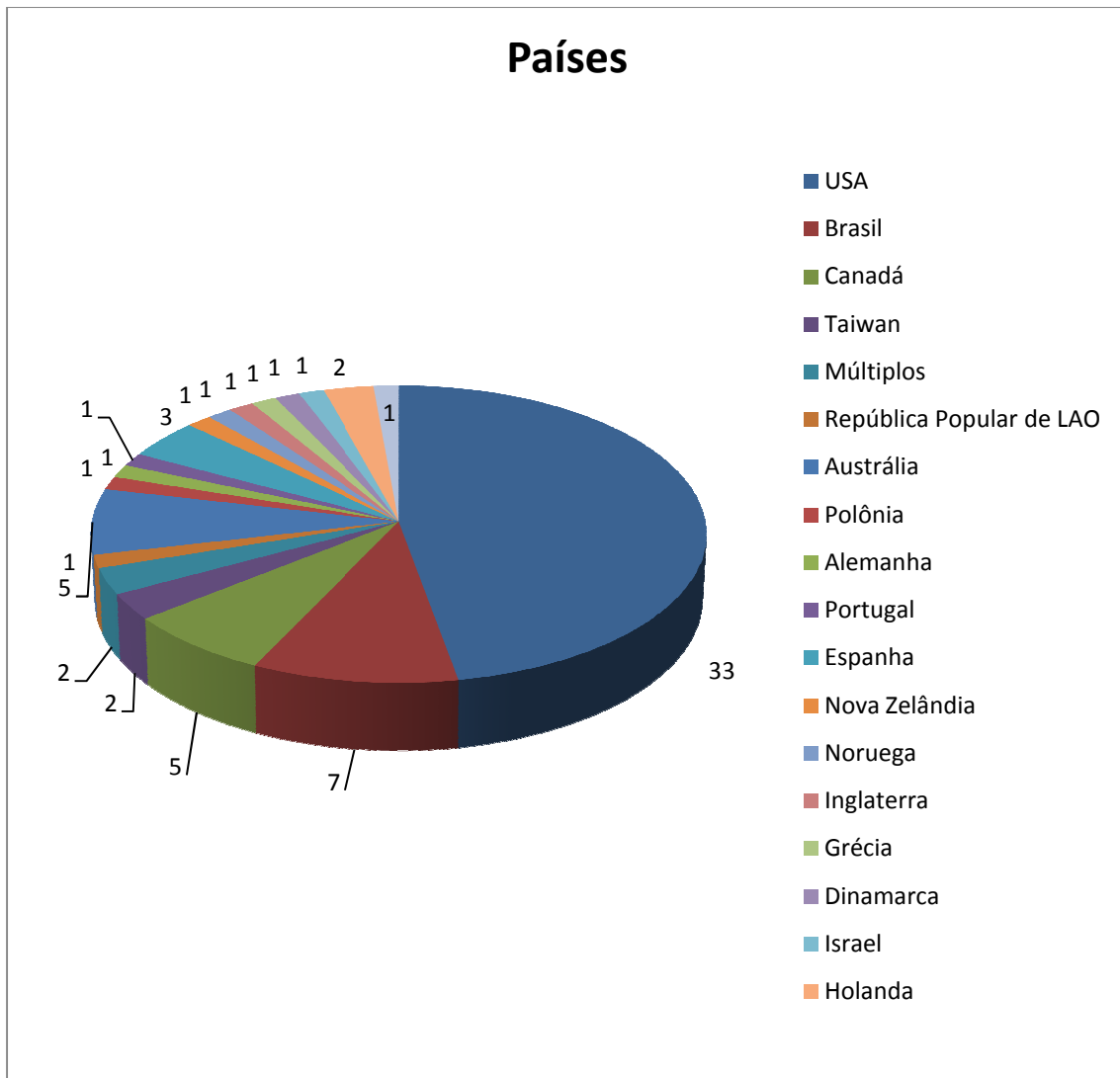
Quanto ao país de origem dos artigos seleccionados, a grande maioria deles foi proveniente dos Estados Unidos representando 47,1% do total de artigos. 7 artigos foram provenientes do Brasil, seguido pela Austrália e pelo Canadá com 5 artigos cada.

A Espanha apresentou 3 artigos, seguida de Taiwan, com 2 artigos. Os demais países listados na legenda do gráfico IV tiveram 1 artigo seleccionado para cada um deles.

Alguns artigos decorreram de parcerias entre autores ou pesquisadores de diferentes países ou mesmo representaram estudos dirigidos a vários países (2 artigos). Este é o caso do artigo de Vedel, De Stampa et al (2008) com representações de Universidades e hospitais da França e do Canadá.

Durante a revisão, observamos que as concepções acerca da APS ou das redes de atenção podem ser orientadas na literatura de acordo com os modelos de atenção seguidos em cada um destes países.

Gráfico IV - País



Quadro 9 – Palavras-chave por categoria

Sem palavras-chave	Atenção primária à saúde	Demais níveis de atenção	Organização de serviços	Mecanismos de integração	Condição clínica específica	Público-alvo	Financiamento	Tipo de estudo	Outras palavras
5	Atenção primária à saúde (03); Primary care (03); Primary health care (04); Community health centers; Programa saúde da família; General practitioners; community-based service delivery; Rural GP;	Home care; Medical home; Specialit care; Mental health services;	Service delivery integration; Access; Integrated health care; Integrated care delivery; Sistema único de saúde; Systems Health Services; Organizational models; Health services accessibility; Integrated care; Integration (03); health system strengthening; Fragmentation; regionalised health services; integrated care models; Modelo assistencial; Coordinated care; Coordenação; Managed care; Redes de atenção à saúde; Regionalização; Assistência integral à saúde;	Intersectorialidade; Communication; Protocolo clínico e de regulação; Regulação médica; Comanagement; Medical records systems; Computerized decision support systems; Computer-assisted decision support techniques; Hospital information systems; Computer communication networks/standards; Information systems/organization & administration/standards; Systems integration; Integration index;	Ictericia; Insulin-dependent diabetes; Tuberculosis; HIV;	Children with special health care need;	Global fund; GP-fundholding; Capitation; Contract; Health care financing;	Health program evaluation; Program evaluation; Organizational case studies; Qualitative research;	Outcomes; Heath improvement; Resource utilization; Clinical decision making; Veterans; Medically underserved area; Medically uninsured; Organizational objectives; Policy; Europe; Actor-centred institutionalism ; LAO PDR; Reformas em saúde;

4.2 Concepções sobre atenção primária à saúde

Desde a declaração de Alma Ata e a partir das diversas concepções desenvolvidas sobre a atenção primária bem como o seu papel no âmbito das redes de atenção à saúde, vários autores têm explorado esta temática na literatura internacional.

Com o intuito de permitir a síntese sobre o tema proposto e evitar repetições de achados da literatura internacional, no decorrer do texto faremos uma opção didática utilizando a matriz abaixo com as principais categorias de análise dispostas nos objetivos desta dissertação. São apresentadas no quadro a seguir concepções mais prevalentes nas referências correlatas.

Matriz I. Concepções sobre Atenção Primária à Saúde e a sua relação com as Redes de Atenção

Concepção sobre APS	APS e a Rede de Atenção	Referências
Espaço estratégico de cuidado	Centro da rede; porta de entrada; coordenadora do cuidado; primeiro contato preferencial; Buscando a eficiência do sistema reduzindo os seus gastos;	Sands et al. (2001); Southern et al. (2002); Ferrer et al. (2005); Giovanella et al. (2009); Sisson et al. (2011); Weiner et al. (2005); Lin (2007); Ludwick et al (2010); Almeida et al (2010); Paula et al (2011); Giovanella (2011); Vedel et al. (2011)
Baseada nos modelos seletivos	Restrita a alguns grupos de usuários do sistema de saúde;	Fairchild et al. (2002); McAlearney & McAlearney (2006)
Protagonismo do profissional generalista enquanto interlocutor entre o usuário e o sistema de saúde.	Confere flexibilidade ao sistema de saúde adaptando-se frente às mudanças de cenários;	Ferrer et al. (2005);
Eixo do cuidado baseado em determinantes sociais da saúde;	Centro de comunicação na rede de atenção;	Weiner et al. (2005); Giovanella et al. (2009)

Maior autonomia decisória e responsabilidade financeira e orçamentária frente às necessidades de saúde	Função de continuidade aos demais níveis de atenção da rede;	Kowalska (2007)
Componente das políticas de cuidado integrado	Fortalecimento da APS enquanto coordenadora do cuidado.	Mur-Veeman et al. (2008); Jiwani e Fleury (2011)
Protagonista na elaboração de protocolos e regulação do sistema e capacidade de resolução da maioria dos problemas de saúde	Acesso inicial e função coordenadora do itinerário em uma rede hierarquizada	Santos et al (2008)
Limites definidos a partir da condição de saúde abordada e da percepção do médico generalista no contexto do modelo de atenção gerenciada	Postura colaboradora entre médicos generalistas e especialistas com benefícios para a eficiência e a racionalidade do sistema de saúde	Wegner et al. (2008)
Da “cesta básica” de serviços à função estratégica para a organização do sistema de saúde	Coordenação do cuidado e reordenamento do sistema de saúde universal	Sisson et al. (2011); Giovanella et al. (2009); Silva (2011)
Lócus de intervenção para condições de saúde complexas	Lócus de integração de serviços	Masso e Owen (2009)
APS enquanto gestora de programas de governo		Mountier-Jack et al. (2010)
Indutor da responsabilidade regional	Constituição de vínculos de cooperação	Giovanella (2011)

Sands et al. (2001) evidenciam a atenção primária como centro da rede de referências aos demais serviços de saúde ressaltando o papel de “porta de entrada” do sistema de saúde e a função de “primeiro contato” exercido por profissionais de atenção primária. Para estes autores, o desempenho desta função permite à atenção primária um espaço privilegiado de

comunicação com os demais serviços e a coordenação do cuidado na rede, realizada por profissionais médicos.

No modelo descrito em inquérito desenvolvido por Fairchild et al. (2002), os profissionais de atenção primária têm a sua lotação em unidades hospitalares e são responsáveis legais pela emissão de ordens de serviços de atenção domiciliar em Boston, Estados Unidos. A atenção primária, neste contexto, se insere nos modelos do *Medicare* e *Medicaid* concentrando esforços para a satisfação dos usuários da rede de atenção a partir do saber médico e buscando a eficiência do sistema reduzindo os seus gastos.

Southern et al. (2002) abordam as práticas generalistas na Austrália. Neste contexto, os autores destacam a atenção primária à saúde como estratégica para a eficiência e a responsabilização na prestação de serviços contribuindo para a implementação da reforma do sistema de saúde australiano. Nesta linha de raciocínio, Southern et al. (2002) ressaltam iniciativas como incentivos financeiros e remuneratórios para o fortalecimento do papel da atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema, coordenadora do cuidado em saúde e integradora aos demais serviços da rede.

Outra função atribuída à atenção primária por Ferrer et al. (2005) é a de interlocução entre o usuário e o sistema de saúde facilitando o entendimento mútuo entre o paciente e os serviços da rede. Ainda para estes autores, a atenção primária à saúde tem a capacidade de dotar o sistema de saúde de certa flexibilidade adaptando-se frente às mudanças de cenários postas ao sistema de saúde.

Weiner et al. (2005) partem da premissa de que a atenção primária constitui-se em espaço privilegiado pela sua capacidade de realizar a gestão da informação compartilhando-a em processo de comunicação, ou seja, desempenhando o papel de eixo do cuidado e centro de comunicação na rede de atenção. Para estes autores, a atenção primária tem o papel de promover o conhecimento integral sobre o usuário e sobre o seu contexto, função esta dependente do eficiente processo de comunicação entre prestadores e usuários a partir da análise contextual de famílias e comunidades, em uma perspectiva ampliada e baseada sobre determinantes sociais da saúde.

Segundo Weiner et al. (2005), o cuidado integrado representa um objetivo da atenção primária desempenhando o papel de coordenação do cuidado, integrando clinicamente os serviços necessários e proporcionando o continuidade deste cuidado. Estes autores destacam o

desenvolvimento de um plano de cuidado tal como proposto por McDonald (2007) como componente da coordenação do cuidado (Tabela 1).

A atenção primária concebida no estudo desenvolvido por McAlearney & McAlearney (2006) em Ohio, Estados Unidos, é direcionada principalmente para populações não favorecidas por seguros de saúde. Esta concepção aproxima-se da concepção seletiva, não universal, abordada por diversos autores como Starfield (2004) e Medina (2006).

Abordando os arranjos organizativos desenvolvidos na Inglaterra, Kowalska (2007) descreve o Fundo de Participação de Profissionais Generalistas conferindo a estes profissionais maior autonomia decisória e responsabilidade financeira e orçamentária frente às necessidades de saúde e ao seu encaminhamento na rede de atenção como coordenador do cuidado. Neste sentido, a autora faz uma distinção entre a função de “porta de entrada” e de coordenação do cuidado limitando a primeira ao nível da atenção primária enquanto meio de acesso ao sistema e compreendendo a segunda como função de continuidade aos demais níveis de atenção.

O estudo desenvolvido por Kowalska (2007) reforça, ainda, os laços constituídos entre profissionais generalistas e pacientes e discute o estabelecimento de novas relações de contrato entre níveis de atenção que presumem a integração espontânea entre prestadores de atenção primária e secundária mediante a definição de contratos de natureza formal ou baseados sob a confiança ou a cooperação entre as partes envolvidas.

Mur-Veeman et al. (2008) abordam a atenção primária à saúde no contexto das políticas de cuidado integrado na Europa ressaltando o seu papel coordenador. Para estes autores, o cuidado integrado caracteriza-se pela oferta organizada e coordenada dos serviços de saúde considerando o fortalecimento da atenção primária como fator de influência para esta integração. Segundo estes autores, a coordenação do cuidado pode ser exercida por centros de atenção primária ou centros unificados de atenção social e de saúde com ênfase sobre a atuação de alguns profissionais específicos para o cumprimento de tal função, a exemplo das enfermeiras de ligação.

Entretanto, citando o caso da Espanha, Mur-Veeman et al. (2008) relatam a centralidade das ações do nível hospitalar no Sistema Nacional de Saúde em detrimento do fortalecimento das atenções primária e especializada corroborando com achados de Cecílio (1997).

Neste sentido, Santos et al. (2008) discutem que a atenção hospitalar ainda se encarrega, no Brasil, da resolução de problemas que poderiam ser resolvidos na atenção primária contrapondo-se ao previsto no arcabouço legal do sistema de saúde e gerando demanda excessiva e utilização equivocada das unidades hospitalares e de emergência. Para Liau et al. (2010), o domínio dos membros dos hospitais no desenvolvimento de parcerias reforça esta centralidade e dificulta a coordenação do cuidado na rede.

Santos et al. (2008) utilizam o termo “atenção básica” destacando a participação dos profissionais deste espaço de atenção na elaboração de protocolos de acesso e regulação de usuários no sistema de saúde brasileiro. Os autores enfatizam cenários para a abordagem à icterícia considerando itinerários estabelecidos desde a “atenção básica” até o nível “terciário” destacando o papel da primeira para o acesso ao sistema de saúde. Relatam ainda, a orientação do Sistema Único de Saúde no Brasil no sentido de configurar-se como uma rede hierarquicamente complexa de atenção à saúde baseada na APS remetendo-nos à imagem de pirâmide hierárquica em cuja base está a atenção básica.

Como papel da APS a partir de concepções e normas estabelecidas, Santos et al. (2008) chamam a atenção para a intervenção sobre a maioria dos problemas prevalentes em saúde e a função coordenadora assegurando acesso aos demais níveis de atenção. Apesar desta função, os autores relatam que um sistema regulatório pode intervir nos casos em que as necessidades de saúde não são reconhecidas como problemas a serem resolvidos na APS ou em serviços de emergência regulando o usuário ao serviço adequado e viável.

No caso percorrido por estes autores reuniram-se profissionais da APS e da atenção especializada em um esforço de elaboração de protocolos clínicos regulatórios reforçando o papel da APS na rede de atenção, sobretudo no planejamento das suas ações. Neste sentido, Santos et al (2008) indicam que “a lógica de orientação dos protocolos clínicos regulatórios para acesso aos serviços de saúde baseia-se sobre a porta de entrada na APS, em casos eletivos e que demandem referência a outros prestadores de cuidado”. No protocolo estudado, a APS apresentou-se como “porta de entrada” para os quatro cenários visualizados para o tratamento da icterícia sendo a emergência considerada em dois destes possíveis cenários.

Wegner et al. (2008), em seu estudo sobre a colaboração entre médicos de atenção primária e especialistas discutem a responsabilidade destes profissionais na condução dos casos de diabetes insulino-dependentes em crianças nas dimensões do modelo de atenção

“managed care”. Os limites de atuação da atenção primária, neste contexto, variam de acordo com a condição de saúde do usuário e da percepção do profissional médico.

Estes autores representam a atenção primária na figura dos médicos e destacam como benefícios da colaboração destes com especialistas, a redução de custos, a melhoria do acesso, a diminuição dos encaminhamentos desnecessários, a comunicação e a satisfação do usuário. Ressaltam, entretanto, que não há formulas pré-fixadas para esta interlocução entre os profissionais.

Em uma perspectiva mais ampliada da atenção primária à saúde, Giovanella et al. (2009) ressaltam as ações intersetoriais sob a ótica dos determinantes sociais da saúde. Neste sentido, outros aspectos como os demográficos e econômicos são abordados no intuito de ampliar a análise e intervenção sobre as condições de saúde da população.

Enfatizando a estratégia da saúde da família, Giovanella et al. (2009) apontam para alguns resultados que trazem evidências do efetivo desempenho das funções de “porta de entrada” e coordenação dos cuidados desempenhadas por esta estratégia. As autoras ressaltam, ainda, a possibilidade de criação de vínculos caracterizando elementos da integração normativa proporcionada pela estratégia da saúde da família.

Sisson et al. (2011) e Giovanella et al. (2009) contextualizam as concepções sobre atenção primária no Brasil e na América Latina discorrendo desde a compreensão restrita à “cesta mínima” de serviços de baixa densidade tecnológica prestados a pessoas de maior necessidade sócio-econômica até a concepção ampliada em que a atenção primária assume um protagonismo estratégico sobre a organização dos serviços de saúde, a coordenação do cuidado na rede e o reordenamento do sistema, pautada sobre os determinantes sociais e promovendo ações contínuas em seus territórios de abrangência. Estes autores descrevem ainda, a adoção do termo “atenção básica” para o cuidado prestado no primeiro nível de atenção contemplando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Ludwick et al. (2010) relatam o desafio enfrentado pelo sistema de saúde canadense quanto ao atendimento suficiente e oportuno de referências às especialidades médicas. A escassez de vagas para consultas a especialistas tem gerado constrangimentos ao sistema de saúde. Neste contexto, os autores destacam as repercussões negativas deste cenário para os prestadores de serviços e usuários ressaltando a responsabilidade da atenção primária à saúde na coordenação do processo de referência.

Na Austrália, entretanto, as responsabilidades da APS são divididas entre as dimensões pública e privada fragmentando o sistema e criando desafios à coordenação do cuidado (31). A Parceria Público-Privado é relatada na Grécia (71). Também no Canadá, o modelo de APS privada e pautada sobre o reembolso coexiste com um modelo de atenção primária localizada em centros de saúde comunitários.

Seguindo esta linha de raciocínio, Mountier-Jack et al. (2010) abordam o fortalecimento da atenção primária, tal como proposto por Almeida (2010), a partir da descentralização de programas de combate à doenças para os níveis locais de atenção à saúde na República Democrática do LAO.

Segundo Silva (2011), a atenção primária à saúde tem o papel de coordenação do cuidado e ordenamento deste aos demais serviços de saúde. Neste sentido, o autor ressalta alguns pontos de fortalecimento da atenção primária como o investimento em profissionais com perfil generalista, o desenvolvimento de ações ampliadas de prevenção e promoção em saúde, o apoio matricial proporcionado por especialidades e a capacidade de encaminhamento seguro aos demais serviços garantindo a continuidade do cuidado.

Giovanella (2011) cita o exemplo de estruturas públicas de atenção primária no Reino Unido que passam a assumir posição central no sistema de saúde proporcionando a eficiência deste. Giovanella (2011) destaca ainda, que, na Alemanha, o papel coordenador da atenção primária pode ser um reflexo do acesso facilitado a este setor de prestação dos serviços de saúde justificando o seu fortalecimento para a continuidade do cuidado e o estabelecimento de novos modelos assistenciais.

Segundo Giovanella (2011), as redes pautadas sobre a coordenação dos generalistas promovem a responsabilização regional dos médicos quanto à constituição de vínculos de cooperação com a finalidade de estreitar as parcerias a partir de uma melhor comunicação e de encaminhamentos mais adequados às necessidades de saúde da população. Incentivos financeiros aos segurados também se configuram como mecanismos de indução da coordenação pelos generalistas, abordado por McDonald et al. (2007) como elementos de redefinição dos sistemas de saúde para a coordenação do cuidado na rede de atenção.

Jiwani e Fleury (2011) contextualizam a criação das regiões de saúde e dos centros comunitários destacando o papel destes últimos como promotores do cuidado integrado a partir da abordagem multidisciplinar e da sua função coordenadora do cuidado entre os

serviços hospitalares e comunitários. Neste sentido, os autores ressaltam o fortalecimento da atenção primária no contexto do sistema de oferta integrada de saúde do Canadá, promovendo, sobretudo, acesso e eficiência a este sistema.

Sisson et al. (2011), apontam para a análise da posição da atenção primária na rede de atenção em Florianópolis como estratégia de integração dos serviços e ressalta o avanços nesta direção a partir da implantação da Política Municipal de Atenção Básica nos moldes da Política Nacional, fortalecendo a Estratégia da Saúde da Família.

Em seus resultados, Sisson et al. (2011) ressaltam as limitações ao exercício da função de “porta de entrada” a ser desempenhada pela atenção primária no município de Florianópolis em virtude da ênfase sobre ações programáticas voltadas a grupos específicos, constringendo desta forma, o acesso oportuno aos demais usuários não pertencentes aos grupos prioritários.

A maioria dos estudos analisados trouxe a perspectiva da atenção primária à saúde como primeiro contato preferencial do sistema de saúde nas funções de “porta de entrada”, centro de comunicação e coordenação do cuidado, favorecendo a integração do cuidado na rede assistencial. Kowalska (2007) distingue estas funções, entretanto, conferindo à coordenação do cuidado o papel de articulação para a garantia do acesso aos demais níveis de atenção enquanto que considera a “porta de entrada” como atributo de acesso restrito à APS sem representar, necessariamente, a garantir o acesso aos demais níveis de atenção.

Quanto à nomenclatura utilizada, alguns estudos prescrevem o termo “atenção básica” enquanto nível de atenção de primeiro contato, ocupando a base da pirâmide hierárquica e abrangendo a maioria das condições de saúde. Apesar disto, outros autores utilizam o termo “atenção primária” ressaltando este âmbito de atenção como de primeiro contato do sistema de saúde abdicando do termo “atenção básica” e evitando interpretações referentes à “cesta básica” de serviços. Alguns autores destacam ainda, a ênfase da atuação da APS sobre o enfrentamento das condições crônicas.

Sob a perspectiva da relação entre profissionais, muitos estudos ressaltam a figura do médico como coordenador do cuidado, concentrando responsabilidades sobre este profissional. Mur-Veeman et al. (2008) considera ainda, as enfermeiras de ligação porém, outros autores, a exemplo de Paula et al (2011) e Masso e Owen (2009), abordam a

perspectiva da atuação interdisciplinar na construção de mecanismos de integração ou coordenação da rede.

Em alguns contextos de racionalidade seletiva de prestação do cuidado, como os modelos de medicare ou medicaid, a atenção primária à saúde mostra-se restrita a populações específicas. Entretanto, outros autores prescrevem lógicas universais de prestação do cuidado estendendo a atuação da atenção primária às ações de prevenção, promoção e recuperação disponíveis a toda a população e pautadas sobre os determinantes sociais em saúde. Neste sentido, a literatura aponta para a estratégia de saúde da família como oportuna para a orientação do sistema. Apesar da concepção ampliada trazida por alguns autores, a perspectiva racionalizadora está presente nos diversos estudos encontrados.

Em que pese todo o esforço para a definição da APS enquanto coordenadora do cuidado e primeiro contato, alguns autores relatam que a atenção hospitalar ainda tem concentrado estas funções, contrariando o movimento de reforma pautada sobre o fortalecimento da APS.

4.2 Concepções sobre redes de atenção à saúde

Assim como nas concepções sobre atenção primária à saúde, a literatura internacional tem abordado diferenciados aspectos das redes de atenção à saúde. A sua configuração bem como as relações que conferem a dinâmica de interação em rede são tratadas neste sub-ítem. A matriz abaixo resume as principais concepções acerca das redes de atenção à saúde levantadas nesta revisão sistemática da literatura internacional.

Matriz II. Concepções sobre redes de atenção

Concepção	Referência
Ênfase sobre as interações colaborativas interprofissionais e na sua dimensão social	Sands et al. (2001); Wegner et al. (2008)
Arranjo assistencial para a transição do usuário do ambiente hospitalar para a sua residência.	Fairchild et al. (2002)
Sistemas complexos envolvendo fatores econômicos, sociais, epidemiológicos e ecossistêmicos	Ferrer et al. (2005); Pogach et al (2004)
População, serviços, logística e sistema de governança enquanto componentes das redes	Silva (2011)

de atenção	
Serviços integrados a partir do compartilhamento de informações	Weiner et al. (2005); Silva (2011)
Arranjo organizacional com vistas à eficiência do sistema de saúde	Kowalska (2007); Ludwick et al. (2010). Silva (2011)
Hierarquia piramidal: atenção primária, secundária e terciária.	Kowalska (2007); Paula et al. (2011); Mountier-Jack et al.(2010); Mur-Veeman et al. (2008); Liao et al.(2010); Santos et al. (2008); Vedel et al. (2011)
Relações horizontais centralizadas no usuário: linhas de cuidado	Silva (2011)
Sistemas regionalizados com protagonismo da APS	Giovanella et al. (2009); Ludwick et al. (2010); Silva (2011); Jiwani e Fleury (2011); Vedel et al. (2011)
Setores localizados em um mesmo plano	Giovanella (2011)
Redes locais orientadas por condições de saúde	Jiwani e Fleury (2011); Jortberg et al (2012)
Centralidade no usuário com relação de confiança entre este e o prestador.	Kowalska (2007); Sisson et al. (2011)
Relações intersetoriais entre a saúde e o setor social	Vedel et al. (2011)
Serviços interconectados e com limites espacial e funcional.	Ehrlich et al (2012)
Modelos integrados de organização da atenção: grupos de saúde e consórcios.	Erler et al (2011)

Sands et al. (2001) consideram as redes na perspectiva das interações colaborativas interprofissionais e na sua dimensão social. Os autores destacam as relações entre profissionais de atenção primária e especialistas considerando o compromisso dos primeiros quanto à referência pautada sobre as necessidades da população. Esta função desempenhada pela atenção primária na rede guarda coerência com alguns componentes da coordenação do

cuidado tratados por McDonald et al.(2007) como a avaliação do paciente, a identificação dos participantes do cuidado e a comunicação com o paciente e outros participantes do cuidado.

Fairchild et al. (2002) descrevem o arranjo assistencial enfatizando os serviços desenvolvidos por médicos de atenção primária e clínicos de atenção domiciliar na chamada “rede de atenção primária”. A função principal desta rede é permitir a transição do usuário do ambiente hospitalar para a sua residência. Outros elementos da composição das redes de atenção não são explorados por esses autores.

Ferrer et al. (2005) abordam a organização dos serviços e as relações nela desenvolvidas na perspectiva dos sistemas complexos envolvendo fatores econômicos, sociais, epidemiológicos e ecossistêmicos. Para tanto, os autores definem três características destes sistemas complexos: a quantidade e as diferentes interações entre seus componentes; o modo de articulação entre estes componentes e; os mecanismos de devolução dos resultados para os componentes deste sistema.

Pogach et al, (2004) trazem a definição de redes como subsistemas social (prestadores e pacientes) e técnico (registro eletrônico e outras ferramentas) formando um sistema que funciona de forma difusa e dispersa no tocante à sua gestão, responsabilização e sistema de informação. Saleem et al (2011) acrescentam que estes são formados por processos de trabalho no sistema sócio-técnico como redes de pessoas, tecnologias, políticas organizacionais, entre outros.

Ferrer et al. (2005) descrevem a dinâmica dos sistemas de saúde abordando as relações da dimensão técnico-assistencial propostas por Teixeira e Solla, valorizando o usuário e suas necessidades de saúde. Como elementos constituintes das redes, esses autores consideram o paciente, as organizações de prestação do cuidado e a comunidade. Destacam ainda como características da rede, a presença de nós e conexões, destacando a interligação e os fluxos entre estes nós e a função da atenção primária para o estabelecimento destes.

Silva (2011) adota como componentes das redes de atenção à saúde a população e o seu território bem como as suas necessidades, os serviços disponíveis na rede, o aparato logístico e o sistema de governança.

Weiner et al. (2005) abordam a organização dos serviços em um contexto de prestação fragmentada. Nesta perspectiva estes autores propõem um centro integrador dos serviços prestados que agregue maior parte do conhecimento integral sobre o paciente e seu contexto

compartilhando informações com os demais serviços no sentido de fornecer subsídios para o cuidado integrado.

Kowalska (2007) contextualiza a necessidade do estabelecimento das redes de atenção na Europa abordando aspectos relacionados a estrangulamentos de ordem fiscal e orçamentária bem como aos crescentes custos da atenção à saúde e mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da sociedade moderna. Este contexto demandou, em alguns países da Europa que apresentam sistemas universais, uma reorientação do arranjo organizacional entre os serviços de saúde buscando maior coerência com as necessidades de atenção em saúde e mais eficientes.

Kowalska (2007), Paula et al. (2011) e Mountier-Jack et al.(2010) reforçam a concepção piramidal e hierárquica de organizações de serviços ao abordar os níveis primário, secundário e terciário de atenção, com ênfase sobre os primeiros. Dentro desta concepção, Mur-Veeman et al. (2008) destacam a dinâmica de interlocução entre os atores que participam da formulação e implementação das políticas de cuidado integrado.

Silva (2011) ressalta a concepção das redes de atenção na perspectiva do estabelecimento de relações horizontais e centradas no usuário por meio da definição de linhas de cuidado orientadas de acordo com as necessidades deste usuário. Neste sentido, a atenção primária, assim como os demais âmbitos de prestação do cuidado apresentam-se em um mesmo plano espacial de atenção e não em uma base como na perspectiva piramidal de organização dos serviços, tal como proposta por Rovere (2009).

Para Liao et al.(2010) o desenho das redes pressupõe a cooperação entre clínicas médicas de família e hospitais nos níveis secundários e terciários, reforçando a perspectiva piramidal aliada ao termo “cooperação”, que indica relações mais horizontalizadas. Estes autores consideram ainda que, cada rede é composta, em média, por 5 a 10 clínicas, gerais e especializadas, com o estabelecimento de uma sede para a sua coordenação e integração.

Santos et al. (2008) discutem a concepção sobre redes de atenção trazendo seus componentes como os diversos pontos desta rede: atenção hospitalar; atenção primária; unidades de emergência e; serviços de vigilância e apoio diagnóstico. O artigo ressalta, entretanto, a interdependência destes pontos dada à falta de habilidade de cada um deles para, isoladamente, resolver todos os problemas de saúde, remetendo ao conceito de integralidade proposto por Hartz e Contandriopoulos (2004).

Para o alcance desta integração, entretanto, os autores propõem mudanças nas fronteiras da atenção à saúde e nas práticas profissionais além do estímulo às relações de cooperação entre estes abordando, assim, a dimensão intersubjetiva trazida por Rovere (1999).

Giovanella et al. (2009) descrevem os sistemas de saúde sob a ótica da integração entre os serviços orientada pela atenção primária à saúde e centrada sobre o usuário deste sistema. Descrevendo os sistemas de saúde municipais regionalizados, estas autoras destacam o incremento no acesso e na integração dos serviços de saúde promovido por este processo. Para as autoras, tais sistemas regionalizados caracterizam-se pela formação hierárquica dos diferentes níveis de atenção à saúde ressaltando-se a articulação entre os serviços de saúde de média complexidade e unidades de atenção básica.

Neste contexto brasileiro, Giovanella et al. (2009) e Sisson et al. (2011), abordam a estratégia da saúde da família como uma proposta efetiva de organização e coordenação do cuidado integrado. Segundo estas autoras, apesar das concepções acerca da organização dos serviços baseada na coordenação desempenhada pela estratégia da saúde da família, as variadas experiências têm demonstrado diferentes lógicas de prestação do cuidado. Neste particular, a mudança dos modelos de atenção no sentido de promover a garantia do cuidado integrado bem como a superação da fragmentação do cuidado são discutidos por Giovanella et al. (2009) como desafios postos aos sistemas municipais de saúde em nosso país.

Como barreiras para a constituição de redes, Giovanella et al. (2009) ressaltam a insuficiência de cotas para atendimentos em especialidades nos municípios estudados por estas autoras. Discutem, ainda, a pouca interação entre profissionais de atenção primária e especialistas, relação esta proposta por Rovere para o estabelecimento de vínculos e associações em redes.

Ludwick et al. (2010) apresentam a concepção sobre redes de atenção com ênfase na atenção primária ao definirem as redes de atenção primária como “*articulações entre grupos médicos e autoridades de saúde para a promoção de serviços de atenção primária em áreas geográficas determinadas*”. Embora estes autores destaquem a atenção primária, o artigo discute a relação multiprofissional envolvendo profissionais deste nível de atenção e especialistas do nível secundário de atenção caracterizando processos de integração horizontal e vertical, tal como definido por Hartz e Contandriopoulos (2004).

Segundo Ludwick et al. (2010), a clínica centralizada mediante a utilização da telemedicina permite ganhos em economia de escala assegurando um maior volume de referências às especialidades quando comparado ao volume ofertado a partir da referência presencial ao especialista. Este fato garante maior eficiência à rede de atenção para alguns casos clínicos específicos em que a utilização desta ferramenta é viável.

Silva (2011) contextualiza o desenvolvimento das redes de atenção frente ao processo de globalização que exigiu do Estado e das organizações uma maior interdependência e, portanto, a necessidade de maior articulação e integração. Este autor cita Castells ao tratar da mudança de paradigmas no modo de produção enfatizando as tecnologias de informação e comunicação como demandas para uma sociedade organizada em redes.

Concentrando-se sobre o caso brasileiro, Silva (2011) aborda a organização das redes de atenção como demanda constitucional para o SUS proveniente da Reforma Sanitária. Neste contexto, cita a concepção trazida pelo Ministério da Saúde para as redes regionalizadas de atenção à saúde como “estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência dos atores envolvidos”.

Silva (2011) chama a atenção para o caráter racionalizador da organização em redes de atenção frente ao perfil epidemiológico brasileiro que apresenta a coexistências de condições crônicas, infectocontagiosas e violência, coadunando com os resultados evidenciados por Paim et al. (2011) quanto ao perfil das condições de saúde no Brasil. Neste contexto, o autor descreve as economias de escala e escopo como fatores importantes para o alcance desta racionalidade na prestação dos serviços. Segundo esse autor, a economia de escala proporciona um arranjo organizacional que promove a alocação de recursos e instalações de forma coerente com as necessidades de saúde reduzindo custos e aumentando a eficiência do sistema. Para a economia de escopo, Silva (2011) aborda a ampliação das ações e procedimentos ofertados por um único serviço sem comprometimento do acesso a estes.

Em estudo de caso desenvolvido por Giovanella (2011), o sistema de saúde alemão apresenta-se organizado em setores assistenciais, não adotando a concepção hierárquica das redes de atenção. Neste contexto, a interlocução entre os serviços alocados em um mesmo nível de horizontalidade promoveu a sobreposição de ações realizadas por especialistas e generalistas dificultando a coordenação do cuidado.

Como novas modalidades de organização de serviços de saúde propostas para a Alemanha na segunda metade da década de 90, Giovanella (2011) descreve as redes de consultórios médicos no contexto dos sistemas de seguro social baseados sobre as caixas assistenciais. Nestas redes, médicos estabelecem relações de cooperação (integração normativa), sem hierarquia definida, provendo ações generalistas e especializadas de forma articulada. As redes de consultórios médicos, embora não apresentassem ênfase sobre a atenção hospitalar, desenvolveram alguma interlocução com este setor assistencial por meio de protocolos para encaminhamento.

Jiwani e Fleury (2011) descrevem alguns sinônimos para os sistemas de oferta integrada como “rede de saúde integradas”, “redes de serviços integrados”, “oferta de serviços integrados” ou “organização de cuidado integrado”. Os autores descrevem as redes locais de saúde no contexto canadense como parte da proposta de reforma do sistema de saúde e enfatizando a delimitação territorial de atuação desta rede.

Citando o caminho percorrido por Ontário, Canadá, para a integração da atenção à saúde, Jiwani e Fleury (2011) indicam o desenvolvimento de redes orientadas sobre doenças ou condições de saúde, a exemplo das redes de atenção cardíaca e as redes de atenção ao câncer.

Quanto às concepções sobre redes de atenção expostas neste sub-ítem, os autores destacaram as diversas vertentes da sua conformação e das relações ao interior destas. Alguns autores ressaltaram as redes como resposta à segmentação do cuidado e proposta para a racionalização deste com vistas a reduzir custos.

Aspectos físicos relativos às instalações voltadas à economia de escala e escopo foram abordadas. No entanto, os aspectos subjetivos da relação entre profissionais e entre estes e os usuários foram enfatizados na literatura internacional. Termos como “colaboração”, “vínculo” e “comunicação” foram propostos em artigos mais prescritivos enquanto que estes foram postos como desafios à integração em rede em estudos de avaliação.

Algumas conformações estudadas limitaram-se à abordagem de determinadas condições de saúde enquanto que outros autores trouxeram um panorama mais amplo de atuação das redes de atenção estendendo-a a aspectos das dimensões social, cultural e econômica abrangendo a integralidade do sujeito. Na sua arquitetura, alguns autores destacaram a configuração piramidal das redes ressaltando a hierarquia entre os níveis de

atenção. Outros, entretanto, atribuíram maior ênfase à horizontalidade desta rede, destacando a dimensão das relações estabelecidas entre componentes dispostos em um mesmo plano de importância. Giovanella (2011) porém, aponta para o risco de sobreposição de competências desfavorecendo à racionalização do cuidado.

Não há consenso na literatura estudada acerca da centralidade do usuário na rede de atenção. Os autores que abordam esta perspectiva voltam-se para diferentes vertentes de acordo com os objetivos propostos pela lógica de cuidado adotada em cada contexto. No exemplo dos sistemas baseados sobre o “managed care”, a centralidade no usuário tem significado uma abordagem sobre os casos específicos em populações restritas, sem contudo, dar ênfase a aspectos como cidadania ou valores destas populações.

Alguns autores ressaltam a era da comunicação discutida por Castells (1997) descrevendo sobre as possibilidades de interação em rede em condições de distanciamento geográfico entre os componentes das redes, a exemplo da integração via ferramentas de telemedicina.

Aspectos relacionados à institucionalização das redes por meio da sua formalização legal também são abordados na literatura internacional. Giovanella (2011) cita, no caso da Alemanha, a determinação da APS como “porta de entrada” obrigatória do sistema de saúde.

4.3 Estratégias de integração do cuidado em saúde

Neste sub-item buscou-se sistematizar os achados acerca das estratégias de integração do cuidado em saúde propostas na literatura internacional. Mecanismos e ferramentas orientadas para a integração do cuidado também são descritas neste capítulo. Como estratégias, mecanismos ou ferramentas de integração consideraram-se as tecnologias voltadas ao atendimento da integração entre serviços e profissionais de saúde segundo concepções trabalhadas por Hartz e Contandriopoulos (2004), bem como tipologia e modalidades de integração dispostas no Quadro 5 (Medina, 2006).

Na matriz a seguir indica uma representação esquemática e metodológica para a melhor análise dos achados onde optou-se pela categorização de ferramentas e recursos de coordenação de acordo com as estratégias relatadas pelos diversos autores pesquisados. Sendo assim, categorizou-se estas ferramentas ou mecanismos de coordenação admitindo-se que tais mecanismos podem ser comuns às diversas estratégias mencionadas. Desta forma, alguns autores podem compor diversas estratégias para a coordenação do cuidado.

Ademais, entende-se que tal metodologia permite a síntese dos dados coletados na literatura evitando-se possíveis repetições ao longo do texto de revisão.

Matriz III – Estratégias e ferramentas para a coordenação do cuidado

Estratégias para a coordenação do cuidado	Ferramentas ou recursos de coordenação do cuidado	Referências
Integração a partir de mecanismos formais de comunicação	Registro Médico Eletrônico ou sistemas de informação unificados; central de regulação; ordens de serviços, contato telefônico, telemedicina, protocolos, referência e contra-referência; mapa de cuidado; reuniões conjuntas e e-mail	Sands et al. (2001); Fairchild et al. (2002); Weiner et al. (2005); McAlearney e McAlearney (2006); Lin (2007); Santos et al. (2008); Wegner et al. (2008); Mur-Veeman et al. (2008); Giovanella et al. (2009); Sisson et al. (2011); Masson e Owen (2009); Ludwick et al (2010); Almeida et al (2010); Paula et al (2011); Silva (2011); Jiwani & Fleury (2011); Vedel et al (2011)
Compartilhamento de informação	Plano de cuidado	Southern et al. (2002); Weiner et al. (2005); Masson e Owen (2009); Nolte (2013)
Compartilhamento de competências para a co-gestão	Comunicação e parceria cooperativa	Ferrer et al. (2005); McAlearney e McAlearney (2006); Lin (2007); Kowalska (2007); Wegner et al. (2008); Jiwani & Fleury (2011)
Infraestrutura de governança, infraestrutura clínica, infraestrutura de mercado, infraestrutura financeira e integração da informação.	Compartilhamento	Lin (2007); Giovanella (2011)
Organizações de atenção gerenciada	Mecanismos de controle para a integração vertical pautada sob a	Kowalska (2007)

	eficiência. Contrato.	
Dispositivos de promoção da articulação entre os setores a partir da criação de estruturas de integração, colaboração e coordenação entre todos os níveis de atenção.	Políticas e programas de cuidado integrado em saúde.	Mur-Veeman et al. (2008); Mounier-Jack et al (2010); Silva (2011); Giovanella (2011)
Integração funcional (informação e comunicação), organizacional (colaboração) e clínica (relação entre profissionais).	Ação unilateral, discussão negociada, formação de coalizões e direção hierárquica.	Mur-Veeman et al. (2008); Masson e Owen (2009); Ludwick et al (2010)
Coordenação interorganizacional	Incentivos financeiros, técnicas de gestão de atividades clínicas, gestão de casos e apoio matricial.	Mur-Veeman et al. (2008); Giovanella et al. (2009); Jiwani & Fleury (2011)
Integração Sistêmica	Comissões de regulação no nível local dos serviços, as câmaras de gestão local e instâncias de gestão participativa.	Giovanella et al. (2009); Almeida et al (2010); Silva (2011)
Integração Vertical	Fóruns de discussão entre generalistas e especialistas	Giovanella et al. (2009); Almeida et al (2010);
Coordenação enquanto nível de integração	Estrutura e pessoal específico para fornecer informações de forma rotineira	Masso e Owen (2009)

Sands et al. (2001) discutem a utilização de registros médicos eletrônicos a partir de sistemas de informação padronizados permitindo a integração de informações provenientes de distintas fontes, caracterizando a integração normativa a partir de mecanismos formais de comunicação. Estes sistemas contribuem para a tomada de decisões clínicas agregando informações demográficas e organizacionais como agendamentos e hospitalizações. A

integração vertical também é caracterizada por Sands et al. (2001) a partir das relações estabelecidas entre os profissionais de atenção primária e especialistas.

De acordo com os fatores de intervenções dispostos na Tabela 1 para suporte à coordenação do cuidado desenvolvidos por McDonald et al. (2007), Sands et al (2001) ressaltam a interação em equipes multidisciplinares conectando especialidades, atenção primária e serviços sociais. A prática colaborativa é apresentada como base para a adoção de registros médicos valorizando as relações intersubjetivas propostas na concepção de integração normativa (tabela 2) destacando o engajamento profissional e a confiança interprofissional como fatores que precedem à efetiva comunicação e utilização dos sistemas de informação.

Apesar disto, os autores relatam a resistência de profissionais para a adoção de ferramentas de coordenação como os registros médicos eletrônicos devido a dúvidas quanto à segurança e privacidade de informações e dificuldades de digitação ou transposição de informações para computadores.

Em que pesem todas as ferramentas de comunicação disponíveis, os autores destacam a necessidade do envolvimento efetivo dos profissionais sem o qual tais ferramentas perdem a sua utilidade e coerência frente às necessidades de saúde. Como exemplo, Fairchild et al. (2002) relatam o desinteresse dos profissionais médicos em ler os documentos enviados pelas equipes de atenção domiciliar.

Estes autores discutem ainda a utilização de ferramentas de integração como ordens de serviços, registro eletrônico, contato telefônico, protocolos, reuniões conjuntas e e-mail. Segundo esses autores, cerca de 80% dos profissionais de serviços de atenção domiciliar e 90% dos médicos de APS consideram o registro eletrônico único e a utilização de e-mail como recursos a serem utilizados. Neste contexto, os autores chamam a atenção para os melhores resultados alcançados em termos de qualidade da atenção pelas reuniões entre profissionais, como estratégia de integração clínica e funcional, ao compará-las aos protocolos clínicos. Este achado reforça a importância do estabelecimento de relações de cooperação entre os profissionais caracterizadas pela integração normativa.

McDonald et al (2011) citam três tipos de integração propostas por Leutz: ligações estabelecidas por necessidades básicas (ligações de referência); coordenação como forma mais estruturada de ligação (cuidado compartilhado) e; integração completa (criação de novas entidades e financiamento comum).

Fairchild et al. (2002) utilizam os termos “coordenação do cuidado” e “continuidade do cuidado” enfatizando o papel do médico de atenção primária na orientação da atenção domiciliar fortalecendo a integração entre os serviços. Ao final do artigo, estes autores discutem a necessidade do estabelecimento de informações pertinentes e coerentes com o desenvolvimento das ações de atenção domiciliar a fim de proporcionar a melhor comunicação na rede de atenção.

Southern et al. (2002) destacam alguns elementos da coordenação do cuidado propostos por McDonald et al. (2007) como a execução de planos de cuidado individuais e a identificação de participantes deste cuidado fornecendo, inclusive, informações sobre o paciente. Neste sentido, os autores propõem o compartilhamento de informações com outros prestadores de saúde e consumidores.

Segundo Southern et al. (2002), profissionais generalistas devem prover informações sobre seu pacientes. Em seus resultados, os autores destacam a comunicação como capaz de criar ambiente favorável ao estabelecimento de redes formais e informais com outros prestadores de cuidado promovendo acesso oportuno a informações sobre o paciente, sobre os serviços locais e conhecimento sobre o sistema de saúde.

Citando o exemplo do Reino Unido, Ferrer et al. (2005), apontam para a integração sistêmica e o fortalecimento da atenção primária a partir do estabelecimento institucional do seu papel no sistema de saúde. Em uma perspectiva colaborativa e neste mesmo contexto, os autores ressaltam a associação entre três disciplinas ligadas ao cuidado primário (pediatria geral, medicina interna geral e medicina de família) como estratégia de promoção do papel da atenção primária no sistema e para a integração deste. Esses autores discutem ainda a necessidade do desenvolvimento da comunicação para suporte à co-gestão no sistema de saúde mediante o compartilhamento de competências entre os atores conferindo maior integração a este sistema.

Segundo Weiner et al. (2005), a tecnologia da informação é fundamental para integrar o sistema de saúde. Para os autores, a tecnologia da informação oferece recursos para a gestão do conhecimento integral sobre o usuário considerando-se a complexidade ambiental e clínica. Estes autores reforçam a comunicação entre prestadores de serviços baseada sobre a troca de informações com o estabelecimento de um campo comum de compartilhamento destas informações. Como exemplo de tecnologias assíncronas de comunicação, Weiner et al.

(2005) abordam os registros eletrônicos apontando para a necessidade do estabelecimento de padrões acessíveis e seguros no sentido de garantir a privacidade das informações.

Em sua discussão final, Weiner et al. (2005) abordam a necessidade da formação profissional com ênfase sobre o desenvolvimento de habilidades comunicacionais. Destacam ainda a importância da institucionalização da atenção primária à saúde como centro integrador do sistema participando ativamente na tomada de decisões em virtude do seu papel destacado sobre o conhecimento integral do usuário e seu contexto.

McAlearney e McAlearney (2006) trazem como resultados do seu estudo a integração promovida por centros comunitários em saúde de Ohio como estratégia de provimento de eficiência na prestação dos serviços de saúde. Esta integração, segundo esses autores, ocorreu com a finalidade de reduzir custos ou de potencializar as receitas a partir do aumento da sua base populacional coerentes com a teoria da adaptação utilizada como referência de análise por estes autores.

Entre as estratégias ou mecanismos de integração citados por McAlearney e McAlearney (2006) estão a formação de alianças cooperativas entre prestadores de serviços de saúde ou o compartilhamento de informações.

Comparando centros comunitários de saúde de zonas rurais com os centros da zona urbana, McAlearney e McAlearney (2006) entendem que os primeiros tendem a encontrar menos possibilidades de integração devido ao limitado número de parcerias. Entretanto, os autores citam em seu estudo exemplo de parceria entre centros de atenção à saúde rurais em parceria com prestadores de serviços laboratoriais e de diagnóstico.

Entre outros exemplos de estratégias de integração, McAlearney e McAlearney (2006) apontam para o estabelecimento de sistemas de gerenciamento de informações compartilhadas, caracterizando a integração funcional, e parcerias com hospitais locais e grupos de especialidades em integrações verticais.

Utilizando-se das Teorias Organizacional e Contingencial Lin (2007) destaca os aspectos ambientais e o fluxo de informações como forma de alcançar a eficácia organizacional. De acordo com o autor, o sucesso da integração na rede pressupõe mecanismos de coordenação e parceria de trabalho mediados por organização administrativa que conduza as operações de cuidado em saúde entre os diversos serviços e orientados por um

sistema de informação integrado. Destaca a cooperação citando o referenciamento de clientes, o financiamento e o compartilhamento de pessoal.

Em sua discussão sobre mecanismos de integração, o autor traz a coordenação em diversas perspectivas. Esta deve ser considerada a partir do uso padronizado de linguagens e formas, regras organizacionais e procedimentos, o estabelecimento de normas comuns, políticas e procedimentos, bem como o monitoramento através de relatórios, registros e um sistema de informações computadorizado.

Cooperação também é o termo trabalhado por Lin (2007) fazendo uma contraposição ao modelo de cuidado fragmentado e promovendo o estabelecimento de parcerias entre unidades de atenção primária e hospitais a partir da livre escolha dos serviços por meio de referência pré-estabelecidas.

Lin (2007) aborda as parcerias caracterizando-as nas integrações vertical e horizontal, assumindo aqui uma concepção hierárquica da rede e destacando a continuidade do cuidado e os mecanismos de coordenação deste como referências para a integração. Em seu estudo, Lin (2007), estabelece cinco dimensões ou categorias de análise: infraestrutura de governança, infraestrutura clínica, infraestrutura de mercado, infraestrutura financeira e integração da informação.

Para a infraestrutura de governança foram elencados o planejamento compartilhado de visão e missão; a determinação de serviços estratégicos compartilhados, prioridades, políticas e princípios de cooperação; identificação de informação necessária e como obtê-la; organização da dinâmica da rede e do papel dos seus membros; liderança e gestão de conflitos, comunicação e; desenho e controle do sistema de performance da rede compartilhada incluindo a definição de indicadores, feedbacks e prestação de contas.

Na dimensão clínica as questões consideradas foram o planejamento e diferenciação de objetivos de mercado baseados sobre os serviços clínicos desenvolvidos pelos membros da rede; a união de projetos clínicos individuais ao projeto planejado para a rede; o desenho de cuidado centrado no paciente ou em equipes de gestão de casos; e o estabelecimento de comitês responsáveis pelo relatório de casos centrados no paciente, pelo encaminhamento, rastreamento e transferência de casos; o gerenciamento de arquivos ou informações; a gestão da qualidade clínica; e a educação médica continuada bem como a educação permanente no trabalho também são elencadas como componentes desta infraestrutura.

Para a infraestrutura de mercado considerou-se questões como o compartilhamento de publicações entre os membros da rede; unificação de promoções públicas como atividades únicas em mídia eletrônica ou jornal melhorando a repercussão da rede como um sistema único; e a diferenciação de objetivos de mercado da rede a fim de tornar-se mais competitivo no complexo industrial da saúde.

A infraestrutura financeira trata de questões como orçamentos; compra unificada de equipamentos, materiais médicos, drogas e co-gestão de material administrativo; a união de fundos de recrutamento e; a projeção de risco financeiro e mecanismos de partilha.

Na dimensão de informação, Lin (2007) elenca questões como o estabelecimento de um sistema de registro médico eletrônico, uma rede de informação regional para dados clínicos e administrativos e; a união da gestão do sistema de informação e páginas de internet.

Pogach (2004) classifica a coordenação do cuidado em saúde em dois tipos: coordenação por programação e coordenação por feedback. Na primeira há o uso preestabelecido de planos, políticas, procedimentos, sistemas de informação e comunicação em quanto que, na coordenação por feedback há uma adequação de ações para esta coordenação baseada na análise de novas informações.

Kowalska (2007) aborda a coordenação do cuidado no âmbito das Organizações de Atenção Gerenciada (Managed Health Care). Neste contexto, a coordenação é tratada sob a forma do controle do tratamento e influência apontando, portanto, para o comportamento dos profissionais de saúde no sentido de garantir máxima eficiência aos serviços prestados visando ganhos financeiros.

Neste sentido, Kowalska (2007) relata que as Organizações de Atenção Gerenciada devem ser totalmente integradas verticalmente através de um mesmo grupo que gerencia os serviços em todos os níveis de atenção. Neste formato organizacional, os pacientes são induzidos ao atendimento exclusivo com os profissionais da rede credenciada.

Segundo Kowalska (2007), as redes de contratos formais ou informais apresentam as seguintes vantagens: racionalização de custos de serviços ambulatoriais; promoção de qualidade da informação, bem como do seu conteúdo e circulação; seleção contratual de prestadores; promoção da filosofia da medicina de família; promoção do acesso a serviços ambulatoriais especializados; oportunidade de cooperação entre profissionais de saúde;

melhor coordenação do cuidado e oferta de cuidado integrado e; o fortalecimento da posição do médico generalista.

Como limitantes à integração dos cuidados em saúde, Kowalska (2007) elenca alguns fatores como: especialidades que não necessitam do encaminhamento por médicos generalistas; incerteza e instabilidade das mudanças implementadas, dada a vigência contratual; falta de liderança; limitadas opções de escolhas de parcerias em zonas rurais ou pequenas áreas urbanas; conflitos pessoais e; limitações estruturais e de capital.

Santos et al. (2008) tratam de protocolos como ferramentas de articulação entre serviços na perspectiva da integração vertical. Destacam os protocolos clínicos de regulação como mecanismos de suporte à decisão e orientação do acesso aos serviços da rede inserindo elementos de comunicação e de fluxo informacional como as referências manuais ou eletrônicas, o contato telefônico ou o contato pessoal através dos agentes comunitários de saúde.

Considerando o tipo e modalidade de integração, o estudo desenvolvido por Wegner et al. (2008) retrata a integração clínica e vertical valorizando a relação intersubjetiva. Por fim, Wegner et al (2008) discutem que não há um modelo único de coordenação do cuidado domiciliar visto que a percepção dos profissionais no que tange à sua responsabilização é variável de acordo com diversos aspectos do cuidado em saúde.

Mur-Veeman et al. (2008) destacam as políticas de cuidado integrado desenvolvidas em países da Europa como fatores de indução à implementação de ações de integração do cuidado prestado por serviços sociais e de saúde. Estes ressaltam, entretanto, que a pobre coordenação entre os níveis de atenção e a fragmentação setorial dificultam a integração. Os autores destacam a deficiente orientação do cuidado nos diversos níveis como causa para a duplicação de procedimentos diagnósticos e a fragilidade na transferência do cuidado de um prestador a outro.

De acordo com estes autores, as políticas de cuidado integrado surgem como dispositivos de promoção da articulação entre os setores a partir da criação de estruturas de integração, colaboração e coordenação entre todos os níveis de atenção. Os autores descrevem ainda, as fases do ciclo da política como a inserção da temática na agenda, a formulação e a sua implementação, destacando os processos de planejamento presentes na fase de formulação

das políticas como etapa objetivada para o alcance das integrações funcional, organizacional, financeira e clínica.

Para Mur-Veeman et al. (2008), a efetivação das políticas de integração do cuidado estão vinculadas a estratégias de interação entre os atores e seus interesses individuais ou organizacionais sob a perspectiva da concepção do institucionalismo centrado no ator para a definição de políticas ou processos de mudança. Neste sentido, os autores apontam para alguns recursos de regulação de conflitos entre os atores como ação unilateral, discussão negociada, formação de coalizões e direção hierárquica.

Como mecanismos de coordenação interorganizacional, Mur-Veeman et al. (2008) citam algumas ferramentas como os protocolos e rotinas clínicas, contatos informais, equipes multidisciplinares e programas de cuidado, mecanismos estes propostos por McDonald et al. (2007) para a coordenação do cuidado. Estes autores ressaltam, ainda, iniciativas para o desenvolvimento do cuidado integrado como incentivos financeiros, técnicas de gestão de atividades clínicas e gestão de casos.

Reforçam ainda o papel da tecnologia da informação e comunicação atuando sobre os níveis sistêmico, local e de gestão inibindo fatores de tensão entre esforços de centralização e descentralização do cuidado, a competição entre generalistas e outros grupos profissionais e promovendo a efetiva comunicação e a confiança interprofissional além da gestão colaborativa entre os prestadores.

Mur-Veeman et al. (2008) abordam esforços de fusão entre órgãos centrais na Suécia como forma de promoção da integração. No caso da Áustria, os autores descrevem o surgimento de um guia para a promoção das relações de cooperação entre prestadores e usuários, a extensão da capacidade da atenção primária à saúde e o fortalecimento do papel dos médicos generalistas como prestadores de atenção primária como características das políticas de integração do cuidado naquele país.

Citando o exemplo inglês, Mur-Veeman et al. (2008) ressaltam a influência do arcabouço legal sobre a integração dos cuidados em saúde abordando o estabelecimento de regras de cuidado para os prestadores. Para o mesmo caso, entretanto, os autores apresentam vários problemas relacionados à cooperação interprofissional e a dimensão técnico-assistencial dos modelos de atenção destacando a autonomia profissional e a defesa de interesses próprios como fatores concorrentes para a implementação do cuidado integrado.

Giovanella et al. (2009) abordam ainda a integração a partir de três perspectivas: da gestão do sistema de saúde procedendo à análise das ferramentas de integração dos serviços; do processo de trabalho mediante análise da percepção dos profissionais e das ferramentas de integração do cuidado e; da percepção do cuidado pelo usuário. Estas perspectivas representam âmbitos de análise da integração, da coordenação e da continuidade do cuidado que, segundo estes autores, guardam uma relação de interdependência.

De acordo com os resultados alcançados pelo estudo desenvolvido por Giovanella et al. (2009), as centrais informatizadas de regulação e prontuários eletrônicos foram os principais mecanismos de integração dentre os municípios avaliados nas dimensões da organização dos serviços, dos processos de trabalho e da percepção dos usuários, permitindo, inclusive, o monitoramento de filas de espera. Estes resultados corroboram com os resultados discutidos por Sisson et al. (2011) e com os componentes da coordenação do cuidado segundo parâmetros estabelecidos por McDonald (2007) que consideram os sistemas de informação e as ferramentas de coordenação. Também representam mecanismos formais de comunicação e de garantia de referência caracterizados na integração normativa (Medina, 2010).

Ainda em seus resultados, Giovanella et al. (2009), apontam para o sistema de informação on-line (SISREG) destacando-o como ferramenta de suporte para o monitoramento do cuidado tal como proposto por McDonald (2007) como componente da coordenação do cuidado. Para Giovanella et al. (2009), sistemas de informação on-line favorecem ainda à organização e diminuição da fila de espera, diminuição das faltas às consultas especializadas, agendamento adequado às especialidades e análise dos encaminhamentos realizados.

Outros mecanismos de integração apresentados por Giovanella et al. (2009), apontam para a integração sistêmica (Medina, 2010). Entre estes mecanismos, os autores descrevem o incentivo à criação de comissões de regulação no nível local dos serviços, as câmaras de gestão local e instâncias de gestão participativa. Caracterizando as integrações funcional e clínica, Giovanella et al. (2009), destacam os fóruns de discussão entre profissionais de atenção primária e especialistas, o apoio matricial e a telemedicina. Ao abordar a interação entre profissionais de distintos níveis de atenção estes autores consideram a integração vertical entre os serviços de saúde.

Para a garantia da continuidade do cuidado, Giovanella et al. (2009) ressaltam a necessidade da disponibilidade e transferência de informações destacando o esforço de

capitais brasileiras para a informatização nos serviços de saúde. Para Giovanella et al. (2009) e Sisson et al. (2011), uma barreira, entretanto, tem sido a falta de governabilidade dos municípios estudados por estes autores no sentido de fazer a gestão dos serviços especializados geridos por governos estaduais, limitando assim a integração entre a atenção primária e os serviços de atenção secundária.

Giovanella et al. (2009) e Sisson et al. (2011) discutem ainda a não garantia de cotas de serviços pactuadas em mecanismos de integração sistêmica como as Programações Pactuadas Integradas, instâncias de planejamento integrado que envolve diversos técnicos e gestores em saúde. As autoras abordam também as dificuldades da ordem do financiamento e da formação dos profissionais.

Masso e Owen (2009) descrevem a integração do cuidado segundo níveis propostos por Leutz como: articulação; coordenação e; integração total. Segundo estes autores, a principal diferença entre os níveis de integração estão relacionadas ao fluxo de informações. Para o nível de articulação, a informação é compartilhada de acordo com a necessidade de encaminhamento a outros serviços. Para o nível de coordenação, define-se estrutura e pessoal específico para fornecer informações de forma rotineira enquanto que, na integração total, desenvolve-se a partir de registros comuns compartilhados entre diferentes sistemas.

Entre as intervenções analisadas por Masso e Owen (2009) para a coordenação e integração do cuidado estão: a disseminação de informações para médicos de atenção primária; coordenadores de enfermagem para interligar o cuidado aos usuários a outros prestadores; equipes multidisciplinares com envolvimento de médicos de atenção primária; utilização de ferramentas de avaliação clínica comuns; promoção de ligações entre médicos generalistas e especialistas em cuidados paliativos; políticas, protocolos e procedimentos compartilhados entre prestadores de serviços locais; utilização de registros de pacientes; estabelecimento de estruturas formais de governança e; memorando para o entendimento da divisão entre generalistas e prestadores de serviços;

Masson e Owen (2009) retratam em seus resultados, a integração funcional a partir de reuniões periódicas com a participação de profissionais de atenção primária. Estas reuniões, entretanto, limitaram-se à comunicação entre prestadores sem ênfase sobre a definição de planos de cuidado, tomadas de decisão ou mecanismos de efetiva coordenação ou integração.

Em sua discussão, Masson e Owen (2009) destacam a dimensão técnico-assistencial e as relações entre profissionais sob a perspectiva da integração normativa para a superação de limitações de ordens estrutural e financeira para a integração entre serviços. Os autores abordam o trabalho de persuasão de médicos generalistas para motivar especialistas a orientar-se segundo as necessidades de saúde da população, componente da coordenação do cuidado proposto por McDonald (2007). Estes autores ressaltam, entretanto, a influencia do contexto local para a integração do cuidado em saúde.

Como fatores de suporte às atividades de coordenação do cuidado definidas por McDonald (2007), o estudo Ludwick et al (2010) apresenta a ferramenta de telemedicina como alternativa de cuidado baseada no compartilhamento de conhecimento especializado entre dermatologistas e médicos de atenção primária. Pautada sobre a comunicação entre estes profissionais, a telemedicina apresenta-se sob duas modalidades distintas: síncrona e assíncrona. No primeiro caso, há o estabelecimento de comunicação em tempo real, porém em diferentes espaços, enquanto que a segunda refere-se à troca de informações em tempo e espaço diferenciados.

Desta forma, de acordo com a proposta apresentada por Ludwick et al (2010), a ferramenta de telemedicina permite o estabelecimento da integração clínica na medida em que promove uma abordagem integral sobre os problemas de saúde individuais e coletivos compartilhando saberes multiprofissionais e favorecendo à gestão clínica dos casos. Permite ainda o desenvolvimento da integração funcional a partir da difusão de informações, da comunicação efetiva entre os serviços garantindo a referência e contra-referência em tempo oportuno.

Entretanto, o engajamento dos médicos e usuários à nova ferramenta proposta não ocorreu de forma espontânea de acordo com estudo desenvolvido por Ludwick et al (2010). Ao discutir o processo de adesão dos médicos a esta tecnologia, os autores destacam aspectos referentes à confiabilidade da nova ferramenta frente aos processos de trabalho já constituídos na relação de confiança desenvolvida entre os médicos de atenção primária, considerados como solicitantes, e os especialistas de referência para o atendimento presencial aos usuários. A transposição de tais paradigmas e a construção de novas relações de processo de trabalho remetem à integração normativa na proporção em que os profissionais exercitam o estabelecimento de relações de confiança entre si e com o usuário frente ao surgimento de novas necessidades como a redução do tempo de espera para consultas especializadas.

Para Liao et al (2010) são alguns fatores de sustentabilidade colaborativa das parcerias: a manutenção das relações, do compromisso, do conhecimento, da capacidade, dos valores e da confiança, além da sustentabilidade financeira, do pessoal, dos programas, das mudanças políticas e das parcerias em si.

Conforme parâmetro proposto por McDonald (2007), a coordenação do cuidado apresentada por Ludwick et al (2010) evidencia alguns dos seus componentes como a avaliação do paciente, a identificação de responsáveis pelo seu cuidado, e o seu monitoramento. Para a efetiva coordenação mediante a utilização da telemedicina, os autores descrevem os recursos necessários e a técnica para a condução do cuidado tais como o acesso à plataforma da internet, a composição de equipe multidisciplinar formada por especialistas e médicos de atenção primária e a prática colaborativa entre estes.

Ao final de seus resultados, Ludwick et al (2010) apontam para a percepção dos médicos solicitantes quanto à utilização da telemedicina destacando a maior facilidade deste recurso tecnológico para o processo de referência à especialistas quando comparado ao encaminhamento convencional onde o especialista tem o contato presencial com o usuário. Na sua discussão, estes autores revelam evidências de que o tempo de espera para a consulta ao especialista a partir da telemedicina pode alcançar cerca de 1/15 do tempo médio de espera através da referência convencional. Além disto, Ludwick et al (2010) ressaltam que a consulta na modalidade assíncrona dispensa o agendamento de pacientes.

Como desafios à implantação da telemedicina, Ludwick et al (2010) relatam a necessidade de adequação dos profissionais às novas ferramentas para o estabelecimento de melhor comunicação entre médicos de atenção primária e especialistas. Como exemplo, estes autores ressaltam a importância da manipulação adequada de imagens garantindo a sua qualidade e, conseqüentemente, a melhor interpretação diagnóstica executada pelo dermatologista.

Entre as iniciativas propostas no estudo de caso conduzido por Mounier-Jack et al (2010) para a coordenação do cuidado e a colaboração entre os serviços voltados para o combate à tuberculose e ao HIV estão o estabelecimento de infraestruturas e procedimentos comuns para a dispensação de drogas e mecanismos de coleta e registro de dados.

Almeida et al (2010) elencam algumas estratégias para a integração dos sistemas de saúde em países da América Latina. Entre estas estratégias estão a territorialização dos

serviços com adscrição de clientela, a informatização dos registros clínicos, centrais de marcação, o apoio matricial à atenção primária e a formação de redes com gestão regional ou municipal.

Segundo Almeida et al (2010), a definição de territórios facilita a interlocução entre serviços de atenção primária e especializada mediante a aproximação destes minimizando barreiras de acesso. O sucesso desta ligação entre os serviços nos municípios estudados por estes autores condicionou-se à suficiência da oferta de serviços especializados de acordo com a necessidade da população.

Como instrumentos de integração do cuidado, Almeida et al (2010) e Sisson et al (2011) abordam em seus resultados as ferramentas de referência e contra-referência bem como os prontuários eletrônicos, considerados por McDonald como componentes da coordenação do cuidado. Apesar disto, os autores relatam que a instituição de tais instrumentos não garantem a integração funcional por meio da contra-referência aos encaminhamentos realizados pela atenção primária, referindo-se à dimensão da autonomia técnico-assistencial do processo de trabalho e sugerindo maior integração normativa mediante o engajamento dos profissionais envolvidos. Outros fatores limitadores da integração entre os serviços de saúde foram a gestão destes por diferentes instâncias federativas e a ausência de fluxos para a atenção hospitalar em alguns casos.

Dentre os resultados obtidos por Almeida et al (2010), dois aspectos chamam a atenção: a classificação de risco como condição para o encaminhamento de usuários no sistema de saúde dos municípios estudados e a comunicação formal ao usuário como fluxos para a atenção especializada. Ainda de acordo com seus resultados, Almeida et al (2010) relatam a existência de alguns mecanismos informais de integração como o contato entre profissionais para a tomada de decisões referentes à regulação, mecanismo este que tem concorrido com os meios oficiais de regulação e gerado iniquidade no acesso aos serviços. Relatam ainda a existência de equipes reguladoras para a análise de Autorizações de Internação Hospitalar, sobretudo para os casos cirúrgicos.

O processo de formulação e validação de protocolos clínicos regulatórios descrito por Paula et al (2011) destaca a participação de profissionais de atenção primária, da academia e de equipes de regulação, caracterizando a presença de espaços formais de integração funcional visando a implantação de ferramentas gerenciais comuns e a elaboração de processos de organização dos serviços (Tabela 2). Os autores ressaltam ainda a cooperação

multiprofissional entre gestores e profissionais de atenção primária como esforço de garantia da integralidade e equidade em saúde.

Silva (2011) aborda os processos de municipalização e regionalização no Brasil como fatores condicionantes à integração regional dos serviços e à relação entre os entes federados. Em sua revisão, aponta para três aspectos relacionados à constituição de redes integrais regionalizadas de atenção à saúde. A primeira delas é a integração vertical em que considera a abordagem ampliada e integral ao indivíduo e suas condições de saúde provendo o cuidado de acordo com as necessidades de saúde em todos os pontos da rede de atenção. O segundo aspecto está relacionado à integração horizontal a partir do encaminhamento seguro e sequencial aos serviços de saúde promovendo a continuidade do cuidado. Por fim, Silva (2011) aborda a relação constituída entre as políticas públicas destacando as ações intersetoriais.

Neste sentido, Silva (2011) aponta para concepções sobre tipos de integração diferentes daquelas trabalhadas por Medina 2010 em que as integrações horizontal e vertical consideram as relações entre serviços do mesmo nível de atenção e de diferentes níveis de atenção, respectivamente.

No âmbito da governança enquanto componente das redes de atenção, Silva (2011) aponta para alguns elementos constituintes da integração sistêmica proposta por Medina (2010) como a interlocução das diversas instâncias de cooperação institucional com vistas ao cumprimento de funções essenciais ao funcionamento das redes como o seu gerenciamento e financiamento destacando ações de controle da sociedade. Um exemplo citado por Silva (2011) são os Colegiados de Gestão Regional estabelecidos pelo Pacto pela Saúde que tem como objetivo principal a integração nas regiões de saúde.

Como propostas para a gestão da clínica nas redes de atenção, Silva (2011) aponta para algumas alternativas de tecnologias de gestão de condições de saúde como a adoção de linhas-guia ou protocolos clínicos e a abordagem multiprofissional caracterizando a integração clínica a partir de ferramentas de coordenação do cuidado tal como proposto por McDonald (2007).

Sisson et al (2011) abordam a coordenação do cuidado como *“articulação entre serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independente*

do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum”.

Na abordagem às redes de atenção, Giovanella (2011) ressalta o desenvolvimento da comunicação e da cooperação entre serviços de saúde. Além do desenvolvimento destas habilidades, a organização dos serviços de saúde nos chamados círculos de qualidade pode proporcionar a troca de experiências e conhecimentos entre os diversos profissionais considerando-se o engajamento destes para a educação em saúde.

Como pressupostos para o desenvolvimento de modelos de atenção integrados, Giovanella (2011) aponta para o estabelecimento de orçamento e financiamento compartilhados e integrados entre os setores de prestação do cuidado. Neste sentido, a autora cita o exemplo da função atribuída à atenção primária no Reino Unido como gestora dos recursos financeiros para a compra de serviços.

Para a concepção acerca dos sistemas de oferta integrada, Jiwani & Fleury (2011) apontam para uma variedade de elementos estruturais e processuais que unem diferentes prestadores com ênfase sobre a coordenação e continuidade do cuidado garantindo a eficiência do sistema. Para a compreensão deste sistema integrado, Jiwani & Fleury (2011) ressaltam as diferentes dimensões de integração: funcional ou administrativa; clínica ou coordenação entre os serviços; integração profissional e, organizacional.

No sentido de promover a coordenação do cuidado e a sua integração no contexto canadense, Jiwani & Fleury (2011) apontam para a definição de autoridades distritais ou regionais de saúde. Apesar disto, os autores relatam que há poucas evidências do alcance destes objetivos por meio desta estratégia. Para Jiwani & Fleury (2011), a gestão e prevenção de doenças crônicas também pode ser considerada como estratégia de cuidado integrado no âmbito regional. Neste sentido, Sisson et al (2011) abordam a regionalização dos serviços no contexto brasileiro como fator condicionante à integração do cuidado destacando limitações quanto à governabilidade na prestação dos serviços especializados.

Outra estratégia utilizada no contexto canadense para a melhor coordenação e integração do cuidado relatada por Jiwani & Fleury (2011), foi a fusão entre hospitais e centros comunitários de saúde. Os autores descrevem ainda, a colaboração interprofissional e a definição de equipes de trabalho, tal como proposta por McDonald como componente da coordenação do cuidado, apontando para duas estratégias principais para a integração do

cuidado em saúde mental: o cuidado compartilhado entre generalistas, equipes de centros de saúde mental e psiquiatras; e a gestão de referências desenvolvidas na atenção primária visando a complementação do cuidado prestado neste nível de atenção a serviços de saúde mental.

Como resultado de sua análise, Jiwani & Fleury (2011), relatam a incipiente integração clínica no contexto canadense e a prevalência da prática individualista entre os médicos. Apesar disto, os autores destacam os significativos avanços na integração estrutural a partir do processo de fusão entre organizações.

Sisson et al (2011), abordam ainda, a descentralização das ações de saúde coletiva e vigilância às unidades de saúde da família como estratégia de fortalecimento do papel coordenador do cuidado a este nível de atenção.

Vedel et al (2011) utilizam a concepção de integração como um processo de combinação de serviços sociais e de saúde voltados às necessidades específicas da população idosa mediante incentivos ao gerenciamento clínico, financeiro e administrativo e o estabelecimento de equipes multidisciplinares.

No contexto da província de Quebec, Canadá, Vedel et al (2011) descrevem a integração estrutural representada pelos Centros Locais de Serviços Comunitários que reúnem serviços de atenção primária, atenção domiciliar e serviços sociais. Os autores apontam a fusão entre serviços em área geográfica delimitada e o estabelecimento de contratos como estratégias de integração e continuidade do cuidado neste contexto.

Vedel et al (2011), tratam da reforma da atenção primária no Canadá ressaltando a formação de grupos de medicina de família para o acompanhamento de populações delimitadas. Os autores destacam ainda, a ligação destes arranjos com outros profissionais como enfermeiro e com outros serviços, a exemplo dos Centros Locais de Serviços Comunitários.

Segundo Vedel et al (2011), as redes clínicas desenvolvem o papel coordenador e de ligação entre os médicos de família e os Centros Locais de Serviços Comunitários garantindo amplo acesso a serviços de atenção primária. Vedel et al (2011) apresentam ainda, a notificação de médicos da família, prestadores de atenção domiciliar e outros prestadores, por enfermeiras para a identificação e comunicação de problemas.

Na matriz abaixo estão sintetizadas as principais concepções trazidas pelos diversos autores componentes da revisão.

Matriz IV. Concepções de Coordenação do Cuidado em Saúde

Concepção	Referência
<i>Articulação entre serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.</i>	Sisson et al (2011)
Coordenação por programação: uso preestabelecido de planos, políticas, procedimentos, sistemas de informação e comunicação;	Pogach (2004)
Coordenação por feedback: adequação de ações por meio de novas informações;	Pogach (2004)
Coordenação como concepção de trabalho. Padronização do trabalho mediante procedimentos especificados através da análise deste trabalho.	Mintzberg e Glouberman (2001)

Em síntese, as diversas estratégias propostas na literatura internacional consideram variados campos de atuação em prol da integração do cuidado. As ferramentas e mecanismos estudados abrangem as tecnologias pertinentes aos campos da informação e da comunicação, da administração e do planejamento, bem como das ciências sociais. Não vemos tais mecanismos como ferramentas concorrentes entre si, ressaltando a combinação entre estas de acordo com as necessidades contextuais de sua aplicação.

Sob a perspectiva dos tipos e modalidades de integração, os autores contemplaram as integrações vertical e horizontal, bem como as integrações clínica, normativa, funcional e sistêmica abordando pontos que perpassam desde as relações entre os sujeitos até os mecanismos de gerenciamento pertinentes à gestão. Além destes mecanismos de integração, foram destacados alguns componentes da coordenação do cuidado propostos por McDonald

(2007) tal como expressos na Tabela 1. Alguns autores utilizaram termos distintos aos de referência do plano de análise desta dissertação para a integração do cuidado a exemplo das integrações estrutural, em que generalistas permanecem lotados em unidades hospitalares, e financeira, onde todos os níveis de atenção compartilham de uma unidade financeira e orçamentária.

Diante de todas as estratégias e mecanismos discutidos, fica evidente na literatura estudada o peso de aspectos informais ligados à cooperação e à confiança entre os atores, mediadas por conflitos e negociações e, muitas vezes, determinantes para o sucesso da integração do cuidado em saúde.

Abaixo, no Quadro 10, segue dimensões e subdimensões de análise utilizadas no presente estudo bem como os autores correspondentes da literatura selecionada.

Quadro 10 – Dimensões de análise

Dimensão	Sub-dimensão	Autor (Ano)
Concepção sobre atenção primária ou atenção básica	Nomenclatura utilizada	McAlearney & McAlearney (2006); Santos et al. (2008); Sisson et al. (2011); Giovanella et al. (2009);
	Posição ocupada pela APS ou Atenção Básica	Sands et al. (2001); Fairchild et al. (2002); Ferrer et al. (2005); Mur-Veeman et al. (2008); Santos et al. (2008); Giovanella (2011); Sisson et al. (2011); Silva (2011)
	Função atribuída à APS ou atenção básica	Sands et al. (2001); Southern et al. (2002); Ferrer et al. (2005); Giovanella et al. (2009); Sisson et al. (2011); Weiner et al. (2005); Lin (2007); Kowalska (2007); Mur-Veeman et al. (2008); Santos et al. (2008); Liau et al. (2010); Wegner et al. (2008); Masso e Owen (2009); Ludwick et al. (2010); Almeida et al. (2010); Paula et al. (2011); Silva (2011); Giovanella (2011); Jiwani e Fleury (2011); Vedel et al. (2011); Kowalska (2007);
Concepção sobre rede de atenção à saúde ou rede assistencial	Componentes da rede	Ferrer et al. (2005); Liau et al.(2010); Santos et al. (2008); Silva (2011); Vedel et al. (2011);
	Desenho da rede	Ferrer et al. (2005); Weiner et al. (2005); Kowalska (2007); Paula et al. (2011); Mountier-Jack et al. (2010); Liau et al.(2010); Giovanella et al. (2009); Silva (2011); Giovanella (2011); Sisson et al. (2011); Vedel et al. (2011)
Integração da rede de atenção ou rede assistencial	Modalidades	Sands et al. (2001); Santos et al. (2008); Wegner et al. (2008); Giovanella et al. (2009); Giovanella (2011); Sisson et al. (2011); Fairchild et al. (2002); Ferrer et al. (2005); Weiner et al. (2005); McAlearney e McAlearney (2006); Lin (2007); Kowalska (2007); Mur-Veeman et al. (2008); Giovanella et al. (2009); Masso e Owen (2009); Ludwick et al (2010); Liau et al. (2010); Mounier-Jack et al (2010); Almeida et al (2010); Silva (2011); Giovanella (2011); Jiwani & Fleury (2011); Vedel et al (2011)
	Tipos	Silva (2011); Ludwick et al. (2010); Sands et al. (2001); Fairchild et al. (2002); Southern et al. (2002); Ferrer et al. (2005); Weiner et al. (2005); McAlearney e McAlearney (2006); Lin (2007); Kowalska (2007); Santos et al. (2008); Wegner et al. (2008); Mur-Veeman et al. (2008); Ludwick et al (2010); Silva (2011); Jiwani & Fleury (2011); Sisson et al (2011)
	Coordenação do cuidado	Sands et al. (2001); Fairchild et al. (2002); Southern et al. (2002); Weiner et al. (2005); Lin (2007); Kowalska (2007); Wegner et al. (2008); Mur-Veeman et al. (2008); Sisson et al. (2011); Giovanella et al. (2009); Masso e Owen (2009); Ludwick et al (2010); Giovanella (2011); Jiwani & Fleury (2011); Vedel et al (2011)
	Estratégias ou mecanismos de integração	Sands et al. (2001); Fairchild et al. (2002); Weiner et al. (2005); McAlearney e McAlearney (2006); Lin (2007); Kowalska (2007); Santos et al. (2008); Wegner et al. (2008); Mur-Veeman et al. (2008); Giovanella et al. (2009); Masso e Owen (2009); Ludwick et al (2010); Mounier-Jack et al (2010); Almeida et al (2010); Paula et al (2011); Silva (2011); Giovanella (2011); Jiwani & Fleury (2011); Sisson et al (2011); Vedel et al (2011)

Fonte: Adaptado de Hartz e Contandriopoulos (2004), Medina (2006), Almeida (2010) e McDonald et al (2007).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos nesta revisão sistemática, observa-se a dinâmica de transformação das condições de saúde ao longo do tempo como fator indutor para adequações necessárias ao sistema de saúde. Tais reformas têm se justificado dada a multiplicidade e complexidade de fatores (biológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais) envolvidos no enfrentamento das condições de saúde, sejam elas crônicas ou agudas, e pela necessidade de reformulação das relações estabelecidas nos processos de trabalho em saúde frente à fragmentação do cuidado a fim de contemplar todas as dimensões de abordagem a estas condições.

Aspectos relacionados à racionalização de recursos, como o desenvolvimento de economias de escala e escopo, bem como o alcance da equidade e da qualidade dos serviços prestados considerando ações de promoção, prevenção e reabilitação têm contribuído para o processo de reforma dos sistemas de saúde em alguns países. Para tanto, a literatura internacional aponta, em diversas experiências, para a necessidade de organização dos serviços de saúde abordando aspectos que perpassam as dimensões gerencial, organizacional e técnico-assistencial (Teixeira e Solla, 2006), ressaltando a perspectiva intersectorial para o desenvolvimento de sistemas integrados pautados sobre concepção ampliada de saúde.

Neste sentido, as experiências apresentadas na literatura internacional têm se mostrado condicionadas ao contexto de suas inserções apresentando resultados distintos frente à implementação dos modelos de atenção à saúde. Vale ressaltar, portanto, que a coexistência de fatores ambientais, culturais, econômicos, políticos e sociais têm exercido considerável influência sobre as concepções acerca das redes assistenciais e da atenção primária à saúde, bem como sobre o desenvolvimento de estratégias ou mecanismos de integração destas redes.

De acordo com este panorama, a literatura tem sugerido algumas premissas para o processo de reorientação dos sistemas de saúde em prol da sua integralidade. Entre estas premissas ou condições necessárias à integração do cuidado em saúde está o fortalecimento da atenção primária à saúde enquanto estratégia de reorientação do sistema de saúde por meio da coordenação do cuidado na rede assistencial e de atributos como o primeiro contato preferencial ou “porta de entrada” deste sistema.

Neste particular, a garantia de acesso aos serviços necessários por meio da adequação destes às necessidades de saúde da população, bem como o estabelecimento de dispositivos legais para a afirmação da atenção primária enquanto coordenadora do cuidado contribuem para o fortalecimento deste locus de atenção à saúde. Ainda nesta lógica, o adequado suporte financeiro e orçamentário, a descentralização das ações coletivas a este espaço de atenção, a ampliação do seu escopo de atuação de forma resolutive, além do reconhecimento das funções da atenção primária pelos demais âmbitos de prestação do cuidado em saúde e o investimento na formação e na remuneração de profissionais generalistas favorecem significativamente ao seu fortalecimento.

No âmbito das redes de atenção, a atenção primária tem ocupado distintos espaços e desempenhado variadas funções. Entendemos, entretanto que, enquanto espaço estratégico de orientação do sistema de saúde compreender-se a atenção primária como prestadora de um conjunto de ações de baixa complexidade e de cunho seletivo, voltadas para populações mais desfavorecidas sócio-economicamente, trata-se de uma concepção equivocada. Por outro lado, compreendê-la como espaço de primeiro contato preferencial e, portanto, mais próximo ao usuário, permite localizá-la na base da pirâmide hierárquica do sistema de saúde ou mesmo em qualquer ponto deste sistema, quando considera-se uma perspectiva horizontal de relação entre os serviços.

Assim como alguns autores, entendemos entretanto que, considerando o referencial do usuário como centro do sistema de saúde, todos os demais serviços tendem a assumir uma posição mais periférica em função das necessidades centrais do usuário. Neste sentido, a lógica de descentralização dos serviços aos níveis regional e local guarda coerência com a localização da atenção primária de forma mais aproximada do usuário, permitindo-lhe uma melhor abordagem à maioria das condições de saúde bem como aos seus determinantes sociais, potencializando-a como coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema de saúde. Esta posição aproximada do usuário e das suas necessidades permite à atenção primária, uma melhor adaptabilidade aos contextos locais ou regionais.

Os demais espaços de atenção e componentes da rede assistencial tendem a assumir posição mais periférica ao considerarmos o usuário e suas necessidades de saúde como peça central do sistema. Entretanto, consideramos equivocada a perspectiva da centralidade sobre o indivíduo pautando-se, de forma limitada, ao controle de agravos ou condições de saúde tal como proposto por alguns modelos de gerenciamento de casos que apresentam como objetivo

principal de atuação, a busca da eficiência sob o prisma da redução de gastos com ênfase sobre a doença.

Quanto à perspectiva piramidal de configuração dos sistemas de saúde, considerando-se a sua base, representada pela atenção primária (Figura 1), e a sua maior área geográfica, representada pela abordagem deste nível de atenção à maioria das condições de saúde, tendo-o como referencial de primeiro contato preferencial com o usuário, não tem significado, necessariamente, um reforço à conotação de que a atenção primária ocupa posição de submissão ao compará-la aos demais níveis de atenção. Em contrapartida, as menores áreas geográficas que compõem a perspectiva piramidal (Figura 1) tendem a simbolizar o menor número de condições de saúde, menos frequentes, abrangidas pelos demais níveis de atenção que utilizam-se de maior densidade tecnológica para a produção do cuidado em saúde. Esta conotação permite, portanto, a compreensão do arranjo organizacional em uma perspectiva vertical sem, contudo, significar a valorização de um determinado nível de atenção em detrimento de outro.

A perspectiva horizontal de conformação dos serviços de saúde (Figura 2), entretanto, tem apontado para a dimensão da relação entre os componentes das redes de atenção sem, contudo, distinguir ou caracterizar graficamente as competências de cada espaço de prestação do cuidado ou, mesmo, uma “porta de entrada” preferencial do sistema. Esta compreensão tem objetivado a atribuição de igual valor aos elementos constituintes das redes na interlocução entre si e com o usuário, porém a literatura tem destacado experiências em que há a sobreposição de ações entre prestadores devido a modelos de cuidado e organização de serviços que não apresentam definições claras quanto à atuação de cada componente na rede.

Figura 1. Perspectiva piramidal

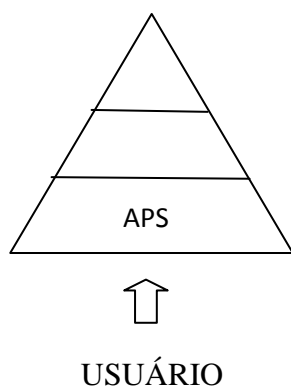
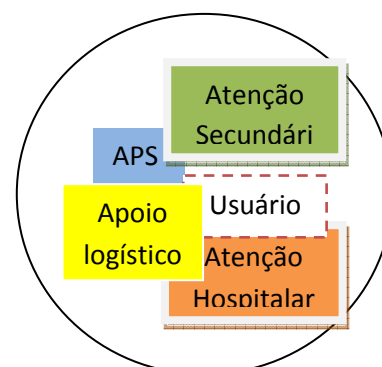


Figura 2. Perspectiva horizontal



Parece-nos crucial, portanto, a definição de fronteiras entre os níveis de atenção, ainda que flexíveis para a articulação entre si, com a delimitação de competências e a viabilização de espaços e mecanismos de interlocução entre estes apontando para a interdependência dos prestadores de cuidado frente às condições de saúde objetivando, assim, o cuidado integrado a estas condições.

Neste sentido, a rede assistencial apresenta-se como arranjo organizacional dinâmico permeado por uma dimensão física representada pela sua estrutura, equipamentos, materiais e instalações, porém envolvidos por uma dimensão intersubjetiva caracterizada pelas relações humanas e seus processos de trabalho e mediadas por tecnologias de produção do cuidado orientadas de acordo com os problemas e necessidades de saúde da população. A partir desta definição, entende-se que a utilização de termos como “ponto de atenção” limita a concepção acerca do processo de articulação entre profissionais e usuários na rede a uma condição estática de prestação do cuidado, ainda que considere-se a conexão e o fluxo de informação para a continuidade do cuidado entre estes pontos.

Neste particular, através da análise de rede social, McDonald et al (2011) apontam para elementos componentes da concepção de redes como laços (ligações ou relações) e nós (atores).

Enquanto instância de primeiro contato preferencial desta rede, a atenção primária tem desempenhado funções precípuas para a coordenação e a continuidade do cuidado. Entre estas funções propostas por McDonald (2007), a literatura destaca a avaliação inicial do usuário, o estabelecimento do seu plano de cuidado, a identificação dos participantes necessários a este cuidado bem como as ações de comunicação, monitoramento e avaliação dos resultados em saúde. No entanto, a execução de tais funções não se efetiva sem o reconhecimento e a participação dos demais componentes das redes de atenção mediadas por mecanismos ou instrumentos de integração do cuidado.

Neste particular, alguns resultados desta revisão apontam para processos de negociação e mediação de conflitos inerentes à dinâmica de interação entre atores envolvidos na gestão do cuidado em saúde. Segundo algumas experiências relatadas na literatura, o estabelecimento de mecanismos legais, produtos deste processo de negociação entre os atores, promovem a orientação do cuidado na rede assistencial conforme modelo proposto na definição das políticas de saúde.

A institucionalização destes mecanismos de integração, entretanto, deve ponderar entre a autonomia dos sujeitos e a indução a determinadas lógicas de prestação do cuidado. Em cenários de uma sociedade globalizada, organizada em redes e de amplo acesso às informações, inserida no modo de produção capitalista, e pautadas sobre valores individuais, os sistemas universais de saúde podem encontrar resistência à sua implementação. Por outro lado, mesmo os sistemas seletistas discutidos na literatura, pautados sobre o modelo médico-assistencial privatista, e orientados para a redução de custos têm lançado mão de estratégias de indução do fluxo de atenção na rede assistencial desconsiderando, em alguns casos, a opção do usuário quanto ao seu cuidado.

Outras estratégias de integração discutidas na literatura estudada consideram os mecanismos gerenciais tais como as centrais de regulação e sistemas de informação integrados representados por instrumentos como os prontuários eletrônicos, as referências e contrarreferências, guias e protocolos de gestão clínica, e ferramentas de telemedicina têm se apresentado como importantes mecanismos de integração da atenção. As ferramentas de telemedicina, por exemplo, têm permitido a aproximação entre serviços de saúde isolados e distantes geograficamente.

Alguns pontos, entretanto, devem ser alinhados para a sua efetiva implementação. Dentre os pontos levantados pela literatura, a governabilidade sobre a gestão dos serviços tem condicionado o sucesso de tais mecanismos. Um exemplo claro, refere-se às limitações para a interlocução entre serviços geridos por diferentes instâncias como governos estaduais e municipais, bem como prestadores de serviços privados.

Para tanto, os processos de planejamento integrados, com a participação efetiva dos diversos atores que compõem as redes de atenção na definição de objetivos comuns e de uma visão compartilhada podem potencializar a integração dos cuidados em saúde.

Entretanto, embora a constituição de pactos e acordos formais busque a minimização de alguns fatores de constrangimento ao estabelecimento da integração na rede de atenção, o cumprimento de tais acordos tem se mostrado dependente das relações intersubjetivas pautadas sobre o reconhecimento e a cooperação entre os componentes das redes assistenciais expressas sobre a construção de vínculos informais de confiança mútua e de reafirmação de valores compartilhados entre profissionais generalistas e especialistas, usuários, gestores e demais atores que compõem as redes.

A literatura tem destacado ainda, mecanismos de integração financeira pautados sobre o compartilhamento de orçamentos e custos entre prestadores de serviços, porém entendemos que este nível de compartilhamento guarda completa dependência quanto aos processos de negociação e mediação de conflitos entre os atores envolvidos.

Sob a ótica da integração física, a literatura tem apontado para a fusão entre serviços de diferentes níveis de atenção a partir do compartilhamento de estruturas a exemplo da alocação de profissionais de atenção primária em dependências de unidades voltadas para a atenção hospitalar ou mesmo mediante o apoio prestado por equipes matriciais em unidades de atenção primária. Tal perspectiva de integração, entretanto, mostra-se limitada quando considera-se a necessidade de aproximação dos serviços ao usuário, sobretudo aqueles que prestam atenção primária, no sentido da garantia do acesso destes ao sistema de saúde.

Dentre os desafios observados diante dos resultados apresentados nesta revisão, podemos destacar a ênfase sobre a centralidade da função coordenadora do cuidado sobre a prática médica em detrimento dos demais núcleos de conhecimento, embora alguns artigos discutam a perspectiva de atuação multidisciplinar ou apontem para a função de ligação atribuída ao profissional de enfermagem. Outro desafio considerado é a mudança dos processos de trabalho pautados sobre a formação de profissionais no contexto do modo de produção capitalista e da cultura individualista. Muitos estudos, ainda, mostraram-se limitados quanto à abordagem da perspectiva do usuário quanto à integração do cuidado.

Quanto à comparação entre os tipos de estudos, os estudos prescritivos têm complementado e confirmado grande parte dos achados dos estudos empíricos trazendo elementos de coordenação e integração do cuidado discutindo desenhos organizacionais e a posição da APS nestes bem como fornecendo argumentação acerca dos fatores financeiros, estruturais e políticos em cada contexto estudado.

Considerando as funções da atenção primária à saúde no âmbito das redes de atenção, vale ressaltar as suas limitações quanto aos aspectos conjunturais para a garantia do cuidado integrado à saúde. A descentralização ou integração de práticas a este nível de atenção sem a devida escala de escopo pode sobrecarregá-lo comprometendo o acesso e a qualidade dos serviços por ele prestados.

Seguindo o mesmo raciocínio, atribuir expectativas demasiadas aos instrumentos de integração do cuidado ou às estruturas físicas de conformação das redes vai de encontro ao

seu potencial transformador visto que tais ferramentas e estruturas não operam mudanças ao nível da subjetividades daqueles que conduzem a produção do cuidado nas redes de atenção.

Como limitações deste estudo podemos apontar a análise de artigos por revisor único limitando o processo de calibração da análise dos dados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante à organização dos serviços para o enfrentamento das condições de saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro, a literatura internacional contribui para a definição das concepções acerca das redes de atenção e da atenção primária à saúde, bem como para a tomada de decisões estratégicas quanto aos mecanismos de integração viáveis dentro do cenário nacional.

A atenção primária à saúde tem assumido função precípua de primeiro acesso preferencial aos sistemas de saúde e coordenação do cuidado em saúde com variadas experiências de implantação e desenvolvimento destes atributos em decorrência de aspectos contextuais inerentes a cada realidade. A lógica de cuidado predominante em cada contexto permite a variação funcional da APS que cumpre desde o papel racionalizador de recursos até o reordenamento do sistema de saúde. Apesar disto, limitações deste âmbito de atenção reforçam a necessidade do seu fortalecimento em um movimento contra-hegemônico de afirmação de uma nova racionalidade de prestação do cuidado pautada sob a lógica do atendimento coerente às necessidades de saúde da população.

Desta forma, a atenção primária, tomada como primeiro contato preferencial do sistema, ou atenção básica, na perspectiva da base de acesso da pirâmide constituída pelos níveis de atenção, assume função estratégica para a organização dos serviços. Tal conformação em níveis de atenção não se mostra, necessariamente, incompatível com a dimensão das relações de horizontalidade no sentido da valorização mútua entre os componentes da pirâmide. As conotações advindas de cada uma destas concepções (vertical ou horizontal) podem ser complementares visto que são limitadas quanto à explicação de toda a dinâmica que se dá dentro das redes de atenção frente a complexidade de fatores que envolvem o campo da saúde.

Neste sentido, a imagem que nos parece fornecer representação aproximada e objetiva da organização dos serviços de saúde considerando necessidades por vezes abstratas, complexas e subjetivas configura-se com tais necessidades da população ao centro e condicionando a conformação dos serviços de atenção primária, secundária e terciária de acordo com a escala e o escopo necessários, bem como apoio logístico e diagnóstico em perspectivas mais periféricas. Nos parece, entretanto, razoável que a APS ocupe posição mais aproximada do usuário dada a sua função de coordenação aos demais serviços.

Cabe a esta configuração, entretanto, considerar aspectos subjetivos da inter-relação e da composição de forças entre os seus componentes mediadas por esforços de negociação, mediação, aproximação e pela construção de valores compartilhados entre estes.

Neste particular, estratégias, mecanismos ou ferramentas de integração, embora não garantam a integração dos serviços em si mesmo, contribuem para a operacionalização do cuidado de forma integrada. Consideramos pertinentes ao contexto nacional, mecanismos de planejamento e pactuação compartilhados, ferramentas administrativas, gerenciais e organizacionais, instrumentos de comunicação e informação, elementos da relação intersubjetiva que perpassam os valores de confiança e interesses dos atores envolvidos. Consideramos contraditório, entretanto, a integração estrutural que congrega generalistas em ambientes de atenção hospitalar. Neste caso, os generalistas tendem a não agregar economia de escala com proximidade à população.

Como desafios elencamos o fortalecimento da APS a partir da formação generalista, a ampliação da atuação de coordenação do cuidado para além do profissional médico, a autonomia e a governabilidade das regiões para o desenvolvimento de ações integradas, bem como a mudança de um modelo hegemônico, pautado sobre práticas assistencialistas e curativas centradas sobre o saber médico especializado e sobre a atenção hospitalar.

Faz-se necessário, portanto, a exploração das concepções aqui levantadas em estudos empíricos que investiguem o papel desempenhado pela APS na organização dos serviços em cada contexto, abordando as estratégias ou mecanismos de integração quanto à sua efetividade para a integração do cuidado em saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECÍLIO, L. C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

DAWSON, L. P. Informe Dawson sobre El Futuro de Los Sevicios Medicos y Afines. Gran Bretaña. 1920.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):633-641, 2006

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. RJ: FIOCRUZ, 2009, p. 575-626.

GREEN S, HIGGINS JPT (editors). Chapter 2: Preparing a Cochrane review. In: Higgins JPT, Green S (editors). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 2008.

KUSCHNIR R, LIMA LD, BAPTISTA TWF, MACHADO CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Graboio V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.121-151. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12546&Tipo=B>

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. RJ: FIOCRUZ, 2009, p. 107-140.

LOPES, R.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.V. ; HARTZ, Z. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. (2002a). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S 283-S297, 2004.

MCDONALD KM, et al. Care Coordination. Vol 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. **Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies**. Technical Review 9 (Prepared by the Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center under contract 290-02-0017). **AHRQ Publication** No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2007.

MEDINA, M.G. O Contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso. **Tese** (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2006.

MEDINA, MG, HARTZ, ZMA. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1153-1167, mai, 2009.

MENDES, E.V. Redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. **Contribuições para o debate**. Brasília-DF. 2010.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. RJ: FIOCRUZ, 2009, p. 547-573.

PAIM, J.S. TRAVASSOS, C. Almeida, C. Bahia, L. Macinko, J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Séries. 2011, p. 11-31.

ROVERE, M. R. Redes em salud; Um nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones e la comunidad. Rosario: **Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR**, Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

8. APÊNDICES

APÊNDICE I

DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO

Entende-se que a natureza metodológica do estudo em questão dispensa a elaboração de termo de consentimento por se tratar de uma revisão de literatura sem coleta de dados de natureza empírica.

APENDICE II - MATRIZ DE ARTIGOS SELECIONADOS

Autor, ano de publicação, título, revista, vol. e pág.	Resumo
<p>ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.</p>	<p>This article analyzes the development of instruments for coordination between the Family Health Strategy and other levels in the health system, with a focus on measures to promote coordination linked to the "integration among levels of care". The results of case studies in four large cities indicate the presence of mechanism for integration among levels of care, suggesting concern with guaranteeing comprehensive care. The principal strategies identified here were: creation and strengthening of regulatory structures in the Municipal Health Secretariats and family health units with decentralization of roles to the local level, organization of flows, electronic patient charts, and expansion in the supply of specialized services at the municipal level. However, lack of integration among different providers, insufficient formal flows for hospital care, and absence of policies for medium complexity care were detected as barriers to the guarantee of comprehensive care, making the network's integration incomplete.</p>
<p>MCALEARNEY, J. S.; MCALEARNEY, A. S. Community Health Center Integration: Experience in the State of Ohio. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 17 (2006): 55-64.</p>	<p>In the face of severe financial challenges and demands to improve quality and service to patients, many community health centers (CHCs) have aligned or integrated with other CHCs, physician groups, or hospitals. Yet the nature of and rationale for these organizational decisions are not well understood. Our research applied an organizational theoretical framework to test whether strategic adaptation theory or institutional theory best describes the integration activity of CHCs in Ohio. We collected primary data from case studies of seven CHCs selected for geographic representation and studied December 2000-January 2001. Semi-structured interviews and a case study database supported our chain of evidence. We found that CHC integration activity was substantial (five of seven CHCs integrated) and extremely varied. Consistent with strategic adaptation theory, we determined that CHC integration actions were predominantly center-specific, rational responses to environmental challenges and were initiated to improve operations or financial performance. Rarely did CHCs initiate major organizational change merely to mimic other CHC actions, as might have been expected of highly institutionalized organizations. Understanding the basis for CHCs' strategic decisions while monitoring financial health will remain critical as lawmakers and administrators work to develop policies that both maintain progress made and improve primary care access for the poor, the uninsured, and those with special health care needs served by these important safety net providers.</p>

MOUNIER-JACK, S. et al. Critical interactions between Global Fund-supported programmes and health systems: a case study in Lao People's Democratic Republic. **Health Policy and Planning** 2010;25:i37-i42.

In Lao PDR, the HIV and TB programmes remain vertical and mostly weakly integrated with the general health system. However, Global Fund investments have extended the network of facilities delivering care at local level, resulting in greater integration with primary care and improved access for patients, particularly for TB. For HIV, as the prevalence remains low, services primarily target high-risk groups in urban areas. Less integrated functions include procurement and drug supply, and monitoring and evaluation. HIV and TB programmes are only starting to coordinate with each other. Global Fund-supported activities are generally integrated within the national disease programmes, except for monitoring and evaluation. In Lao PDR, the HIV and TB programmes remain vertical and mostly weakly integrated with the general health system. However, Global Fund investments have extended the network of facilities delivering care at local level, resulting in greater integration with primary care and improved access for patients, particularly for TB. For HIV, as the prevalence remains low, services primarily target high-risk groups in urban areas. Less integrated functions include procurement and drug supply, and monitoring and evaluation. HIV and TB programmes are only starting to coordinate with each other. Global Fund-supported activities are generally integrated within the national disease programmes, except for monitoring and evaluation. Synergies of Global Fund support with the health system include improved access to services, institutional strengthening and capacity building, improved family planning (with wider condom distribution through HIV/AIDS social marketing programmes), and the delivery of add-on interventions, such as vaccinations and health education, alongside Global Fund-supported interventions at community level. Unintended consequences concern the lack of alignment between national stated priorities (maternal and child health) and the strong focus of external partners, such as the Global Fund, on financing communicable disease programmes.

JIWANI, I.; FLEURY, M. Divergent modes of integration: Canadian way. **International Journal of Integrated Care** – Volume 11, 2011, 16 May.

AB Introduction: The paper highlights key trajectories and outcomes of the recent policy developments toward integrated health care delivery systems in Quebec and Ontario in the primary care sector and in the development of regional networks of health and social services. It particularly explores how policy legacies, interests and cultures may be mitigated to develop and sustain different models of integrated health care that are pertinent to the local contexts. Policy developments: In Quebec, three decades of iterative developments in health and social services evolved in 2005 into integrated centres for health and social services at the local levels (CSSSSs). Four integrated university-based health care networks provide ultra-specialised services. Family Medicine Groups and network clinics are designed to enhance access and continuity of care. Ontario's Family Health Teams (2004) constitute an innovative public funding for private delivery model that is set up to enhance the capacity of primary care and to facilitate patient-based care. Ontario's Local Health Integration Networks (LHINs) with autonomous boards of provider organisations are intended to coordinate and integrate care. Conclusion: Integration strategies in Quebec and Ontario yield clinical autonomy and power to physicians while simultaneously making them key partners in change. Contextual factors combined with increased and varied forms of physician remunerations and incentives mitigated some of the challenges from policy legacies, interests and cultures. Virtual partnerships and accountability agreements between providers promise positive but gradual movement toward integrated health service systems.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.991-1004, 2011.

This study aimed at examining the primary healthcare model in Florianópolis (Southern Brazil), based on the implementation of the Estratégia Saúde da Família (ESF - Family Health Strategy), and also at analyzing its possibilities of conducting the health system organization regarding the integration to the service network with care coordination, from the perspective of the involved social actors. A case study was utilized as methodology, with quantitative and qualitative approaches, in which 789 families, 18 administrators/managers and 343 professionals answered a questionnaire. The analysis of the model was based on the following dimensions: position of the family health strategy in the care network; mechanisms for integration of the healthcare network; availability and use of information about the provided care; and integration of the ESF with public health programs and health surveillance actions. The results showed that more progress is needed to achieve these dimensions so that this becomes a strategy to reorganize the Sistema Único de Saúde (SUS - Brazil's National Health System), with some impact on the conversion

of the care model. Strengthening the Family Health Strategy in the position of preferred entrance door integrated to the network, with regulated referrals to specialized care, indicates future potential to reorient the organization of the system.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(3):783-794.

The article analyzes the implementation of the Family Health Strategy (FH) and discusses its potential to guide the organization of the Unified Health System in Brazil, based on the integration of FH to the health care network and intersectorial action, crucial aspects of a comprehensive primary health care. Four case studies were carried out in cities with high FH coverage (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), using as sources: semi-structured interviews with managers and surveys with health care professionals and registered families. The integration analysis highlighted the position of FH Strategy in the health services network, the integration mechanisms and the availability of information for continuity of care. Intersectoriality was researched in relation to the fields of action, scope, sectors involved, presence of forums, and team initiatives. The results point to advances in the integration of FH to the health care network, strengthening basic services as services that are regularly sought and used as a preferential first contact services, although there are still problems in the access to specialized care. The intersectorial initiatives were broader when defined as integrated municipal government policy for the construction of interfaces and cooperation between the diverse sectors.

SOUTHERN, D. M. et al. Integration of primary health care services: perceptions of Australian general practitioners, non-general practitioner health service providers and consumers at the general practice – primary care interface. *Evaluation and Program Planning* 25 (2002) 47-59.

Introduction. In conjunction with GPs reporting on their own practice experiences, the experiences of non-GP health professionals and consumer representatives working at the primary care-general practice interface provide valuable considerations for exploring concepts for the development of a GP Integration Index relevant to Australian General Practice. Objectives. To identify concepts that GPs, non-GP health service providers and consumer representatives perceive to be important in facilitating a well integrated approach to delivering primary care, and how these are perceived to be occurring in practice. Method. Group discussions about GP integration were elicited using concept mapping with four groups of GPs and seven groups of health professionals and consumer representatives, purposively selected for diversity in demographic location and practice setting from three Australian States. From Victoria, 19 GPs from two different types of practice settings, 12 Consumer Representatives from 10 separate organisations, 17 Hospital Administrators from 16 major public and private hospitals, 18 specialist doctors representing 12 specialist organisations and 13 Community Service Providers. From Queensland, 13 rural GPs and 22 Nurses representing 10 separate nursing groups were selected. From Western Australia, 19 GPs representing a mix of solo practice, group practice and hospital settings, and 40 Allied Health providers representing various private practitioners and hospital and community centre based allied health practitioners. Concept mapping results from the groups were pooled and analysed using a descriptive meta-matrix to identify overarching themes. Results. Eight overarching themes were identified from consolidated concept maps: GP role; quality outcomes; practice management/ accessibility; communication and networks; health care system Politics; education and knowledge; personal attributes and attitudes; and lifestyle. Within these major themes, clusters of concepts rated as at least 'important for patient care' included various non-clinical aspects of primary care delivery. There was emphasis on a patient-centred and holistic care approach. Strongly advocated by all groups was the need for teamwork between GPs and other health care professionals involved in primary care of the patient. Conclusion. The use of concept mapping was successful in ensuring that the breadth of the topic was explored in its entirety among these groups, contributing to the identification of the dimensions of the concept of GP-integration. Findings from these groups will be pooled and subjected to structural equation modelling processes, to develop a general practice integration index relevant to the Australian setting.

MASSO, M.; OWEN, A. Linkage, coordination and integration: Evidence from

Objective: Review the findings from the evaluations of three rural palliative care programs. Design: Review by the authors of the original material from each evaluation. The conceptual framework for the review was provided by the work of Leutz, including his distinction between linkage, coordination and full integration. Setting: Community-based palliative care in rural Australia. Interventions: Fifteen projects across all six states of Australia that focused on integration between general practitioners and other community-based health providers. Results: The

rural palliative care. **Australian Journal of Rural Health**, 2009;17:263–267.

projects set out to improve networking and collaboration between providers; improve coordination and integration of care for patients; reduce duplication of services; and achieve a multidisciplinary, collaborative approach to palliative care. The most common interventions were establishment of formal governance structures, provision of education programs, case conferencing, dissemination of information, development of formal arrangements, development of protocols and use of common clinical assessment tools. The terms 'integration' and 'coordination' were used frequently but without clear definitions. Coordination required someone specifically designated to do the coordinating, usually a nurse. Formal arrangements to improve linkage and coordination were difficult to maintain. The main mechanism to achieve full integration was the development of common clinical information systems. Conclusions: The 'laws' proposed by Leutz and the concepts of linkage, coordination and full integration provide a useful framework to understand the barriers to integrating GPs and other health providers. It is important to be clear on what level of integration is required. Improving links might be sufficient (and realistic), rather than striving for full integration.

KATARZYNA, K. Managed care and a process of integration in health care sector: A case study from Poland. **Health Policy**. 84 (2007) 308 – 320.

The aim of the paper is to explore a causal nexus between contract type (financing rules and scale of responsibilities) and tendency towards integration between Polish health care providers. For more than 40 years Polish health care sector structures were fully integrated. The law introduced in 1991 initiated development of a system of contracts between public payer and the independent medical services' providers. After a few years, new legislation enabled much faster movement from an integrated model of provision towards separating a public 'third party payer' from health services providers. After reforms in 1999, in the context of poor enforcement mechanisms, unit financing rules proved to be one of the weaknesses of the Polish health care system. By enhancing a structure-disintegrating process, cost-per-case contracts destroyed those of organizational and professional networks (both formal and informal ones) which could guarantee coordinated, continuous and high quality health care for people. On the other hand, in 2002, 2 of the 17 Sickness Funds implemented contractual arrangements typical for the managed care system. The primary care providers who realized pilot experiment, took on responsibility for coordinating treatment of the enrolled patients and for management of financial resources assigned for the health care packages broader than usual in Poland. Capitation payment was the major technique of financing those providers. Using a case study descriptive analysis, it is argued here that capitation prospective payment for wide packages of health care may encourage spontaneous (bottom-up) integration between primary and secondary care providers.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1081-1096, 2011.

Strengthening the role of the general practitioner in the conduction and coordination of specialized, inpatient and social care to ensure the continuity is a trend observed in recent health reforms in European countries. In Germany, from the second half of the 1990s, driven by economic pressures, a specific legislation and initiatives of the providers themselves have developed new organizational structures and care models for the purpose of the integration of the health care system and the coordination of health care in the form of: physicians networks, practitioner coordinator model, diseases management programs and integrated care. From a literature review, document analysis, visits to services and interviews with key informants, this paper analyzes the dynamics of these organizational changes in the German outpatient sector. The mechanisms of integration and coordination proposed are examined, and the potential impacts on the efficiency and quality of new organizational arrangements are discussed. Also it is analyzed the reasons and interests involved that point out the obstacles to the implementation. It was observed the process of an incremental reform with a tendency of diversification of the healthcare panorama in Germany with the presence of integrated models of care and strengthening the role of general practitioners in the coordination of patient care.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema

This article examines the causes of the segmentation/fragmentation in the healthcare process and the benefits of the constitution of networks set up to rationalize expenditures, optimize resources and ensure care tailored to the needs of the users. Its main purpose is to analyze the current challenges facing Brazil's Unified Health System, in order to promote improved integration between services. Among the challenges, those related to the insufficiency of resources due to low public funding, the training and education processes and their effects on the availability of health professionals to work in the public health system and the difficulties in the decentralization of health services and actions in the context of

Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011; 16(6):2753-2762.

the Brazilian Federation Pact should be stressed. The paper concludes that, besides the efforts to tackle these challenges, the organization of regionalized networks integrated with the Unified Health System also depends on the improvement of intergovernmental management in the health regions to bolster the agreement on responsibilities among the government areas and the qualification of primary healthcare to coordinate care and ensure its continuity at other levels of the system.

VEDEL, I. et al. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. **International Journal of Integrated Care** – Volume 11, 2011, 7 March.

Introduction: Québec's rapidly growing elderly and chronically ill population represents a major challenge to its healthcare delivery system, attributable in part to the system's focus on acute care and fragmented delivery.

Description of policy practice: Over the past few years, reforms have been implemented at the provincial policy level to integrate hospital-based, nursing home, homecare and social services in 95 catchment areas. Recent organizational changes in primary care have also resulted in the implementation of family medicine groups and network clinics. Several localized initiatives were also developed to improve integration of care for older persons or persons with chronic diseases.

Conclusion and discussion: Québec has a history of integration of health and social services at the structural level. Recent evaluations of the current reform show that the care provided by various institutions in the healthcare system is becoming better integrated. The Québec health care system nevertheless continues to face three important challenges in its management of chronic diseases: implementing the reorganization of primary care, successfully integrating primary and secondary care at the clinical level, and developing effective governance

and change management. Efforts should focus on strengthening primary care by implementing nurse practitioners, developing a shared information system, and achieving better collaboration between primary and secondary care.

LIN, B.Y. Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan. **BMC Health Services Research**, 2007 Jun; 19;7:90.

Background: Taiwan's primary community care network (PCCN) demonstration project, funded by the Bureau of National Health Insurance on March 2003, was established to discourage hospital shopping behavior of people and drive the traditional fragmented health care providers into cooperate care models. Between 2003 and 2005, 268 PCCNs were established. This study profiled the individual members in the PCCNs to study the nature and extent to which their network infrastructures have been integrated among the members (clinics and hospitals) within individual PCCNs.

Methods: The thorough questionnaire items, covering the network working infrastructures – governance, clinical, marketing, financial, and information integration in PCCNs, were developed with validity and reliability confirmed. One thousand five hundred and fifty-seven clinics that had belonged to PCCNs for more than one year, based on the 2003–2005 Taiwan Primary Community Care Network List, were surveyed by mail. Nine hundred and twenty-eight clinic members responded to the surveys giving a 59.6 % response rate.

Results: Overall, the PCCNs' members had higher involvement in the governance infrastructure, which was usually viewed as the most important for establishment of core values in PCCNs' organization design and management at the early integration stage. In addition, it found that there existed a higher extent of integration of clinical, marketing, and information infrastructures among the hospital-clinic member relationship than those among clinic members within individual PCCNs. The financial infrastructure was shown the least integrated relative to other functional infrastructures at the early stage of PCCN formation.

Conclusion: There was still room for better integrated partnerships, as evidenced by the great variety of relationships and differences in extent of integration in this study. In addition to provide how the network members have done for their initial work at the early stage of network forming in this study, the detailed surveyed items, the concepts proposed by the managerial and theoretical professionals, could be a guide for those health care providers who have willingness to turn their business into multi-organizations.

LUDWICK, D. A. et al. Evaluation of a Telehealth Clinic as a means to facilitate dermatologic consultation: Pilot Project to Assess the efficiency and experience of teledermatology used in a Primary Care Network. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, 2010 Jan-Feb;14(1):7-12.

Primary care offices spend considerable time coordinating the specialist referral process. Patients experience long wait times for consultation and intervention.

OBJECTIVE: To determine if telehealth combined with interdisciplinary team-based care can reduce wait times for dermatologic consultation while making the consultation process easier for physicians.

METHODS: Retrospective chart reviews as well as patient, referring physician, nonreferring physician, clinic physician, nurse, and teledermatologist interviews were used to evaluate the clinic. A comparative immersion approach generated themes from field notes. Wait times, appointment times, and encounter durations were measured.

RESULTS: Twenty-eight patients were seen (23 had previous specialist referral experience) within 1 week of referral compared to a wait period of 104 days for conventional referral. Patients requiring intervention were treated within 1 week of their initial appointment. Referring practitioners were concerned that they would lose control of patients' care. An easier referral process and faster intakes met physician expectations.

CONCLUSIONS: Teledermatology improves the timeliness of appointments. Patients forgo face-to-face appointments if alternatives are available sooner. Physicians are concerned about their own liability if dermatologists do not assess the patient in person but will refer through teledermatology when patients are seen faster and they remain in control of the care process.

1. GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009;14(3):783-794.

The article analyzes the implementation of the Family Health Strategy (FH) and discusses its potential to guide the organization of the Unified Health System in Brazil, based on the integration of FH to the health care network and intersectorial action, crucial aspects of a comprehensive primary health care. Four case studies were carried out in cities with high FH coverage (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), using as sources: semi-structured interviews with managers and surveys with health care professionals and registered families. The integration analysis highlighted the position of FH Strategy in the health services network, the integration mechanisms and the availability of information for continuity of care. Intersectoriality was researched in relation to the fields of action, scope, sectors involved, presence of forums, and team initiatives. The results point to advances in the integration of FH to the health care network, strengthening basic services as services that are regularly sought and used as a preferential first contact services, although there are still problems in the access to specialized care. The intersectorial initiatives were broader when defined as integrated municipal government policy for the construction of interfaces and cooperation between the diverse sectors.

FAIRCHILD, D. G. et al. Survey of primary care physicians and home care clinicians. **Journal of General Internal Medicine**, 2002 Apr;17(4):253-61.

CONTEXT: Providing home care in the United States is expensive, and significant geographic variation exists in the utilization of these services. However, few data exist on how well physicians and home care providers communicate and coordinate care for patients.

OBJECTIVE: To assess communication and collaboration between primary care physicians (PCPs) and home care clinicians (HCCs) within 1 primary care network.

DESIGN: Mail survey.

SETTING: Boston.

PARTICIPANTS: Sixty-seven PCPs from 1 academic medical center-affiliated primary care network and 820 HCCs from 8 regional home care agencies.

MEASUREMENTS: Provider responses

RESULTS: Ninety percent of PCPs and 63% of HCCs responded. The majority (54%) of PCPs reported that they only "rarely" or "occasionally" read carefully the home care order forms sent to them for signature. Further, when asked to rate their prospective involvement in the decision making about home care, only 24% of PCPs and 25% of HCCs rated this as "excellent" or "very good." Although more HCCs (79%) than PCPs (47%) reported overall satisfaction with communication and collaboration, 28% of HCCs felt they provided more services to patients than

clinically necessary.

CONCLUSIONS: PCPs from 1 provider network and the HCCs with whom they coordinate home care were both dissatisfied with many aspects of communication and collaboration regarding home care services. Moreover, neither group felt in control of home care decision making. These findings are of concern because poor coordination of home care may adversely affect quality and contribute to inappropriate utilization of these services.

LIAU, C. et al. Partnership disengagement from primary community care networks (PCCNs): A qualitative study for a national demonstration project. **BMC Health Services Research** 2010, 10:87.

The Primary Community Care Network (PCCN) Demonstration Project, launched by the Bureau of National Health Insurance (BNHI) in 2003, is still in progress. Partnership structures in PCCNs represent both contractual clinic-to-clinic and clinic-to-hospital member relationships of organizational aspects. The partnership structures are the formal relationships between individuals and the total network. Their organizational design aims to ensure effective communication, coordination, and integration across the total network. Previous studies have focused largely on how contractual integration among the partnerships works and on its effects. Few studies, however, have tried to understand partnership disengagement in PCCNs. This study explores why some partnerships in PCCNs disengage.

METHODS: This study used a qualitative methodology with semi-structured questions for in-depth interviews. The semi-structured questions were pre-designed to explore the factors driving partnership disengagement. Thirty-seven clinic members who had withdrawn from their PCCNs were identified from the 2003-2005 Taiwan Primary Community Care Network Lists.

RESULTS: Organization/participant factors (extra working time spend and facility competency), network factors (partner collaboration), and community factors (health policy design incompatibility, patient-physician relationship, and effectiveness) are reasons for clinic physicians to withdraw or change their partnerships within the PCCNs.

CONCLUSIONS: To strengthen partnership relationships, several suggestions are made, including to establish clinic and hospital member relationships, and to reduce administrative work. In addition, both educating the public about the concept of family doctors and ensuring well-organized national health policies could help health care providers improve the integration processes.

SANTOS, J. S. et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: A support for the health care network and regulatory system. **Acta Cirúrgica Brasileira**, 2008; 23 Suppl 1:133-42; discussion 142.

PURPOSE: Clinical interventions and controlled access to the health care system can be improved by a Regulatory System (RS) and Clinical and Regulatory Protocols (CRPs). The objective of the present paper is to present the methodology used for elaborating the CRPs.

METHODS: The process used to elaborate the CPRs involved a scientific co-operation between university and health care system. Workshops were held and attended by primary care practitioners, RS team, and matrix team (university specialists supporting primary care practitioners).

RESULTS: The treatment of jaundice in adults and elderly subjects is amongst the themes selected for elaborating the CRPs since jaundice is a medical sign frequently seen in four clinical scenarios involving distinctive diagnostic and therapeutic interventions which can be performed in different health care settings. Evaluation guidelines as well as the clinical and regulatory procedures were established for different health care settings. The most relevant clinical and regulatory interventions were expressed as algorithms in order to facilitate the use of CRPs by health care practitioners.

CONCLUSION: It is expected that the implementation of this protocol will minimise the imbalance between the icteric patients' needs and the treatment modalities being offered, thus contributing to a more co-operative health care network.

WEGNER, S. E. et al. A medical home for children with insulin-dependent diabetes: comanagement by primary and subspecialty

OBJECTIVE:

The purpose of this work was to examine pediatricians' and endocrinologists' views about management for routine preventive and acute care, diabetes-specific care, and family education and care coordination for children with insulin-dependent diabetes.

METHODS:

We conducted a mixed-mode survey of all of the pediatricians in 1 medicaid managed care network and all of the pediatric and adult endocrinologists who treat children with diabetes in North Carolina.

physicians--convergence and divergence of opinions. **Pediatrics**, 2008 Aug;122(2):e383-7.

RESULTS:

Of the 201 pediatricians surveyed, 132 responded (65%). Among the 61 endocrinologists who treat children, 59% replied. Nearly all of the respondents agreed that primary care physicians should have responsibility for routine primary care (eg, well-child checkups, treating minor illnesses or injuries, and immunizations). Likewise, large majorities favored endocrinologists as leads for diabetes-specific care (eg, 94% for training in use of an insulin pump and 82% for training in use of a glucometer). Many generalists and subspecialists reported that specific aspects of diabetes care should be comanaged (eg, 31% for tracking of hemoglobin A1c). However, large proportions of pediatricians and endocrinologists expressed differing opinions about the primary responsibility for family education and care coordination and for specific diabetes services. For example, 80% of endocrinologists saw subspecialists as leads for monitoring blood sugar levels, whereas 52% of pediatricians favored comanagement.

CONCLUSIONS:

An effective medical home model of care depends on establishing clear lines of responsibility between the primary care physician and subspecialist. Our findings suggest that primary care physicians and subspecialists agree on who should lead most aspects of care for patients with insulin-dependent diabetes and that some aspects of care should be comanaged. However, primary care physicians and subspecialists did not agree either between or within disciplines on who should be more responsible for the basic aspect of monitoring of blood sugar levels. Approaches that recognize the appropriate division of care between primary care physicians and subspecialists, facilitate comanagement when it is needed, and reward the collaboration required to provide medical homes for patients should be investigated as models of care.

FERRER, R. L.; HAMBIDGE, S. J.; MALY, R. C. The Essential Role of Generalists in Health Care Systems. **Annals of Internal Medicine**, 2005;142:691-699.

Viewing primary care as merely one of the many niches in individual patient care fosters a narrow perspective that neither accounts for the full value of primary care nor offers proper guidance for reforming it. Instead, a systems view better articulates primary care's essential role in increasing the effectiveness and efficiency of other health care services. Primary care improves health care system functioning through such services as managing and triaging undifferentiated symptoms, matching patient needs to health care resources, and enhancing the system's ability to adapt to new circumstances. By acting as an appropriate filter for high-technology care, primary care helps ensure that it is appropriately applied, a major determinant of outcomes. Furthermore, because primary care is the most financially and geographically accessible arm of the health care system, it reduces socioeconomic and geographic disparities across the population. Even in the de facto health system that exists in the United States, these functions are necessary for the efficient, equitable, and sustainable delivery of health care and the adaptability and resilience of the system as a whole. As primary care reforms proceed, it will be important to explicitly consider how to support and strengthen its system-level benefits. Needed reforms include enabling universal access to primary care and providing the leadership, training, and infrastructure support to improve its performance as a central hub in the network of patients, clinicians, and communities. It is important that health systems realize the essential integrative function of primary care.

PAULA, J. S. et al. Clinical and regulatory protocols for the management of impaired vision in the public health care network. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, 2011 Jun;74(3): 175-9.

PURPOSE:

To describe the procedures used in developing Clinical and Regulatory Protocols for primary care teams to use in the management of the most common scenarios of impaired vision in Southern Brazil.

METHODS:

A retrospective review of 1.333 referral forms from all primary care practitioners was performed in Ribeirão Preto city, during a 30-day period. The major ophthalmic diagnostic categories were evaluated from those referrals forms. The Clinical and Regulatory Protocols development process was held afterwards and involved scientific cooperation between a university and the health care system, in the form of workshops attended by primary care practitioners and regulatory system team members composed of health care administrators, ophthalmologists, and professors of ophthalmology and social medicine.

RESULTS:

The management of impaired vision was chosen as the theme, since it accounted for 43.6% of the ophthalmology-related referrals from primary care providers of Ribeirão Preto. The Clinical and Regulatory Protocols developed involve distinctive diagnostic and therapeutic interventions that can be performed at the primary care level and in different health care settings. The most relevant clinical and regulatory interventions were expressed as algorithms in order to facilitate the use of the Clinical and Regulatory Protocols by health care practitioners.

CONCLUSIONS:

These Clinical and Regulatory Protocols could represent a useful tool for health systems with universal access, as well as for health care networks based on primary care and for regulatory system teams. Implementation of these Clinical and Regulatory Protocols can minimize the disparity between the needs of patients with impaired vision and the treatment modalities offered, resulting in a more cooperative health care network.

WEINER, S. J. et al. Processes for effective communication in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 2005 Apr 19;142(8):709-14.

Communication in the delivery of health care services occurs along 2 axes: between providers and patients and among several providers. In primary care, a principle objective in the provider-patient relationship is facilitating whole-person care, which is care provided in the context of family and community. In addition, primary care emphasizes communication between the primary care physician and other providers with the goal of integrated care, or care provided in the context of a patient's overall health care needs. However, considering both the U.S. health care delivery system and medical education programs, several obstacles interfere with the necessary processes of communication. This paper addresses those obstacles with a conceptual framework for effective communication in primary care. Recommendations propose formalizing requirements for the exchange of information among providers, enhancing communication training, disseminating information technology, and mitigating external factors that disrupt communication in primary care.

SANDS, D.Z.; RIND, D.M.; SAFRAN, C. Dissemination of electronic patient records using primary care referrals as a vector for change. *Stud Health Technol Inform*. 2001;84(Pt 1):685-9.

The Online Medical Record (OMR) is a full-featured shared electronic patient record in use since 1989 at Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston. The first practice to use the OMR was a primary care practice. We observed the pattern of voluntary adoption of the OMR and the referral patterns from primary care to specialists. Adoption of the OMR among specialists has accelerated in recent years, in many cases mirroring the referral patterns from primary care to specialists. We hypothesize that referral of patients from primary care providers to specialists exposes these specialists to the benefits the electronic patient record and may promote the use of this technology. We conclude that these referral patterns provide a vector for the dissemination of electronic patient records. The important lesson is that EPR implementation in a health care network should begin with primary care to ensure the most efficient diffusion of this technology throughout the enterprise.

HARDY, R. et al. Montana Primary Care Providers' Access to and Satisfaction With Pediatric Specialists When Caring for Children With Special Health Care Needs. *The Journal of Rural Health* 29 (2013) 224-232

Purpose: Primary care providers (PCPs) of children with special health care needs (CSHCN) in rural areas face challenges in accessing specialty care to support a patient-centered medical home. This study assessed the practice characteristics and attitudes regarding pediatric specialty care among Montana PCPs of CSHCN.

Methods: We surveyed 433 Montana PCPs identified through a statewide registry. Demographic and practice information was collected, including the proportion of time spent on CSHCN care coordination. A 5-point Likert scale was used to calculate mean need scores for each pediatric specialty, access to these specialties, and barriers to care. Results were analyzed separately for pediatricians and family physicians, as well as rural and urban providers, using χ^2 , t tests, and Mann-Whitney tests.

Results: Of the PCPs surveyed, 386 had a valid address and were currently practicing in Montana, 112 (29%) responded, and 91 provided care to CSHCN (averaged 29% of time spent in CSHCN care coordination). Child psychiatry (4.1) and developmental/behavioral pediatrics (3.7) were identified as the most needed specialties, yet they scored lowest in access to care (2.2 and 2.6, respectively). The most important rated specialist characteristics were quality (4.1), availability (3.5), and communication skills (2.8). Among the top barriers to care, lack of appropriate specialists was identified by 82% of PCPs.

Conclusions: Specialty care delivery for CSHCN in rural areas such as Montana should focus on matching availability with the identified need

<p>EHRLICH, C. et al. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. Contemporary Nurse (2012) 42(1): 67–75.</p>	<p>for specialty services, and ensuring that systems of communication between PCPs and specialists support the care coordination function of PCPs. People with complex chronic conditions frequently need to navigate their own way through and around a fragmented and siloed health care system. Care coordination is a defining principle of primary care and is frequently proposed as a solution to this problem. However, care coordination requires more time and effort than primary care physicians alone have the capacity to deliver. Although registered nurses (RNs) are skilled team members who can be included in the delivery of coordinated patient care, any model of care coordination that involves RNs needs to fit within the existing health care delivery system. In this study, which used qualitative techniques based on grounded theory and included face-to-face interviews and open coding and theoretical sampling until data saturation was achieved, and which was one component of a larger action research study, we aimed to gain an understanding of the difference between usual chronic condition care and the work of chronic condition care coordination. The researchers interviewed general practitioners and RNs from various general practice sites who were actively coordinating care. Four unique processes were found to define care coordination implementation, namely: (1) moving beyond usual practice by spanning boundaries; (2) relationship-based care; (3) agreed roles and routines among relevant parties; and (4) committing to chronic condition care coordination. The findings suggested that existing professional and organisational cultures required negotiation before care coordination could be integrated into existing contexts. The challenge, however, seems to be in acknowledging and overcoming professional practice boundaries that define existing care through reflective practice and shared resourcing.</p>
<p>CALMAN, N. S. et al. Primary Care and Health Reform. MOUNT SINAI JOURNAL OF MEDICINE 79:527–534, 2012.</p>	<p>Skyrocketing health care costs are burdening our people and our economy, yet health care indicators show how little we are achieving with the money we spend. Federal and state governments, along with public-health experts and policymakers, are proposing a host of new initiatives to find solutions. The Patient Protection and Affordable Care Act is designed to address both the quality and accessibility of health care, while reducing its cost. This article provides an overview of models supported by the Affordable Care Act that address one or more goals of the “Triple Aim”: better health care for individuals, better health outcomes in the community, and lower health care costs. The models described below rely on the core principles of primary care: comprehensive, coordinated and continuous primary care; preventive care; and the sophisticated implementation of health information technology designed to promote communication between health care providers, enhance coordination of care, minimize duplication of services, and permit reporting on quality. These models will support better health care and reduced costs for people who access health care services but will not address health outcomes in the community at large. Health care professionals, working in concert with community-based organizations and advocates, must also address conditions that influence health in the broadest sense to truly improve the health of our communities and reduce health care costs.</p>
<p>JORTBERG, B. T. et al. Patient-Centered Medical Home: How It Affects Psychosocial Outcomes for Diabetes. Curr Diab Rep (2012) 12:721–728</p>	<p>Fragmentation of the current U.S. health care system and the increased prevalence of chronic diseases in the U.S. have led to the recognition that new models of care are needed. Chronic disease management, including diabetes, is often accompanied by a myriad of associated psychosocial issues that need to be addressed as part of a comprehensive treatment plan. Diabetes care should be aligned with comprehensive whole-person health care. The patient-centered medical home (PCMH) has emerged as a model for enhanced primary care that focuses on comprehensive integrated care. PCMH demonstration projects have shown improvements in quality of care, patient experience, care coordination, access to care, and quality measures for diabetes. Key PCMH transformative features associated with psychosocial issues related to diabetes reviewed in this article include integration of mental and behavioral health, care management/coordination, payment reform, advanced access, and putting the patient at the center of health care. This article also reviews the evidence supporting comprehensive and integrated care for addressing psychosocial issues associated with diabetes in the medical home.</p>
<p>CUNNINGHAM, P. et al. Safety-Net Providers In Some US Communities Have Increasingly Embraced</p>	<p>Safety-net organizations, which provide health services to uninsured and low-income people, increasingly are looking for ways to coordinate services among providers to improve access to and quality of care and to reduce costs. In this analysis, a part of the Community Tracking Study, we examined trends in safety-net coordination activities from 2000 to 2010 within twelve communities in the United States and found a notable increase in such activities. Six of the twelve communities had made formal efforts to link uninsured people to medical homes and coordinate care with specialists in 2010, compared to only two communities in 2000. We also identified key attributes of safety-net coordinated</p>

Coordinated Care Models.
HEALTH AFFAIRS 31,
NO. 8 (2012): 1698–1707

care systems, such as reliance on a medical home for meeting patients' primary care needs, and lingering challenges to safety-net integration, such as competition among hospitals and community health centers for Medicaid patients.

LEBRUN, L. A. et al.
Primary Care and Public
Health Activities in Select
U.S. Health Centers
Documenting Successes,
Barriers, and Lessons
Learned. **Am J Prev Med**
2012;42(6S2):S191–S202.

Purpose: The goal of the current study was to examine primary care and public health activities among federally funded health centers, to better understand their successes, barriers encountered, and lessons learned.

Methods: Qualitative and quantitative methods were used to collect data from nine health centers, stratified by administrative division, urban–rural location, and race/ethnicity of patients served. Descriptive data on patient and institutional characteristics came from the Uniform Data System, which collects data from all health centers annually. Questionnaires were administered and phone interviews were conducted with key informants.

Results: Health centers performed well on primary care coordination and community orientation scales and reported conducting many essential public health activities. Specific needs were identified for integrating primary care and public health: (1) more funding for collaborations and for addressing the social determinants of health, (2) strong leadership to champion collaborations, (3) trust building among partners, with shared missions and clear expectations of responsibilities, and (4) alignment and standardization of data collection, analysis, and exchange.

O'MALLEY, A. S. et al.
After-Hours Care and its
Coordination with Primary
Care in the U.S. **J Gen
Intern Med** 27(11):1406–15.

BACKGROUND: Despite expectations that medical homes provide “24×7 coverage” there is little to guide primary care practices in developing sustainable models for accessible and coordinated after-hours care.

OBJECTIVE: To identify and describe models of afterhours care in the U.S. that are delivered in primary care sites or coordinated with a patient's usual primary care provider.

DESIGN: Qualitative analysis of data from in-depth telephone interviews.

SETTING: Primary care practices in 16 states and the organizations they partner with to provide after-hours coverage.

PARTICIPANTS: Forty-four primary care physicians, practice managers, nurses and health plan representatives from 28 organizations.

APPROACH: Analyses examined after-hours care models, facilitators, barriers and lessons learned.

RESULTS: Based on 28 organizations interviewed, five broad models of after-hours care were identified, ranging in the extent to which they provide continuity and patient access. Key themes included: 1) The feasibility of a model varies for many reasons, including patient preferences and needs, the local health care market supply, and financial compensation; 2) A shared electronic health record and systematic notification procedures were extremely helpful in maintaining information continuity between providers; and 3) after-hours care is best implemented as part of a larger practice approach to access and continuity.

CONCLUSION: After-hours care coordinated with a patient's usual primary care provider is facilitated by consideration of patient demand, provider capacity, a

shared electronic health record, systematic notification procedures and a broader practice approach to improving primary care access and continuity. Payer support is important to increasing patients' access to afterhours care.

GOLDBERG, D. G. et al.
EHRs in Primary Care
Practices: Benefits,
Challenges, and Successful
Strategies. **Am J Manag
Care**. 2012;18(2):e48-e54

Objectives: To understand the current use of electronic health records (EHRs) in small primary care practices and to explore experiences and perceptions of physicians and staff toward the benefits, challenges, and successful strategies for implementation and meaningful use of advanced EHR functions.

Study Design: Qualitative case study of 6 primary care practices in Virginia.

Methods: We performed surveys and in-depth interviews with clinicians and administrative staff (N = 38) and observed interpersonal relations and use of EHR functions over a 16-month period. Practices with an established EHR were selected based on a maximum variation of quality activities, location, and ownership.

Results: Physicians and staff report increased efficiency in retrieving medical records, storing patient information, coordination of care, and

office operations. Costs, lack of knowledge of EHR functions, and problems transforming office operations were barriers reported for meaningful use of EHRs. Major disruption to patient care during upgrades and difficulty utilizing performance tracking and quality functions were also reported. Facilitators for adopting and using advanced EHR functions include team-based care, adequate technical support, communication and training for employees and physicians, alternative strategies for patient care during transition, and development of new processes and work flow procedures.

Conclusions: Small practices experience difficulty with implementation and utilization of advanced EHR functions. Federal and state policies should continue to support practices by providing technical assistance and financial incentives, grants, and/or loans. Small practices should consider using regional extension center services and reaching out to colleagues and other healthcare organizations with similar EHR systems for advice and guidance.

NOLTE, E. et. al.
Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. **Health Economics, Policy and Law** (2012), 7: 125–146.

Abstract: The growing recognition of care fragmentation is causing many countries to explore new approaches to healthcare delivery that can bridge the boundaries between professions, providers and institutions and so better support the rising number of people with chronic health problems. This paper examines the role of the regulatory, funding and organisational context for the development and implementation of approaches to chronic care, using examples from Austria, Germany and the Netherlands. We find that the three countries have implemented a range of policies and approaches to achieve better coordination within and across the primary and secondary care interface and so better meet the needs of patients with chronic conditions. This has involved changes to the regulatory framework to support more coordinated approaches to care (Austria, Germany), coupled with financial incentives (Austria, Germany) or changes in payment systems (the Netherlands). What is common to the three countries is the comparative ‘novelty’ of policies and approaches aimed at fostering coordinated care; however, the evidence of their impact remains unclear.

MCSPADDEN C. et. al. Care Coordination for Children With Special Health Care Needs and Roles for Physical Therapists. **Pediatr Phys Ther** 2012;24:70–77.

Purpose: The purpose of this article is to summarize the research on the possible benefits of care coordination for children with special health care needs and explore potential roles for physical therapists in care coordination, including roles as primary care coordinators, members of interprofessional teams, advocates, and researchers. **Key points:** The medical home model is described. Benefits of care coordination are reviewed. Potential roles for physical therapists in care coordination are outlined. The barriers to care coordination are reviewed and recommendations to reduce barriers and better prepare therapists for care coordination are offered. **Conclusion:** Therapists need to be aware of and adapt to change in care models to be the provider of choice.

ERLER A. et. al. Preparing primary care for the future – perspectives from the Netherlands, England, and USA. **Gesundh. wesen (ZEFQ)** 105 (2011) 571–580.

Background: All modern healthcare systems need to respond to the common challenges posed by an aging population combined with a growing number of patients with (complex) chronic conditions and rising patient expectations. Countries with ‘stronger’ primary care systems (e.g. the Netherlands and England) seem to be better prepared to address these challenges than countries with ‘weaker’ primary care (e.g. USA). The role of primary care in a health care system is strongly related to its organization and funding, thus determining the starting point and the possibilities for change.

Method: We selected the Netherlands, England, and USA as examples for the diversity of approaches to organise and finance health care. We analysed the main problems for primary care and reviewed strategies and practice models used to meet the challenges described above.

Results: The Netherlands aim to strengthen prevention for chronic diseases, while England strives to improve the management of patients with multimorbidity, prevent hospital admissions to contain costs, and to satisfy the increased demand of patients for access to primary care. Both countries seek to reorganise care around the patient and place their needs at the centre. The USA has to provide sufficient workforce, organisation, and funding for primary care to ensure better access, prevention, and provision of chronic care for its population. Strategies to improve (trans-sectoral) cooperation and care coordination, a main issue in all three countries, include the implementation of standards of care and bundled payments for chronic diseases in the Netherlands, GP commissioning, federated and group practice models in England, and the introduction of the Patient-Centred Medical Home and accountable care organisations in the USA.

Conclusion: Organisation and financing of health care differ widely in the three countries. However, the necessity to improve coordination and integration of chronic disease care remains a common and core challenge.

PATRICK G. et. al. Specialty Care Referral Patterns for the Underserved: A Study of Community Health Centers on the South Side of Chicago. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Volume 22, Number 4, November 2011, pp. 1302-1314.

Abstract: Little is known about the primary-specialty care interface for underserved patients. In order better to understand inter-physician communication patterns in urban community health centers (CHCs), we conducted a retrospective chart review of specialty care referrals for patients from four South Side Chicago CHCs. Of the 406 identified referrals, 74% (n. 301) were made from CHCs that employed referral coordinators and 64% (n. 258) were made to affiliated specialists. Chart documentation of whether or not the patient attended the referred specialty visit was present for 43% (n=176) of referrals, and communication from the specialist to the referring clinician was present for 31% (n=127) of referrals. Employing CHC referral coordinators was positively associated with documented specialty clinical communication (odds ratio [OR] 1.8, 95% confidence interval [CI] 1.1–3.2). Use of referral coordinators to facilitate care and integrating delivery systems to increase information sharing appear to improve care coordination, but further investigation is warranted.

MCDONALD et. al. Primary health care service delivery networks for the prevention and management of type 2 diabetes: using social network methods to describe interorganisational collaboration in a rural setting. *Australian Journal of Primary Health*, 2011, 17, 259–267.

Abstract. Adults with type 2 diabetes or with behavioural risk factors require comprehensive and well coordinated responses from a range of health care providers who often work in different organisational settings. This study examines three types of collaborative links between organisations involved in a rural setting. Social network methods were employed using survey data on three types of links, and data was collected from a purposive sample of 17 organisations representing the major provider types. The analysis included a mix of unconfirmed and confirmed links, and network measures. General practices were the most influential provider group in initiating referrals, and they referred to the broadest range of organisations in the network. Team care arrangements formed a small part of the general practice referral network. They were used more for access to private sector allied health care providers and less for sharing care with public sector health services. Involvement in joint programs/activities was limited to public and non-government sector services, with no participation from the private sector. The patterns of interactions suggest that informal referral networks provide access to services and coordination of care for individual patients with diabetes. Two population subgroups would benefit from more proactive approaches to ensure equitable access to services and coordination of care across organisational boundaries: people with more complex health care needs and people at risk of developing diabetes.

HYSOONG S. J. et. al. Towards successful coordination of electronic health record based-referrals: a qualitative analysis. *Implementation Science* 2011, 6:84.

Background: Successful subspecialty referrals require considerable coordination and interactive communication among the primary care provider (PCP), the subspecialist, and the patient, which may be challenging in the outpatient setting. Even when referrals are facilitated by electronic health records (EHRs) (i.e., e-referrals), lapses in patient follow-up might occur. Although compelling reasons exist why referral coordination should be improved, little is known about which elements of the complex referral coordination process should be targeted for improvement. Using Okhuysen & Bechky's coordination framework, this paper aims to understand the barriers, facilitators, and suggestions for improving communication and coordination of EHR-based referrals in an integrated healthcare system.

Methods: We conducted a qualitative study to understand coordination breakdowns related to e-referrals in an integrated healthcare system and examined work-system factors that affect the timely receipt of subspecialty care. We conducted interviews with seven subject matter experts and six focus groups with a total of 30 PCPs and subspecialists at two tertiary care Department of Veterans Affairs (VA) medical centers. Using techniques from grounded theory and content analysis, we identified organizational themes that affected the referral process.

Results: Four themes emerged: lack of an institutional referral policy, lack of standardization in certain referral procedures, ambiguity in roles and responsibilities, and inadequate resources to adapt and respond to referral requests effectively. Marked differences in PCPs' and

subspecialists' communication styles and individual mental models of the referral processes likely precluded the development of a shared mental model to facilitate coordination and successful referral completion. Notably, very few barriers related to the EHR were reported.

Conclusions: Despite facilitating information transfer between PCPs and subspecialists, e-referrals remain prone to coordination breakdowns. Clear referral policies, well-defined roles and responsibilities for key personnel, standardized procedures and communication protocols, and adequate human resources must be in place before implementing an EHR to facilitate referrals.

LISS D. T. et. al. Patient-Reported Care Coordination: Associations With Primary Care Continuity and Specialty Care Use. **Ann Fam Med** 2011;9:323-329.

PURPOSE Care coordination is increasingly recognized as a necessary element of high-quality, patient-centered care. This study investigated (1) the association between care coordination and continuity of primary care, and (2) differences in this association by level of specialty care use.

METHODS We conducted a cross-sectional study of Medicare enrollees with select chronic conditions in an integrated health care delivery system in Washington State. We collected survey information on patient experiences and automated health care utilization data for 1 year preceding survey completion. Coordination was defined by the coordination measure from the short form of the Ambulatory Care Experiences Survey (ACES). Continuity was measured by primary care visit concentration. Patients who had 10 or more specialty care visits were classified as high users. Linear regression was used to estimate the association between coordination and continuity, controlling for potential confounders and clustering within clinicians. We used a continuity-by-specialty interaction term to determine whether the continuity-coordination association was modified by high specialty care use.

RESULTS Among low specialty care users, an increase of 1 standard deviation (SD) in continuity was associated with an increase of 2.71 in the ACES coordination scale ($P < .001$). In high specialty care users, we observed no association between continuity and reported coordination ($P = .77$).

CONCLUSIONS High use of specialty care may strain the ability of primary care clinicians to coordinate care effectively. Future studies should investigate care coordination interventions that allow for appropriate specialty care referrals without diminishing the ability of primary care physicians to manage overall patient care.

SALLEM J. J. et. al. Paper persistence, workarounds, and communication breakdowns in computerized consultation management. **International Journal of Medical Informatics** 80 (2011) 466–479.

Objective: The consultation request process between primary care and specialty services often contains paper-based components that may be inefficient and difficult to track. Other barriers may include workarounds and communication breakdowns with the potential to adversely impact delivery of quality medical care. We investigated current challenges to the electronic outpatient consult management process in the United States Veterans Health Administration (VHA).

Design: We conducted ethnographic observation and semi-structured interviews in nine different specialty clinics and three primary care clinics in a large, tertiary Veterans Affairs Medical Center (VAMC). We also performed a national-level query of 'electronic error and enhancement requests' (E3Rs) related to the consult package in the VA's electronic health record (EHR) submitted over a 5-year period (2005–2009).

Measurements: Two researchers recorded the observable interactions and interview responses of 16 healthcare workers related to their work with consultations. Two separate coding schemes were applied to both the observational and the interview data. E3Rs from the national query were reviewed and categorized based on the nature of the enhancement requests.

Results: We identified several examples of paper persistence, as well as workarounds, communication breakdowns, and redundancies in computerized consult management. An analysis of enhancement requests for the consults also revealed three broad needs related to reporting, configuration or customization, and user interface enhancements.

Conclusion: Understanding these challenges to the current consult management process is important to help design enhanced informatics tools integrated into workflow to support coordination of care and tracking of consults requests.

MEHROTRA A. et. al. Dropping the Baton: Specialty Referrals in the

Context: In the United States, more than a third of patients are referred to a specialist each year, and specialist visits constitute more than half of outpatient visits. Despite the frequency of referrals and the importance of the specialty-referral process, the process itself has been a long-standing source of frustration among both primary care physicians (PCPs) and specialists. These frustrations, along with a desire to lower costs, have led to numerous strategies to improve the specialty-referral process, such as using gatekeepers and referral guidelines.

United States. *The Milbank Quarterly*, Vol. 89, No. 1, 2011 (pp. 39–68).

Methods: This article reviews the literature on the specialty-referral process in order to better understand what is known about current problems with the referral process and what solutions have been proposed. The article first provides a conceptual framework and then reviews prior literature on the referral decision, care coordination including information transfer, and access to specialty care.

Findings: PCPs vary in their threshold for referring a patient, which results in both the underuse and the overuse of specialists. Many referrals do not include a transfer of information, either to or from the specialist; and when they do, it often contains insufficient data for medical decision making. Care across the primary-specialty interface is poorly integrated; PCPs often do not know whether a patient actually went to the specialist, or what the specialist recommended. PCPs and specialists also frequently disagree on the specialist's role during the referral episode (e.g., single consultation or continuing comanagement).

LARSEN M. S. Measuring Integrated Care An International Comparative Study. *Dan Med Bull* 2011;58(2):B4245.

Artigo sem resumo.

O'MALLEY A. S. Referral and Consultation Communication Between Primary Care and Specialist Physicians Finding Common Ground. *Arch Intern Med* 2011;171(1):56-65.

Background: Communication between primary care physicians (PCPs) and specialists regarding referrals and consultations is often inadequate, with negative consequences for patients. We examined PCPs' and specialists' perceptions of communication regarding referrals and consultations. We then identified practice characteristics associated with reported communication.

Methods: We analyzed the nationally representative 2008 Center for Studying Health System Change Health Tracking Physician Survey of 4720 physicians providing at least 20 hours per week of direct patient care. Outcome measures were physician reports of communication regarding referrals and consultations.

Results: Perceptions of communication regarding referrals and consultations differed. For example, 69.3% of PCPs reported "always" or "most of the time" sending notification of a patient's history and reason for consultation to specialists, but only 34.8% of specialists said they "always" or "most of the time" received such notification. Similarly, 80.6% of specialists said they "always" or "most of the time" send consultation results to the referring PCP, but only 62.2% of PCPs said they received such information. Physicians who did not receive timely communication regarding referrals and consultations were more likely to report that their ability to provide high-quality care was threatened. The 3 practice characteristics associated with PCPs and specialists reporting communication regarding referrals and consultations were "adequate" visit time with patients, receipt of quality reports regarding patients with chronic conditions, and nurse support for monitoring patients with chronic conditions.

Conclusions: These modifiable practice supports associated with communication between PCPs and specialists can help inform the ways that resources are focused to improve care coordination.

HERNÁNDEZ M. B. A. et al. La continuidad Asistencial entre Niveles Percibida por Usuarios Del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 371-387.

Fundamentos: Los avances tecnológicos, cambios organizativos de los servicios y el aumento de las enfermedades crónicas complejas favorecen que los usuarios del sistema de salud sean atendidos por un elevado número de proveedores, amenazando la continuidad asistencial (CA). El objetivo es analizar la valoración de la CA de los usuarios e identificar elementos de (dis)continuidad a partir de sus experiencias en los servicios de salud de Cataluña.

Métodos: Estudio transversal, mediante encuesta a 200 usuarios que utilizaron dos niveles asistenciales en los últimos tres meses por un mismo motivo. La encuesta se realizó en Barcelona y Baix Empordà entre los meses de marzo y junio de 2009. Se aplicó un cuestionario que recoge la trayectoria de los usuarios en los servicios de salud y su valoración de la CA, mediante una escala. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Se identifican elementos de continuidad de relación (86,4% y el 83,5% fueron atendidos, respectivamente, por un único médico

de atención especializada y de atención primaria en el último año). Por el contrario, se identifican elementos de discontinuidad en la transferencia de información clínica (29,1% y el 21,3% consideró que el médico de la atención especializada desconocía sus comorbilidades y las pruebas realizadas en la atención primaria, respectivamente), en la coherencia del cuidado (niveles de contrarreferencia de 51,2%) y en la accesibilidad entre niveles (37,8% y 17,6% consideraron largo o excesivo el tiempo de espera en atención especializada y primaria, respectivamente).

Conclusiones: Se identifican aspectos de la provisión, como accesibilidad y transferencia de información entre profesionales, que podrían indicar barreras a la continuidad y la necesidad de introducir mejoras en las estrategias de coordinación asistencial de las organizaciones sanitarias.

SARVET B. ET. AL.
Bridging the Divide Between
Child Psychiatry and Primary
Care: The Use of Telephone
Consultation Within a
Population-Based
Collaborative System. **Child
Adolesc Psychiatric Clin N
Am** 20 (2011) 41–53.

Resumo não disponível.

KASLOVSKY R., SADOFF
M. How to best deliver care
to children with chronic
illness:
cystic fibrosis as a model.
**Current Opinion in
Pediatrics** 2010, 22:822–828

Purpose of review

Children with special healthcare needs benefit when there is close coordination of care for their chronic disease between specialists and primary care providers. The importance of coordination between primary and specialty care has become better recognized with the increased attention to a comprehensive ‘medical home’ model of care.

Recent findings Care coordination requires close communication between primary care providers and specialty care centers. Primary care providers are in an ideal position to assist patients and families by providing care coordination, not only within the healthcare system, but also between the healthcare system and community services and schools. Coordination is best undertaken at the physician practice level, utilizing a team approach. Nonphysician staff provide added value in coordination of care for patients and families. Opportunities for reimbursement for this care are being developed.

Summary

Coordination of care for the many children with special healthcare needs can be realized using existing resources. Using cystic fibrosis as an example, implementation methods within pediatric primary care practices are presented and discussed.

GENÉ E. et al. La
coordinación entre atención
primaria y especializada de
digestivo es insuficiente.
Resultados de una encuesta
realizada a
gastroenterólogos y médicos
de familia

Background and objectives: Collaboration between general practitioners(GPs)and specialists is considered crucial to provide high-quality health care.The objective of this study was to analyze the relationship between gastroenterologists and GP sin regional hospitals and their referring primary care center sin Catalonia (Spain). Materials and methods: A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out using an on ymousquestionnaires between January and April 2008. Results: A total of 314 surveys were administered (261GPsand53gastroenterologists).The overall relationship was considered highly deficientor insufficiently 62.3% of gastroentero- logists (95%CI,47.9–74.9) and by55.6%ofGPs(95%CI,49.3–61.7). More than half (56.6%)of the gastroenterologists did not know any GPs,or only avery few,and the situation was the same for 80.4% of GPs. Sixty-four per cent of gastroenterologists considered that the quality of care for digestive diseases in primary care was highly deficient or insufficient while 21.1% of GPs considered that the care provided by gastroenterologists was highly deficientor insufficient. The perception of health care in both primary and specialized settings was substantially better when there was good interaction between gastroenterologists and GPs. Conclusions: Practitioner sac know ledge that the degree of interaction between different level sof health care is insufficient. Moreover, gastroenterologists consider that themanage- ment of digestive diseases in primary care is deficient Establishing a personal relationship between the two types of practitioner substantially improves mutual assessment.

GastroenterolHepatol.2010;
33(8):555–562

STAIGER P. K. Improving the coordination of care for low back pain patients by creating better links between acute and community services. **Australian Health Review**, 2010, 34, 139–143.

VEDEL I. et. al. A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. **Aging Clin Exp Res** 2009;21: 414-423.

IRESOON C. L. et al. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. **BMC Health Services Research** 2009, 9:163.

BROOKS F. et al. Transition for adolescents with long-

Abstract. This paper reports on the development of a care-pathway to improve service linkages between the acute setting and community health services in the treatment of low back pain. The pathway was informed by two processes: (1) a literature review based on best-practice guidelines in the assessment, treatment and continuity of care for low back pain patients; and (2) consultation with staff and key stakeholders. Stakeholders from both the acute and community sectors comprised the Working Group, who identified central areas of concern to be addressed in the care-pathway, with the goal of preventing chronicity of low back pain and reducing emergency department presentations. The main outcomes achieved include: the development of a new care-coordinator role, which would support a greater focus on integration between acute and community sectors for low back pain patients; identifying the need to screen at-risk patients; implementation of the SCTT (Service Coordination Tool Templates) tool as a system of referral across the acute and community settings; and agreement on the need to develop an evidence-based self-management program to be offered to low back pain patients. The benefits and challenges of implementing this care pathway are discussed.

ABSTRACT. Despite strong evidence for the efficacy of integrated systems, securing the participation of health professionals, particularly primary care physicians (PCPs), has proven difficult. Novel approaches are needed to resolve these problems. We developed a model – COPA – that is based on scientific evidence and an original design process in which health professionals, including PCPs, and managers actively. COPA targets very frail elders recruited through to provide a better provided and the needs reduce excess healthcare unnecessary emergency hospitalizations, and inappropriate nursing home The model’s originality lies in: reinforced the role played by the includes patient recruitment and care development; 2) having integrated health professionals into a multidisciplinary primary care team that includes case managers who collaborate closely with the PCP to perform a geriatric assessment (InterRAI MDS-HC) and implement care management programs; and 3) having integrated primary medical care and specialized care by introducing geriatricians into the community to see patients in their homes and organize direct hospitalizations while maintaining the PCP responsibility for medical decisions. Since COPA is currently the subject of both a quasi-experimental study and a qualitative also providing preliminary suggest that the model accepted by PCPs and results indicate that utilization in COPA was less at the national level, without any in quality of care.

Background: Information transfer is critical in the primary care to specialist referral process and has been examined extensively in the US and other countries, yet there has been little attention to the patient's perspective of the information transfer process. This cross-sectional study examined the quality of the information received by patients with a chronic condition from the referring and specialist physician in the specialist referral process and the relationship of the quality of information received to trust in the physicians.

Methods: Structured telephone interviews were conducted with a random sample of 250 patients who had experienced a referral to a specialist for the first visit for a chronic condition within the prior six months. The sample was selected from the patients who visited specialist physicians at any of the 500 hospitals from the National Research Corporation client base.

Results: Most patients (85%) received a good explanation about the reason for the specialist visit from the referring physician yet 26% felt unprepared about what to expect. Trust in the referring physician was highly associated with the preparatory information patients received. Specialists gave good explanations about diagnosis and treatment, but 26% of patients got no information about follow-up. Trust in the specialist correlated highly with good explanations of diagnosis, treatment, and self-management.

Conclusion: Preparatory information from referring physicians influences the quality of the referral process, the subsequent coordination of care, and trust in the physician. Changes in the health care system can improve the information transfer process and improve coordination of care for patients.

This paper maps out the evidence relating to quality and user experience of transition services for young people with long-term conditions. The review identified that good quality transition was universally seen as a process as opposed to a single event, supported by an effective interagency communication and coordination, with the young person occupying a central place in the decision-making process. Conversely, poor

<p>term conditions: event to process. British Journal of Community Nursing . Jul2009, Vol. 14 Issue 7, p301-304. 4p.</p>	<p>communication and an absence of a designated professional to support the transition were barriers to an effective process. Gaps in the evidence base were most notable when concerned with the relationship between general practice, secondary care and social care. Overall, greater shared learning of the generic components of an effective transition process needs to occur across long-term conditions.</p>
<p>SCHLETTE, S. et al. Integrated primary care in Germany: the road ahead. International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 20 April 2009.</p>	<p>Problem statement: Health care delivery in Germany is highly fragmented, resulting in poor vertical and horizontal integration and a system that is focused on curing acute illness or single diseases instead of managing patients with more complex or chronic conditions, or managing the health of determined populations. While it is now widely accepted that a strong primary care system can help improve coordination and responsiveness in health care, primary care has so far not played this role in the German system. Primary care physicians traditionally do not have a gatekeeper function; patients can freely choose and directly access both primary and secondary care providers, making coordination and cooperation within and across sectors difficult.</p> <p>Description of policy development: Since 2000, driven by the political leadership and initiative of the Federal Ministry of Health, the German Bundestag has passed several laws enabling new forms of care aimed to improve care coordination and to strengthen primary care as a key function in the German health care system. These include on the contractual side integrated care contracts, and on the delivery side disease management programmes, medical care centres, gatekeeping and ‘community medicine nurses’.</p> <p>Conclusion and discussion: Recent policy reforms improved framework conditions for new forms of care. There is a clear commitment by the government and the introduction of selective contracting and financial incentives for stronger cooperation constitute major drivers for change. First evaluations, especially of disease management programmes, indicate that the new forms of care improve coordination and outcomes. Yet the process of strengthening primary care as a lever for better care coordination has only just begun. Future reforms need to address other structural barriers for change such as fragmented funding streams, inadequate payment systems, the lack of standardized IT systems and trans-sectoral education and training of providers.</p>
<p>O'MALLEY, A. S. et al. Coordination of Care by Primary Care Practices: Strategies, Lessons and Implications. Research Brief No. 12 • April 2009.</p>	<p>Despite calls from numerous organizations and payers to improve coordination of care, there are few published accounts of how care is coordinated in real-world primary care practices. This study by the Center for Studying Health System Change (HSC) documents strategies that a range of physician practices use to coordinate care for their patients. While there was no single recipe for coordination given the variety of patient, physician, practice and market factors, some cross-cutting lessons were identified, such as the value of a commitment to interpersonal continuity of care as a foundation for coordination. Respondents also identified the importance of system support for the standardization of office processes to foster care coordination. While larger practices may have more resources to invest, many of the innovations described could be scaled to smaller practices. Some coordination strategies resulted in improved efficiency over time for practices, but by and large, physician practices currently pursue these efforts at their own expense.</p> <p>In addition to sharing information on effective strategies among practices, the findings also provide policy makers with a snapshot of the current care coordination landscape and implications for initiatives to improve coordination. Efforts to provide technical support to practices to improve coordination, for example, through medical-home initiatives, need to consider the baseline more typical practices may be starting from and tailor their support to practices ranging widely in size, resources and presence of standardized care processes. If aligned with payment incentives, some of these strategies have the potential to increase quality and satisfaction among patients and providers by helping to move the health care delivery system toward better coordinated care.</p>
<p>BERENDSEN, A. J. et al. Transition of care:</p>	<p>Background: Coordination between care providers of different disciplines is essential to improve the quality of care, in particular for patients with chronic diseases. The way in which general practitioners (GP's) and medical specialists interact has important implications for any healthcare system in which the GP plays the role of gatekeeper to specialist care. Patient experiences and preferences have proven to be</p>

experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. **BMC Health Services Research** 2009, 9:62.

increasingly important in discussing healthcare policy. The Dutch government initiated the development of a special website with information for patients on performance indicators of hospitals as well as information on illness or treatment. In the present study we focus on the transition of care at the primary – secondary interface with reference to the impact of patients' ability to make choices about their secondary care providers. The purpose of this study is to (a) explore experiences and preferences of patients regarding the transition between primary and secondary care, (b) study informational resources on illness/treatment desired by patients and (c) determine how information supplied could make it easier for the patient to choose between different options for care (hospital or specialist).

Methods: We conducted a qualitative study using semi-structured focus group interviews among 71 patients referred for various indications in the north and west of The Netherlands.

Results: Patients find it important that they do not have to wait, that they are taken seriously, and receive adequate and individually relevant information. A lack of continuity from secondary to primary care was experienced. The patient's desire for free choice of type of care did not arise in any of the focus groups.

Conclusion: Hospital discharge information needs to be improved. The interval between discharge from specialist care and the report of the specialist to the GP might be a suitable performance indicator in healthcare. Patients want to receive information, tailored to their own situation. The need for information, however, is quite variable. Patients do not feel strongly about self-chosen healthcare, contrary to what administrators presently believe.

GRAETZ, I. et al. Care Coordination and Electronic Health Records: Connecting Clinicians. **AMIA Symposium Proceedings**. 2009; 5: 208-212.

Objective: To examine the association between use of electronic health records (EHR) and care coordination.

Study Design: Two surveys, in 2005 and again in 2006, of primary care clinicians working in a prepaid integrated delivery system during the staggered implementation of an EHR system. Using multivariate logistic regression to adjust for clinician characteristics, we examined the association between EHR use and clinicians' perceptions of three dimensions of care coordination: timely access to complete information; treatment goal agreement; and role/responsibility agreement.

Results: Compared to clinicians without EHR, clinicians with 6+ months of EHR use more frequently reported timely access to complete information, and being in agreement on treatment goals with other involved clinicians. There was no significant association between EHR use and being in agreement on roles and responsibilities with other clinicians.

Conclusions: EHR use is associated with aspects of care coordination involving information transfer and communication of treatment goals.

O'MALLEY, A. S. et al. Patient Experiences with Coordination of Care: The Benefit of Continuity and Primary Care Physician as Referral Source. **J Gen Intern Med** 24(2):170–7.

BACKGROUND: Coordination across a patient's health needs and providers is important to improving the quality of care.

OBJECTIVES: (1) Describe the extent to which adults report that their care is coordinated between their primary care physician (PCP) and specialists and (2) determine whether visit continuity with one's PCP and the PCP as the referral source for specialist visits are associated with higher coordination ratings.

DESIGN: Cross-sectional study of the 2007 Health Tracking Household Survey.

PARTICIPANTS: A total of 3,436 adults with a PCP and one or more visits to a specialist in the past 12 months.

MEASUREMENTS: Coordination measures were patient perceptions of (1) how informed and up to date the PCP was about specialist care received, (2) whether the PCP talked with the patient about what happened at the recent specialist visit and (3) how well different doctors caring for a patient's chronic condition work together to manage that care.

RESULTS: Less than half of respondents (46%) reported that their PCP always seemed informed about specialist care received. Visit continuity with the PCP was associated with better coordination of specialist care. For example, 62% of patients who usually see the same PCP reported that their PCP discussed with them what happened at their recent specialist visit vs. 48% of those who do not usually see the same PCP (adjusted percentages, $p < 0.0001$). When a patient's recent specialist visit was based on PCP referral (vs. self-referral or some other source), 50% reported that the PCP was informed and up to date about specialist care received (vs. 35%, $p < 0.0001$), and 66% reported that their PCP discussed with them what happened at their recent specialist visit (vs. 47%, $p < 0.0001$).

<p>GANZ, D. A. et al. Key Elements of High-Quality Primary Care for Vulnerable Elders. J Gen Intern Med 23(12):2018–23.</p>	<p>CONCLUSIONS: Facilitating visit continuity between the patient and PCP, and encouraging the use of the PCP as the referral source would likely enhance care coordination.</p> <p>With the impending surge in the number of older adults, primary care clinicians will increasingly need to manage the care of vulnerable elders. Caring for vulnerable elders is complex because of their wide range of health goals and the interdependence of medical care and community supports needed to achieve those goals. In this article, we identify ways a primary care practice can reorganize to improve the care of vulnerable elders. We begin by identifying important outcomes for vulnerable elders and three key processes of care (communication, developing a personal care plan for each patient, and care coordination) needed to achieve these outcomes. We then describe two delivery models of primary care for vulnerable elders – co-management, and augmented primary care. Finally, we discuss how the physical plant, people, workflow management, and community linkages in a primary care practice can be restructured to better serve these patients.</p>
<p>DAVIES, G. P. et al. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. MJA 2008; 188: S65–S68.</p>	<p>Objectives: To identify the types of strategy used to coordinate care within primary health care (PHC) and between PHC, health services and health-related services in Australia and other countries that have comparable health systems, and to describe what is known about their effectiveness; to review the implications for health policy and practice in Australia.</p> <p>Methods: We conducted a systematic review of the literature (January 1995 to March 2006) relating to care coordination in Australia, the United States, the United Kingdom, New Zealand, Canada and The Netherlands. Our review was supplemented by consultations with academic experts and policymakers.</p> <p>Results: Six types of strategy were identified at patient/ provider level, falling into two groups: (i) communication and support for providers and patients, and (ii) structural arrangements to support coordination. These were broadly consistent with existing typologies. All were associated with improved health and/or patient satisfaction outcomes in more than 50% of studies, and interventions using multiple strategies were more successful than those using single strategies.</p> <p>Conclusions: The largely incremental approach to improving coordination of care in Australia has involved a broad range of strategy types but has also perpetuated existing structural problems. Reforms in governance, funding and patient registration in primary health care would provide a stronger base for effective care coordination.</p>
<p>HAGGERTY, J. L. et al. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. Ann Fam Med 2008;6:116-123.</p>	<p>PURPOSE On the eve of major primary health care reforms, we conducted a multilevel survey of primary health care clinics to identify attributes of clinic organization and physician practice that predict accessibility, continuity, and coordination of care as experienced by patients.</p> <p>METHODS Primary health care clinics were selected by stratified random sampling in urban, suburban, rural, and remote locations in Quebec, Canada. Up to 4 family or general physicians were selected in each clinic, and 20 patients seeing each physician used the Primary Care Assessment Tool to report on first-contact accessibility (being able to obtain care promptly for sudden illness), relational continuity (having an ongoing relationship with a physician who knew their particulars), and coordination continuity (having coordination between their physician and specialists). Physicians reported on aspects of their practice, and secretaries and directors reported on organizational features of the clinic. We used hierarchical regression modeling on the subsample of regular patients at the clinic.</p> <p>RESULTS One hundred clinics participated (61% response rate), for a total of 221 physicians and 2,725 regular patients (87% response and completion rate). First contact accessibility was most problematic. Such accessibility was better in clinics with 10 or fewer physicians, a nurse, telephone access 24 hours a day and 7 days a week, operational agreements to facilitate care with other health care establishments, and evening walk-in services. Operational agreements and evening care also positively affected relational continuity. Physicians who valued continuity and felt attached to the community fostered better relational continuity, whereas an accessibility-oriented style (as indicated by a high proportion of walk-in care and high patient volume) hindered it. Coordination continuity was also associated with more operational agreements and continuous telephone access, and was better when physicians practiced part time in hospitals and performed a larger range of medical procedures in their office.</p> <p>CONCLUSIONS The way a clinic is organized allows physicians to achieve both accessibility and continuity rather than one or the other.</p>

Features that achieve both are offering care in the evenings and access to telephone advice, and having operational agreements with other health care establishments.

RYGH EM, HJORTDAHL P. Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. **Rural and Remote Health** 7: 766. (Online), 2007.

This article presents the result of a literature review examining possible ways to improve healthcare services in rural areas. While there is abundant literature on making healthcare programs integrated, interdisciplinary and managed in order to reduce fragmentation and improve continuity and coordination of care, only some part of this relates to rural issues. An added challenge is the lack of a generally accepted international definition of rurality, which makes it difficult to generalise from one region to another, and to develop an evidence-based understanding of rural health care. In evaluating the literature it was found that the development of new forms of interaction is particularly relevant in rural regions - such as interdisciplinary and team-based work with flexibility of roles and responsibilities, delegation of tasks and cultural adjustments. In addition, programs such as integrated and managed care pathways, outreach programs, shared care and telemedicine were relevant initiatives. These may be associated with greater equity in access to care, and more coherent services with greater continuity, but they are not necessarily linked to reduced costs; they may, in some cases, entail additional expenses. Such endeavours are, to a large degree, dependent on a well functioning primary healthcare system as a base.

SOULIOTIS K., LIONIS C. Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective. **Journal of Medical Systems**, Vol. 29, No. 2, April 2005.

Over the past few years Greece has undergone several endeavors, aimed at modernizing and improving the national health care services. A Health Care Reform Act seeking quality improvement and coordination of outpatient and hospital services at the Regional level, through the enhancement of primary care, has been recently approved. This paper reports a proposal for integrated health system in the primary care system in Greece with a major focus on equity, quality, and outcomes. The equity and quality framework of this proposal will possess the main components focusing on the provision of essential services, and clinical and organizational standards.

STILLE, C. J. et al. Coordinating Care across Diseases, Settings, and Clinicians: A Key Role for the Generalist in Practice. **Ann Intern Med**. 2005;142:700-708.

Coordinated care is a defining principle of primary care, but it is becoming increasingly difficult to provide as the health care delivery system in the United States becomes more complex. To guide recommendations for research and practice, the evidence about implementation of coordinated care and its benefits must be considered. On the basis of review of the published literature this article makes recommendations concerning needs for a better developed evidence base to substantiate the value of care coordination, generalist practices to be the hub of care coordination for most patients, improved communication among clinicians, a team approach to achieve coordination, integration of patients and families as partners, and incorporation of medical informatics. Although coordination of care is central to generalist practice, it requires far more effort than physicians alone can deliver. To make policy recommendations, further work is needed to identify essential elements of care coordination and prove its effectiveness at improving health outcomes.

POGACH, L. et al. Impact of Policies and Performance Measurement on Development of Organizational Coordinating Strategies for Chronic Care Delivery. **Am J Manag Care**. 2004;10 (part 2):171-

Objective: To examine the impact of policy directives and performance feedback on the organization (specifically the coordination) of foot care programs for veterans, as mandated by public law within the Department of Veterans Affairs Health Care System (VA).
 Study Design: Case study of 10 VA medical centers performing diabetes-related amputations.
 Patients and Methods: Based on expert consensus, we identified 16 recommended foot care delivery coordination strategies. Structured interview protocols developed for primary care, foot care, and surgical providers, as well as administrators, were adapted from a prior study of surgical departments.
 Results: Although performance measurement results for foot risk screening and referral were high at all study sites over 2 calendar years (average 85%, range 69% to 92%), the number of coordination strategies implemented by any site was relatively low, averaging only 5.4 or 34% (range 1-12 strategies). No facility had systematically collected data to evaluate whether preventive foot care was provided to patients with high-risk foot conditions, or whether these patients had unmet foot care needs.

180. Conclusions: Although foot care policies and data feedback resulted in extremely high rates of adherence to foot-related performance measurement, there remained opportunities for improvement in the development of coordinated, technology-supported, data-driven, patient-centered foot care programs.
- KOOPMAN R. J. MAY K. M. Specialist Management and Coordination of "Out-of-domain Care". *Fam Med* 2004;36(1):46-50. Background and Objectives: Fifteen percent of Medicare patients receive care only from specialists. This has led to the supposition that there might be a "hidden system of primary care," where specialists provide comprehensive care to their patients, including care traditionally outside their specialty domain. This study explores the perspectives of specialists at an academic medical center on their decisions to provide "out-of-domain" care and how it is coordinated. Methods: We used grounded theory methodology and a constant comparative process with 13 specialist interviews. Results: Patient requests drive the provision of out-of-domain care. Specialist comfort with this care and desire to perform it are involved with their decision to provide out-of-domain care. Coordination of out-of-domain care performed by specialists can be difficult and time consuming but is important and is facilitated by electronic medical records. Conclusions: The results suggest that there is no hidden system of primary care. Coordination among all providers of medical care for a patient is needed to prevent medical errors, especially when specialists provide out-of-domain care.
- CLARKE, D. ET AL. Integrating healthcare: the Counties Manukau experience. *NZMJ* 21 February 2003, Vol 116 No 1169. In 1998, Counties Manukau District Health Board (CMDHB) was experiencing rapidly increasing demands on its secondary services. It was finding it increasingly difficult to meet the health needs of its relatively deprived population. There was widespread evidence of "systems failure", with poor coordination of primary and secondary services. A strategic plan was devised to meet identified priorities and this was subsequently implemented with extensive community involvement. A "disruptive change" model was utilised. Thirty separate projects were undertaken to improve coordination and integration of health services. Brief summaries of all projects are presented, and full evaluations were performed of major projects. Factors critical to project success were: dedicated and effective leadership; involvement of clinical staff; early engagement of the Maori and Pacific community; careful selection of stakeholders; reassurance for providers about privacy issues; close monitoring of project progress; realistic timeframes; and adequate initial funding. CMDHB believes that the critical factor to success in improving the performance of the health sector will be the ability of our key leaders in primary and secondary care, in both management and clinical roles, to adopt a systems view to problem analysis and solution building.
- FERRIS, T. G. et al. Effects of removing gatekeeping on specialist utilization by children in a health maintenance organization. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156: 574-579. **Background** The "gatekeeping" model of access to specialty care has been an essential managed care tool, intended to control costs of care and promote coordination between generalists and specialists. **Objective** To investigate the impact of removing gatekeeping on specialist utilization. **Methods** A capitated multispecialty group discontinued a gatekeeping system on April 1, 1998. We assessed the overall number and distribution of patient visits to primary care physicians and specialists and initial patient visits to specialists before and after the removal of gatekeeping. We performed focused analyses for specific specialties, children with chronic conditions, and children with specific diagnoses. **Results** Elimination of gatekeeping was not associated with changes in the mean number of visits to specialists (0.28 visits per 6 months before and after gatekeeping was removed) or the percentage of all child visits to specialists (11.6% vs 12.1%; 95% confidence interval, 11.3%-11.9% vs 11.8%-12.4%). The proportion of all specialist visits that were initial consultations increased after gatekeeping was removed, from 30.6% (95% CI, 29.4%-31.8%) to 34.8% (95% CI, 33.6%-36.1%). Visits to any specialist by children with chronic conditions increased from 18.6% (95% CI, 17.7%-19.1%) to 19.8% (95% CI, 19.0%-20.7%). New patient visits to specialists by children with chronic conditions as a proportion of all specialist visits increased from 28.1% (95% CI, 25.9%-30.2%) to 32.3% (95% CI, 30.1%-34.5%). **Conclusions** Replacing a gatekeeping system with open access to all specialty physicians in a managed care organization resulted in minimal changes on the utilization of specialists. Visits to specialists by children with chronic conditions increased after the removal of gatekeeping.
- GLADE, G. B. et al. Specialty Referrals Made Objectives.—To characterize variation in pediatricians' telephone referral practices, to identify differences in the types of referrals made during telephone versus office visit encounters, and to examine the impact of referring by telephone on coordination and outcomes of the referral as assessed by physicians.

<p>During Telephone Conversations With Parents: A Study From the Pediatric Research in Office Settings Network. Ambulatory Pediatrics 2002;2:93-98.</p>	<p>Methods.—We conducted a prospective study of a consecutive sample of referrals (N 5 1856) made from the offices of 142 pediatricians in a national practice-based research network. During 20 consecutive practice-days, physicians completed questionnaires about patients referred during regular business hours. They used office records 3 months later to complete questionnaires about referral outcomes.</p> <p>Results.—Pediatricians made 1 telephone referral every 5 practice-days, which constituted 27.5% of all referrals they made during office hours. Pediatricians who saw more patients per day, saw more patients in gatekeeping health plans, and referred more during office visits made more telephone referrals than their counterparts. Compared with specialty referrals made during office visits, those occurring during telephone encounters were more frequently at the request of parents or because of insurance administrative guidelines. Office visit referrals were more often made for diagnostic evaluation or a surgical procedure. Referrals made during telephone conversations were less well coordinated: office staff or referring physicians scheduled fewer specialty appointments and were less likely to send information to specialists. Three months after referrals were made, specialist feedback and referring physician satisfaction with specialty care were comparable between the two groups.</p> <p>Conclusions.—Specialty referrals made during telephone conversations with patients are a regular occurrence in pediatric practice. Changes in the health system that lead to greater demands on primary care physician productivity or more patients in gatekeeping health plans will likely increase the number of referrals made during telephone conversations with parents. Pediatricians are less likely to coordinate telephone referrals than office visit referrals. Pediatricians are frequently unaware whether or not referrals are completed.</p>
<p>TABEKIN, H. et al. Primary Care Physicians in Israel: Self-Perception of Their Role in the Healthcare System and Policy Makers' and Patients' Perception of Them as Gatekeepers. IMAJ 2001;3:893-897.</p>	<p>Background: The rapidly increasing costs of healthcare pose a major challenge to many governments, particularly in developed countries. Health policy makers in some Western European countries have adopted the policy of a strong primary healthcare system, partly due to their recognition of the value of primary care medicine as a means to restrain costs while maintaining the quality and equity of healthcare services. In these countries there is a growing comprehension that the role of the family physician should be central, with responsibility for assessing the overall health needs of the individual, for coordination of medical care and, as the primary caregiver, for most of the individual's medical problems in the framework of the family and the community.</p> <p>Objectives: To describe primary care physicians in Israel from their own perception, health policy makers' opinion on the role PCPs should play, and patients' view on their role as gatekeepers.</p> <p>Methods: The study was based on three research tools: a) a questionnaire mailed to a representative sample of all PCPs employed by the four sick funds in Israel in 1997, b) in-depth semi-structured interviews with key professionals and policy makers in the healthcare system, and c) a national telephone survey of a random representative sample of patients conducted in 1997.</p> <p>Results: PCPs were asked to rank the importance of 12 primary functions. A total of 95% considered coordination of all patient care to be a very important function, but only 43% thought that weighing economic considerations in patient management is important, and 30.6% thought that 24 hour responsibility for patients is important. Also, 60% of PCPs have undergone specialty training and 94% thought that this training is essential. With regard to the policy makers, most preferred highly trained PCPs (board-certified family physicians, pediatricians and internists) and believed they should play a central role in the healthcare system, acting as coordinators, highly accessible and able to weigh cost considerations. Yet, half opposed a full gatekeeper model. They also felt that the general population has lost faith in PCPs, and that most have a low status and do not have adequate training. Regarding the patients' viewpoint, 40% preferred that the PCP function as their "personal physician" coordinating all aspects of their care and fully in charge of their referrals; 30% preferred self-referral to sub-specialists, and 19% preferred their PCP to coordinate their care but wanted to be able to refer themselves to specialists.</p> <p>Conclusions: In order to maintain high quality primary care, it is important that all PCPs have board certification. In addition, PCP training systems should emphasize preventive medicine, health promotion, health economy, and cost-effectiveness issues. Efforts should be made to render PCPs a</p>

	<p>central role in the healthcare system by gradually implementing the elements of the gatekeeper model through incentives rather than regulations.</p>
<p>VILLELA, M. B. et al. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. Aten Primaria 2001; 28: 39-45.</p>	<p>Objectives. To find the relationship between primary care (PC) and mental health (MH) by evaluating: 1) perception of MH problems in PC: training of professionals and doctor-patient relationship, and 2) relationship between PC and specialist support services: coordination meetings and reasons for referrals.</p> <p>Design. Descriptive study.</p> <p>Setting. Seven PC centres that share the same mental health centre in the Girona Health Region.</p> <p>Participants. All the PC doctors from the 7 centres (n = 66).</p> <p>Measurements and main results. Specific, anonymous and self-administered survey, with 71 Likert type items, distributed in 14 fields. 51 replies (77.2%). 60.4% valued positively their MH training. 100% thought that a good doctor-patient relationship improves adherence to treatment, and 76.5% saw this hindered by lack of time. Aggressive and manipulative patients caused a higher level of tension (70.6% and 66.7%). The point most highly valued of their relationship with the MH centre was its support in patient follow-up (69.6%) and the agreement to share responsibilities for treatment of mental disorders (71.1%). The forms of support most valued were: inter-clinical meetings (80.4%) and inter-clinic telephone consultations (78.4%). The factors most conditioning referral to the MH centre were ideas of suicide (96.1%) and the seriousness of the symptoms (94%).</p> <p>Conclusions. Greater MH training should be offered to PC doctors. PC doctors think they have little time available to devote to their psychiatric patients. Availability of a specialist PC support team is essential.</p>
<p>MINTZBERG, H. GLOUBERMAN, S. Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration. Health Care Manage Rev. 2001 Winter;26(1):70-84</p>	<p>The development of appropriate levels of integration in the system of health care and disease cure will require stronger collective cultures and enhanced communication among the key actors. Part II of this paper uses this line of argument to reframe four major issues in this system: coordination of acute care and of community care, and collaboration in institutions and in the system at large.</p>
<p>SCHILLINGER, D. et al. Effects of Primary Care Coordination on Public Hospital Patients. Journal of General Internal Medicine, 15: 329–336.</p>	<p>Objective: To evaluate the effect of primary care coordination on utilization rates and satisfaction with care among public hospital patients.</p> <p>Design: Prospective randomized gatekeeper intervention, with 1-year follow-up.</p> <p>Setting: The Adult General Medical Clinic at San Francisco General Hospital, a university-affiliated public hospital.</p> <p>Patients: We studied 2,293 established patients of 28 primary care physicians.</p> <p>Intervention: Patients were randomized based on their primary care physician's main clinic day. The 1,121 patients in the intervention group (Ambulatory Patient-Physician Relationship Organized to Achieve Coordinated Healthcare [APPROACH] group) required primary care physician approval to receive specialty and emergency department (ED) services; 1,172 patients in the control group did not.</p> <p>Measurements and Main Results: Changes in outpatient, ED, and inpatient utilization were measured for APPROACH and control groups over the 1-year observation period, and the differences in the changes between groups were calculated to estimate the effect of the intervention. Acceptability of the gatekeeping model was determined via patient satisfaction surveys.</p> <p>Results: Over the 1-year observation period, APPROACH patients decreased their specialty use by 0.57 visits per year more than control patients did (P = .04; 95% confidence interval [CI] -1.05 to -0.01). While APPROACH patients increased their primary care use by 0.27 visits per year more than control patients, this difference was not statistically significant (P = .14; 95% CI, -0.11 to 0.66). Changes in low-acuity ED care were</p>

similar between the two groups (0.06 visits per year more in APPROACH group than control group, $P = .42$; 95% CI, -0.09 to 0.22). APPROACH patients decreased yearly hospitalizations by 0.14 visits per year more than control patients ($P = .02$; 95% CI, -0.26 to -0.03). Changes in patient satisfaction with care, perceived access to specialists, and use of out-of-network services between the 2 groups were similar. Conclusions: A primary care model of health delivery in a public hospital that utilized a gatekeeping strategy decreased outpatient specialty and hospitalization rates and was acceptable to patients.
