

A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado



Care handover to chronic conditions to regionalized planning

La transición del cuidado orientado a condiciones crónicas en el planeamiento regionalizado

Kamila da Silva Pena^a

Rosane Machado Rollo^b

Camila Luana Oliveira Reuter^c

Vilma Constanca Fioravante dos Santos^d

Deise Lisboa Riquinho^c

Adriana Roesse Ramos^c

Como citar este artigo:

Pena KS, Rollo RM, Reuter CLO, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190168. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>

RESUMO

Objetivo: Analisar as possibilidades da transição do cuidado diante da problemática do adoecimento crônico face à necessidade do planejamento municipal regionalizado.

Métodos: Estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015, em uma Região em Saúde do Rio Grande do Sul junto aos Coordenadores da Atenção Primária em Saúde. A análise dos dados se deu por categorização temática.

Resultados: As categorias temáticas identificadas foram: “A relação entre os municípios da Região em Saúde e o planejamento em saúde”, “Fluxo Organizacional de atendimento ao adoecido crônico” e “A gestão do cuidado na rede de atenção: o movimento de atender a demanda dos adoecidos crônicos”.

Conclusões: Demonstra-se a persistência de entraves que afetam a atenção em saúde às Condições Crônicas Não Transmissíveis e se refletem na trajetória do usuário entre os serviços de saúde, fragilizando o processo da transição do cuidado.

Palavras-chave: Cuidado transicional. Regionalização. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the possibilities of the transition from care to the problem of chronic illness due to the need of regionalized municipal planning.

Method: An exploratory qualitative study was carried out in one of the Health Regions of Rio Grande do Sul, together with the Primary Health Care Coordinators.

Results: The final thematic categories that emerged from the results were: “The relationship between municipalities of the Health Region and health planning”, “Organizational flow of care of users with chronic diseases”, and “Managing care in the health system: meeting the demands of chronically sick users”.

Conclusions: The scenario under study demonstrates the persistence of barriers that affect health care for NCDs, such as the scarcity of investments, lack of planning and disarticulation of communication among municipalities. These conditions reflect on the path of the user among the health services, weakening the transition process of care.

Keywords: Transitional care. Regionalization. Health planning.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las posibilidades de la transición del cuidado ante la problemática del enfermo crónico ante la necesidad de la planificación municipal regionalizada.

Método: Estudio exploratorio de abordaje cualitativo, realizado en una de las Regiones en Salud de Rio Grande do Sul junto a los Coordinadores de la Atención Primaria en Salud.

Resultados: Las categorías temáticas finales que surgieron de los resultados fueron: “La relación entre los municipios de la Región en Salud y planificación en salud”, “Flujo Organizacional de atención al enfermo crónico” y “La gestión del cuidado en la red de atención: el movimiento de atender la demanda de los enfermos crónica”.

Conclusiones: El escenario en estudio demuestra la persistencia de trabas que afectan la atención en salud a las CCNT como la escasez de inversiones, insuficiencia en la planificación y desarticulación en la comunicación entre los municipios.

Palabras clave: Cuidado transicional. Regionalización. Planificación en salud.

^a Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), Departamento de Enfermagem, Taquara, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil, a discussão sobre modelos de atenção em saúde coordenados e organizados tem ganhado espaço na literatura acadêmica e na legislação, principalmente em função dos adoecimentos crônicos e a necessária sustentabilidade do Sistema de Saúde⁽¹⁻²⁾.

A perspectiva da coordenação do cuidado propõe que sejam interligados recursos comunitários, assistenciais e gerenciais, para que seja possível intervir em situações complexas como é o caso das condições crônicas em saúde, nas quais os usuários exigem a utilização simultânea e prolongada de diferentes recursos em saúde⁽¹⁾. Entretanto, diante da conjuntura econômica de austeridade fiscal, há a redução progressiva do papel do Estado em intervir na atenção à saúde. O reflexo desse cenário na oferta de serviços é o prejuízo das condições de saúde da população, especialmente no que tange o adoecimento crônico⁽³⁻⁵⁾.

Desta forma, este contexto gera demanda crescente pela eficiência da gestão pública e o estabelecimento de mecanismos colaborativos que possam favorecer a utilização dos serviços de saúde e o atendimento das demandas em saúde dos usuários. Apesar das persistentes limitações na implantação do planejamento municipal, regional e estadual⁽⁶⁾.

No campo macro-organizativo do Sistema de Saúde existem normativas institucionalizadas de ferramentas de gestão compartilhadas, como é o caso da organização político-administrativa das Regiões em Saúde a partir de características culturais e de capacidade instalada dos entes federativos⁽²⁾. Face às recomendações institucionalizadas de formas de gerir a oferta de atenção em saúde, está-se caminhando em direção a outras formas de organização dos sistemas locais de saúde, respeitando o conceito de Região de Saúde cunhado no Decreto 7.508/2011. Uma das possibilidades vislumbradas é a organização dos municípios de forma sistêmica e coordenada constituindo o que se denomina de Planejamento Municipal Regionalizado, como possibilidade de os municípios atuarem de forma mais solidária e cooperativa na atenção em saúde ao usuário crônico, no âmbito das Regiões de Saúde, seja na perspectiva da Atenção Primária em Saúde, média ou alta complexidade⁽⁶⁾. Assim, os municípios podem compartilhar experiências, desafios, recursos e obstáculos, promovendo trocas, organizando as estratégias, interconectando e horizontalizando as relações municipais e regionais do sistema de saúde.

A conexão entre a Atenção Primária em Saúde com serviços de outros níveis de atenção, promovida pelos municípios no âmbito da Região de Saúde, é fundamental para

a adesão do usuário ao seu plano terapêutico e, as consequências desta articulação, trazem resultados positivos para a população⁽⁷⁾. Quando não é alcançado este vínculo, são fragilizadas as ações envolvendo o planejamento dos serviços de saúde e a comunicação entre os mesmos. Desse modo, a transição do cuidado não acontece, afetando quem depende desta estratégia para acessar ações em saúde de qualidade⁽⁸⁾.

Partindo da necessária organização e coordenação do cuidado no sistema de saúde, refletir sobre a transição do cuidado se faz relevante em função das crescentes demandas em saúde ligadas à transição epidemiológica e a prevalência das doenças crônicas. As condições crônicas tensionam os sistemas de saúde a proporem estratégias para a redução do tempo de permanência hospitalar e a qualificação da atenção na comunidade. Desta forma, as ações desenvolvidas durante a transição do cuidado são importantes, visto que com este processo é possível superar a fragmentação da atenção em saúde e garantir a continuidade dos cuidados⁽⁹⁻¹⁰⁾. Entretanto, apesar da articulação do hospital com os demais serviços da rede assistencial auxiliar na implementação de melhores práticas e possibilitar a continuidade dos cuidados pós-alta, esta ainda é uma atividade pouco realizada⁽¹¹⁾ e que podem ser viabilizadas por meio da proposta do Planejamento Municipal Regionalizado.

O conceito de transição do cuidado é proposto como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de usuários entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro de um mesmo serviço de saúde⁽¹²⁾. Esta é uma estratégia que proporciona a longitudinalidade da atenção em saúde, dando-se continuidade aos cuidados na alta hospitalar, influenciando a qualidade de vida dos pacientes, e contribuindo na prevenção de readmissões hospitalares e redução de custos⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Discutir a perspectiva da transição do cuidado em saúde prescinde a reflexão acerca da dinâmica de organização dos municípios de forma mais ampla, aqui proposta a partir da organização administrativa em Regiões em Saúde⁽²⁾, e as complexas relações entre os municípios que as constituem, tendo como imagem-objetivo a perspectiva do Planejamento Municipal Regionalizado⁽⁶⁾. Diante do exposto, o presente estudo questiona: Quais são as possibilidades de transição do cuidado diante da problemática do adoecimento crônico face à necessidade do planejamento municipal regionalizado? Assim, esse estudo tem como objetivo analisar as possibilidades da transição do cuidado diante da problemática do adoecimento crônico face à necessidade do planejamento municipal regionalizado.

■ MÉTODOS

Estudo exploratório de abordagem qualitativa⁽¹⁴⁾, realizado no estado do Rio Grande do Sul, nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão do estado do Rio Grande do Sul, os quais compreendem a Região em Saúde 10. A região foi escolhida devido aos desafios encontrados em grandes metrópoles para a organização da rede assistencial de saúde, especialmente questões referentes ao adoecimento crônico.

Participaram deste estudo Coordenadores de Atenção Básica (CAB) dos municípios supracitados. No local de estudo, este cargo de gestão, em sua maioria, era assumido por Enfermeiras. Dos nove profissionais entrevistados, oito eram enfermeiros e um era médico. Em um dos municípios haviam dois CAB e, em outros dois, além da coordenação da Atenção Básica também participaram duas outras Coordenadoras da Secretaria de Saúde, totalizando nove entrevistados. As entrevistas foram realizadas entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015, sendo que para a sua realização foram previamente acordados, juntamente com os coordenadores, dia e local via telefone e/ou email.

Os questionamentos realizados eram relacionados à organização e gestão das Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT) na APS no que tange o uso de prontuários eletrônicos, uso de Planos Terapêuticos Singulares, Reuniões entre os Municípios para discutir o fluxo de utilização intermunicipal dos serviços de saúde; e as estratégias adotadas pelos CAB para enfrentar os desafios no cotidiano da organização dos serviços. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra em documento word para realização da análise de conteúdo⁽¹⁴⁾. Para a categorização temática foi utilizado apoio do software NVivo 9 e utilizaram-se suas três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁴⁾. Da análise temática emergiram as unidades de análise, estas foram organizadas em categorias analíticas apresentadas na seção de resultados. As entrevistadas foram codificadas como: ECAB – entrevistas com gestores, de um (1) a nove (9). Pensando-se na proximidade das atividades de gestão, optou-se por manter as duas outras coordenações da Secretaria com a mesma codificação, visto que foram incluídas a pedido das então CAB.

As considerações bioéticas foram respeitadas, conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁵⁾. Os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, para confirmar o aceite de participação no estudo, assim como a garantia do anonimato. O projeto

foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelos Comitês de Ética da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob pareceres números, 708.357/2014 e 885.916/2014, respectivamente.

O presente estudo está inserido na pesquisa “Doenças crônicas não transmissíveis e o planejamento em saúde: os desafios da região metropolitana Porto Alegre-RS”, a qual foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (Fapergs) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS n. 002/2013.

■ RESULTADOS

As categorias temáticas finais que emergiram dos resultados foram: “A relação entre os municípios da Região em Saúde e o planejamento em saúde”, “Fluxo Organizacional de atendimento ao adoecido crônico” e “A gestão do cuidado na rede de atenção: o movimento de atender a demanda dos adoecidos crônicos”.

A relação entre os municípios da Região em Saúde e o planejamento em saúde

Diante da crescente demanda em saúde, os municípios da região em estudo têm se estruturado para discutir a organização e planejamento da atenção em saúde nos municípios e na Região de Saúde. Neste movimento são realizadas reuniões entre as Coordenadorias de Saúde para debater o planejamento das regiões em saúde e a organização local dos Municípios em relação ao atendimento ofertado aos usuários.

O contato acontece. Tem os fóruns da Coordenadoria Regional [...] que a gente participa junto com outra coordenadoria e a gente tem discutido bastante. (ECAB8)

Mas, foi ressaltado que a comunicação e participação dos Municípios se dá a partir de demandas específicas, principalmente para qualificar ações programáticas já implementadas ou para atualizações de políticas públicas em saúde implementadas de forma transversal.

Quando surge uma temática como DST, AIDS e saúde mental eles reúnem a regional, tem algumas políticas que realmente acontece o encontro com a regional para pensar naquela situação. Ou, quando é lançado um decreto novo, alguma portaria nova [...]. (ECAB3)

Uma vez ao mês eles reúnem os municípios e conversam sobre temas que estão em voga. De uma reunião para outra a gente escolhe um tema, "ah, mês que vem a gente vai falar da rede cegonha que tá parada", aí todos os municípios "eu tô fazendo isso, o meu aquilo" [...]. (ECAB9)

Fluxo Organizacional de atendimento ao adoecido crônico

Em relação ao fluxo organizacional do atendimento, verificou-se que os usuários transitam de forma recorrente entre os municípios, tanto em função da proximidade geográfica entre eles, quanto da escolha das pessoas por serviços específicos, como da média e alta complexidade, de acordo com interesses individuais e da disponibilidade de capacidade instalada. Um dos entrevistados aponta que, o município tem reputação de ter agilidade no atendimento dos encaminhamentos realizados.

Atendemos municípios vizinhos, os usuários moram em outras cidades e têm parentes aqui, eles pegam conta de luz, endereço do parente, que faz uma declaração e assim, se houver a necessidade de registrar no cartório ele leva [...]. (ECAB5)

A demanda aqui é menor que do município vizinho, então eles sabem que aqui o atendimento é mais rápido, os encaminhamentos são mais rápidos, tudo acaba sendo mais rápido. Então eles acabam vindo e criando vínculo. Pacientes de anos que sabemos que não moram aqui. (ECAB6)

Um dos pontos críticos no atendimento aos adoecidos crônicos é o tempo de espera para receber atendimento na média e alta complexidade. Uma das formas de resolver este problema é qualificar as informações contidas nos formulários de encaminhamentos, haja vista que depois que o usuário é inserido no sistema de regulação, os profissionais da Atenção Primária se distanciam do atendimento prestado ao usuário, no sentido de não terem acesso ao sistema de encaminhamentos, isto fica a cargo do setor de regulação dos Municípios.

A gente tem procurado trabalhar bastante na questão da qualificação da referência [...] quanto menos específico, quanto menos claro tiver, mais vai demorar [...] geralmente assim, sai da unidade básica de saúde com a referência, vem até a secretaria municipal de saúde e entra pelo sistema [...] A pessoa mesmo traz, e o departamento de controle, auditoria e avaliação é responsável por dar o retorno quando sai a data da consulta. (ECAB9)

Os municípios têm enfrentado a dificuldade organizacional de atender às demandas que provêm da judicialização, esta que é uma alternativa encontrada pelos usuários diante das dificuldades em acessar os serviços de saúde.

[...] o usuário tem buscado outra alternativa que é a judicialização[...] Às vezes o acesso da saúde quando tá difícil para o usuário, o acesso não tem sido mais a atenção básica, tem sido a justiça. (ECAB7)

Os municípios têm a possibilidade de ampliação da capacidade instalada a partir dos recursos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, o que é uma escolha da agenda pública destas esferas. Na realidade em estudo, verificou-se que as possibilidades de incremento da oferta de serviços em saúde estavam concentradas nos leitos hospitalares e na construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

[...] está sendo construída também uma UPA para desafogar um pouco o hospital. Já para o lado também das doenças crônicas, na parte das internação, o hospital está sendo ampliado [...] Isso, foi naquela disputa do hospital regional, os municípios que concorriam, eles ganharam um anexo. [...] então vai desafogar bastante esta área de Porto Alegre. (ECAB2)

Outro entrevistado aponta para as dificuldades que os Municípios enfrentam em financiar as ações em saúde diante dos insuficientes investimentos por parte do Estado e da União.

O município por incrível que pareça, ele investe aqui mais do que o mínimo institucional que eu acho é vinte e cinco por cento de aplicação na saúde. Os municípios se sentem muito sozinhos nessa parte de financiamento. Porque não tem, se a gente começa a comprar todos os serviços especializados que faltam a nível estadual, a nível nacional, a gente não vai dar conta, não vai ter dinheiro que chegue. [...]. (ECAB7)

A gestão do cuidado na rede de atenção: o movimento de atender a demanda dos adoecidos crônicos

Os entrevistados apontam que realizam ações em saúde destinadas aos adoecidos crônicos, por meio de atividades em grupo destinadas aos hipertensos e diabéticos, também são desenvolvidas atividades realizadas no

domicílio juntamente com os Agentes Comunitários em Saúde. Outro elemento que ainda permanece nos municípios são as campanhas e ações programáticas voltadas a populações específicas, como as direcionadas à saúde da mulher e saúde do homem.

Existem grupos em todas as unidades, fazem grupo de hipertensão e diabético. De saúde mental algumas já conseguiram implantar, os Agentes Comunitários fazem o trabalho focado dentro do domicílio. (ECAB2)

Temos algumas programações anuais do município, de saúde da mulher [...] Começamos ano passado com uma campanha de saúde do homem, que nunca teve, então em novembro fazemos o novembro azul, que é uma campanha preventiva do homem para trazer este homem para dentro das unidades [...] foi bem positivo em alguns locais. (ECAB1)

Nos espaços institucionalizados de promoção em saúde tem acontecido um movimento interdisciplinar voltado à educação dos usuários para o autocuidado, envolvendo profissionais de diferentes áreas e setores. Os entrevistados relatam ações envolvendo alimentação e medicação, tendo um caráter associado à linha da prevenção em saúde de modo convencional.

Trabalhamos na orientação sobre medicação e alimentação. De tempos em tempos a farmacêutica comparece nos grupos e faz palestras sobre a medicação [...] Temos uma nutricionista também, que pertence à Secretaria de Educação, e algumas vezes já nos ajudou. Ela vai no grupo e realiza uma conversa com os pacientes e no restante é a enfermagem que orienta [...]. (ECAB4)

Os entrevistados afirmam que os usuários, mesmo após serem referenciados para serviços de maior complexidade, permanecem vinculados à APS.

[...] O paciente volta no sentido da atenção básica, ele não se vincula em outro serviço. (ECAB7)

Mesmo permanecendo o vínculo com a APS, os CAB relatam que o usuário não é contra referenciado para os serviços, o que acaba fragmentando e dificultando as ações a serem realizadas.

Não, não isso não existe [...] o paciente sempre sai com as orientações mas não com uma contrarreferência para o profissional. (ECAB3)

[...] a contrarreferência como em todos os locais é muito difícil. (ECAB7)

[...] contrarreferência, é raríssimo assim. Normalmente ele faz o procedimento ou o exame no outro município e retorna quando ele tiver pronto [...] eles não dão esse retorno. (ECAB2)

Diante da problemática, um dos entrevistados associa o prontuário eletrônico como uma ferramenta positiva, como qualificadora para a realização da contrarreferência. O prontuário eletrônico auxiliaria a preencher brechas e facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

Essa eu acho que é uma questão que a gente precisa qualificar. Eu acho que essa qualificação só vai se dar com a informatização [...] Com o prontuário eletrônico, quando tu vai fazer a referência, ele exige que tu vá colocando itens para poder classificar [...] a própria contrarreferência precisa relatar isso. Quando tiver o prontuário eletrônico o próprio médico do centro de especialidades vai fazer o relato dele dentro do prontuário, e quando ele voltar ele vai ter o relato desse médico. Então pra mim, hoje, a única solução que eu vejo é a partir do prontuário eletrônico com acesso contínuo. (ECAB8)

Os entrevistados percebem a necessidade de oferecer atendimento em horários estendidos para a população, especialmente pela Atenção Primária, mas apontam que há obstáculos de ordem econômico-financeiro que limitam a ampliação da cobertura e do atendimento.

Temos a consciência que seria muito importante estender o horário tanto das consultas, quanto da farmácia, mas o município hoje não tem profissionais suficientes e não temos como contratar, porque estamos no limite da lei de responsabilidade fiscal. [...]. (ECAB2)

Na Região de Saúde estudada, os municípios majoritariamente concentram sua capacidade instalada em serviços da Atenção Primária em Saúde e de Média Complexidade. Um dos gestores aponta que a maioria da população é dependente dos serviços públicos de saúde, ou seja, da Atenção Primária em Saúde, assim os horários restritos de atendimento atingem a muitas pessoas.

Aqui na cidade 98% das pessoas utilizam o SUS, então 2% tem convênio. A cidade é praticamente SUS, ela depende muito do serviço. (ECAB1)

[...] às vezes o pessoal perde consulta do especialista porque não tem o dinheiro da passagem ônibus sabe, e isso não é uma realidade, isso é quase o dia a dia assim. (ECAB8)

■ DISCUSSÃO

O movimento dos municípios em discutir o fluxo de utilização dos usuários em espaços políticos como os fóruns de Coordenadorias Regionais é um importante avanço no atendimento dos adoecidos crônicos na perspectiva do Planejamento Municipal Regionalizado. Apesar de estes debates ainda estarem restritos a demandas específicas, pode-se visualizar uma tentativa de os municípios compartilharem experiências e obstáculos às articulações intermunicipais e regionais, proporcionando trocas solidárias – referentes aos diferentes níveis de atenção – na Região de Saúde⁽⁶⁾. Isto é um achado da pesquisa que deve ser debatido, tendo em vista a complexidade do adoecimento crônico, a necessária centralidade da APS na coordenação do cuidado e a potência do estabelecimento de estratégias que favoreçam a transição do cuidado^(1,9), tais como as articulações supracitadas. As demandas das condições crônicas exigem dos serviços e das redes de atenção em saúde a estruturação de mecanismos que contemplem a percepção do usuário sobre seu estado de saúde e reforce a participação da família para a conquista de maior visibilidade sobre o tema⁽¹⁶⁾.

No cenário estudado, verificou-se que ainda persiste o nó da comunicação entre a APS, demais níveis de atenção e entre os municípios da Região de Saúde, além da demora para o atendimento na média e alta complexidade, o que fragiliza a capacidade do sistema de saúde regionalizado em dar retaguarda aos municípios. Um dos caminhos encontrados pelos gestores municipais foi qualificar a gestão dos casos, mas isto ainda se distancia do que é preconizado, no sentido de as informações não serem compartilhadas entre os níveis de atenção e os municípios de uma mesma Região de Saúde, assim como sugere o Decreto 7.508⁽²⁾. Nesta conjuntura os usuários têm dificuldades em acessar recursos em saúde necessários ao cuidado no adoecimento crônico⁽⁷⁻⁹⁾.

Pensa-se que se os municípios de uma mesma região se organizarem conjuntamente na rede de atenção e pensarem em aproximações de rotinas da APS, o cuidado em saúde, especialmente ao adoecido crônico, será qualificado e processos serão otimizados a partir de experiências exitosas de municípios circunvizinhos. Essa perspectiva se dá devido ao fato de que a região é aproximada por sua identidade cultural, econômica e social, conforme referido no conceito de Região de Saúde constante do Decreto 7.508/2011⁽²⁾.

Neste contexto, cabe destacar que ainda existem tensionamentos que impõem a demanda em saúde do usuário à gestão municipal via judicialização. Isto faz com que o

planejamento dos municípios seja preterido em nome de demandas pontuais, porém imprescindíveis sob o ponto de vista do direito em saúde. Esta realidade sugere a reflexão da necessidade do debate sobre a regionalização com a disponibilização de espaços de diálogo pautados em informações sobre planejamento municipal, regional, estadual e organização dos fluxos de referência entre os serviços de saúde⁽¹⁾. Elementos estes que se somam à importância de haver a vinculação e longitudinalidade do cuidado ao usuário crônico, que deve perpassar os diferentes níveis de atenção e os municípios de referência para a gestão dos casos. Este contexto indica a validade do debate sobre a transição do cuidado, que deve ser trasladado para os diferentes níveis de atenção e formas de organização dos sistemas locais e regionais de saúde.

A conjuntura política de austeridade fiscal⁽³⁾ impõe aos municípios dificuldades para além daquelas já vivenciadas, tendo em vista que as condições crônicas exigem atenção em saúde de forma ampliada, assim como a mudança no modelo de atenção^(8,17). Mas, na realidade em estudo, verificou-se que os municípios se vêem limitados em atender as demandas dos adoecidos crônicos devido à restrição na oferta de recursos oferecidos por parte do Estado. A insuficiência dos recursos do SUS convive com uma situação de ineficiência alocativa, que acarreta no desvio destes recursos para a atenção de média e alta complexidade. A escassez de investimentos na APS e, por conseguinte, em ações referentes às CCNT reflete no declínio de resultados positivos, agravando o quadro dos adoecidos crônicos^(5,17).

Diante dessas limitações há uma movimentação para a gestão do cuidado de forma interdisciplinar e baseada no vínculo com a APS. Porém, ainda não há comunicação entre os serviços de saúde da rede de atenção⁽¹⁸⁾, um obstáculo para o Planejamento Municipal Regionalizado. Há evidências de que não é possível prestar cuidados efetivos, eficientes e de qualidade sem sistemas potentes de informação clínica. As tecnologias de informação reduzem custos, devido à eliminação de retrabalhos e viabilizam a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde. Neste sentido, os municípios estão caminhando para implantar de forma plena o prontuário eletrônico, uma ferramenta útil para interligar os serviços e otimizar a gestão dos cuidados⁽¹⁷⁾. Os municípios em estudo, na ocasião da geração dos dados, estavam se articulando no uso do sistema e-SUS, porém, os dados demonstram que necessitam qualificar a informatização e os programas para atender de forma mais adequada os registros de referência e contrarreferência.

Essa situação desperta o debate sobre a necessária qualificação da forma como se tem organizado o Sistema

de Saúde para atender os adoecidos crônicos. A dependência dos usuários aos serviços da APS e as dificuldades em receber atendimento na média e alta complexidade chamam atenção para o compromisso ético e político dos gestores em saúde em pensar alternativas para o atendimento das demandas em saúde. A ESF deve operar como parte e centro de comunicação com os demais serviços de saúde, mas para isso será necessário adotar um modelo de atenção efetivo para as condições crônicas⁽¹⁷⁾. Estes elementos devem ser debatidos no campo da gestão, pois o exercício da transição do cuidado é interdependente de diferentes níveis de atenção e, para além disso, do funcionamento do Sistema de Saúde por meio da regionalização da atenção em saúde, como foi apresentado nos resultados desta pesquisa.

Diante do avanço do adoecimento crônico e de sua complexidade e conexão entre quem necessita do cuidado e o que presta a assistência é inquietante verificar na realidade em estudo que os Municípios veem-se limitados em ampliar a oferta de atendimento na Atenção Primária em Saúde^(3-5,8). Isto parece estar ligado a dois movimentos que se apresentaram em conjunto, por um lado persiste a dificuldade de mudar o modelo de atenção em saúde, este ainda é centrado em campanhas e ações pontuais, com ênfase em públicos tradicionais no campo da saúde pública, de modo que o atendimento em saúde ainda não se adequa ao adoecimento crônico. Por outro lado, os dados empíricos demonstraram os depoimentos dos gestores municipais apontando que a captação de recursos por parte dos Secretários e Coordenações em saúde nos municípios ainda está reservado a ampliação de serviços e oferta de atendimento de média e alta complexidade, o que reafirma o que apresentado pela literatura da área⁽¹⁾.

Os dados empíricos apontam que os horários reduzidos das equipes e a inconstância do fluxo de encaminhamentos entre os municípios prejudica a formação de vínculo com o usuário adoecido crônico e a organização de ações em saúde de forma planejada e organizada. Este contexto indica os ainda atuais desafios da APS⁽⁴⁾, pois o usuário necessita ser acolhido e cuidado integralmente na transição do cuidado, principalmente aqueles que vivenciam o adoecimento crônico⁽¹⁹⁾. Embora ainda persista a questão de que os profissionais enfrentam a fragilidade de não terem o sistema de referência e contrarreferência estabelecido, condição esta que fragiliza a transição do cuidado⁽¹⁹⁾.

Ressalta-se que existe o sistema de regulação para a organização dos encaminhamentos de média e alta complexidade, porém dois dos municípios em estudo estão em gestão plena (organização ainda adotada no Estado), sendo que um deles é a metrópole e outro demonstra que

isso se coloca como um obstáculo para dar conta da saúde de seus municípios. Apesar de haver este sistema, a média complexidade se coloca como um grande nó do sistema, desafiando o planejamento em saúde e, por consequência a organização da referência e contrarreferência, essencial aos adoecidos crônicos. No Rio Grande do Sul, a maior parte das consultas especializadas é realizada na Capital e financiada pelo governo estadual.

Como fazer a transição do cuidado diante de um cenário de atenção em saúde que não se adequa ao atendimento do paciente crônico e que hoje tem sua capacidade de promover saúde e prevenir agravos limitada em função de fatores como a instabilidade na consolidação de políticas públicas^(1,3-5,8) é um desafio posto para o campo da Saúde Coletiva.

■ CONCLUSÕES

A partir dos dados empíricos e do debate aqui proposto, foi possível alcançar o objetivo de analisar as possibilidades da transição do cuidado diante da problemática do adoecimento crônico face à necessidade do planejamento municipal regionalizado. Os municípios em estudo demonstram possibilidades de pensar em âmbito regional as ações aos adoecidos crônicos, o que promove estratégias que favorecem a transição do cuidado e viabiliza a relação dos municípios a partir do Planejamento Municipal Regionalizado.

A coordenação do cuidado é elemento imprescindível para que seja possível organizar a atenção em saúde de forma regionalizada e isto tem implicações na transição do cuidado, tendo em vista que os municípios precisam se comunicar entre si e compartilhar a capacidade instalada na Região de Saúde, em vista da atenção em saúde que possa atender às demandas do adoecimento crônico. Desta forma, os dados demonstraram obstáculos ao fluxo organizacional dos adoecidos crônicos da região em estudo.

Na busca pela otimização e compartilhamento de recursos, a regionalização ainda tem se constituído como uma diretriz de difícil implementação no âmbito do SUS, o que gera um fluxo importante de pessoas entre os diversos municípios, em função da capacidade instalada em saúde. A gestão da rede de atenção ao adoecido crônico ainda é discutível nos municípios em estudo, de como os mesmos têm conseguido transladar o cuidado entre eles e entre os níveis de atenção em um mesmo território. Neste sentido, foi evidenciado, com os resultados desta pesquisa, a insuficiência de espaços de diálogo entre os gestores, de modo que, sugere-se o fortalecimento de espaços como as Comissões Intergestoras para a viabilização de um planejamento efetivamente integrado.

O cenário em estudo, uma das Regiões em Saúde do Rio Grande do Sul, demonstra que ainda existem entraves que afetam a atenção em saúde às CCNT e que refletem na trajetória do usuário entre os serviços de saúde, fragilizando o processo da transição do cuidado. Os municípios apresentam obstáculos devido à escassez de investimentos, falta de planejamento e comunicação desarticulada.

Como limitação do estudo, pode-se citar a não inclusão de mais municípios para realização das entrevistas com os gestores das unidades de saúde e a carência de referencial sobre a transição do cuidado envolvendo a APS. Este estudo instiga a reflexão a respeito da temática proposta e o quanto ela é relevante para a área da saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Medina MG, MCR Fausto, Ligia Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(spe 1):244-60. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
2. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2011 jun 29;148(123 Seção 1):1-3.
3. Costa NR. Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1065-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>
4. Campos GWS. Defending the SUS depends on advancing health reform [Editorial]. *Interface*. 2018;22(64):5-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>
5. Malta DC, Duncan BB, Barros MBAB, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(10):3115-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>
6. Reuter CLO, Santos VCF, Bottega CG, Roese A. Monitoring practices in municipal healthcare management and their interface with nursing. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(esp):e2016-0019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0019>
7. Coelho APC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardino E, Alessi SM. Healthcare management of tuberculosis: integrating a teaching hospital into primary health care. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e0970015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000970015>
8. Cecilio LCO, Reis AAC. Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00056917. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>
9. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care? a qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(Suppl 1):i39-49. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>
10. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):e47615. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
11. Kind AJ, Jensen L, Barczy S, Bridges A, Kordahl R, Smith MA, et al. Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(12):2659-68. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0366>
12. Coleman EA.; Boulton C. American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-7. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
13. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(6):30-6.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
16. Ribeiro M, Albuquerque IMN, Cunha ICKO, Mayorga FDO, Neto FRGX, Silveira NC. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. *APS Rev*. 2019;1(1):29-38. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.5>
17. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012 [citado 2019 abr 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
18. Silocchi C, Junge JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):599-615. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>
19. Silva-Rodrigues FM, Bernardo CSG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC. Transitional care to home in the perspective of parents of children with leukemia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180238. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>

■ Autor correspondente:

Kamila da Silva Pena
E-mail: kpena@hcpa.edu.br

Recebido: 16.05.2019
Aprovado: 13.08.2019