

GESTÃO DE SAÚDE POPULACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/01/2024

Alberto José N. Ogata

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

INTRODUÇÃO

A Gestão de Saúde Populacional (GSP) exige várias ações das equipes de saúde para ser efetiva e promover os resultados necessários. Entre as várias demandas, destacam-se a importância de entender a influência dos determinantes sociais na saúde das pessoas, o conhecimento do conceito de Saúde Populacional e como operacionalizá-la, a seleção dos indicadores e dos processos de gestão. Além disso, é preciso organizar o trabalho das equipes para que elas possam navegar, de maneira tempestiva e com base em dados fidedignos, o cuidado em saúde dos beneficiários, buscando apoiá-los no alcance das metas pactuadas.

Trabalhar dessa forma, na APS da Saúde Suplementar, impõe alguns desafios, uma vez que nem sempre a equipe tem acesso a todos os dados da

população a ela adscrita, em especial, os de utilização dos serviços dos demais níveis do sistema de saúde. Outro ponto importante são as questões relacionadas à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que nos impõe novos cuidados no manuseio das informações geradas por outros profissionais (ver Capítulo 4) e, por fim, a captura de elementos para conhecer o perfil de saúde da carteira. Atualmente, no geral, o preenchimento de documentos pelos beneficiários dos planos de saúde, quer seja na empresa ou em seus domicílios, também exige o desenho de estratégias.

A tarefa é desafiadora e impõe a todos os envolvidos a necessidade de se debruçarem para organizar as soluções que, cada vez mais, exigem processos inovadores. Precisa-se, pois, contar com sistemas que tragam velocidade e auxiliem a tornar o trabalho mais digital, corroborando para que o cuidado seja amplo, integral e que possa elevar o nível de saúde da população.

CONCEITO DE SAÚDE POPULACIONAL

Saúde Populacional pode ser definida como “*os desfechos em saúde em um grupo de indivíduos de uma população adscrita (a uma equipe ou a um serviço), incluindo-se, também, a distribuição de tais desfechos dentro deste grupo*”¹. Estes podem ser constituídos por empregados de uma empresa, beneficiários de um plano de saúde, a população de uma cidade, de um estado ou de um país.

A Saúde Populacional se refere, então, à saúde das pessoas, que recebe influências dos ambientes físico, econômico e social, além dos traços individuais, aspectos biológicos, desenvolvimento na infância e acesso aos serviços de saúde². Neste contexto, o governo canadense, no documento *Strategies for Population Health*, descreve as características da Saúde Populacional³:

- a. Aborda o espectro de fatores que determinam a saúde e não foca unicamente nos fatores clínicos ou riscos associados a uma doença particular;
- b. Afeta a população inteira e não apenas pessoas doentes ou de alto risco.

A perspectiva da Saúde Populacional é contribuir para que as pessoas tenham a oportunidade de viver com boa qualidade de vida durante a maior parte da existência, reduzindo as suas condições patológicas e incapacidades. É um trabalho que deve fornecer insights tanto para o corpo clínico quanto para administradores, permitindo que estes identifiquem os pontos de melhoria e tomem ações visando a dupla resultado-custo⁴.

DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE POPULACIONAL

Os determinantes sociais de saúde (DSS) têm sido cada vez mais considerados, principalmente por causa da recente pandemia de SARS-CoV2. As pessoas têm compreendido que saúde não se limita a cuidados médico oferecidos pelo sistema de saúde. Fatores relacionados aos meios utilizados para se deslocar, onde moram, com quem se relacionam, se tem acesso à educação e como trabalham trazem grande influência sobre o estado de saúde.

A Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu os DSS como “*as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem*”⁵. Esta Comissão propõe um modelo baseado na proposta de Dahlgren e Whitehead⁶ para categorização dos elementos. Neste modelo, os DSS são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais até as que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença.

Assim, conforme a Figura 1, os indivíduos encontram-se na base desse modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. A camada seguinte, representada pelos comportamentos e estilos de vida individuais, encontra-se no limiar entre aqueles fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos são dependentes de

opções pessoais e dos DSS, como o acesso a informações, alimentos saudáveis e lazer, entre outros. A próxima camada é representada pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam outras de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social. Logo após, estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos aqueles que se encontram em condição de pobreza. Por fim, a última camada expressa os macrodeterminantes referentes às situações econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, além dos determinantes supranacionais como o processo de globalização.



Figura 1 – Determinantes sociais de saúde⁶.

FONTE: Adaptado de Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo, 2017⁶.

SAÚDE POPULACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Muitos estudos têm demonstrado fortes associações entre indicadores de saúde e aspectos socioeconômicos, como renda, nível educacional, saneamento básico e tipo de ocupação. O setor saúde é orientado a buscar alternativas de colaboração e trabalho integrado para a melhoria dos indicadores e do cuidado da saúde. Neste aspecto, a APS, a depender da forma como for organizada, contribuirá sobremaneira para o atingimento destes objetivos, uma vez que atua de forma contínua e próxima da população adscrita à equipe⁷.

Este movimento tem início com a identificação dos fatores que podem influenciar os desfechos em saúde e inseri-los no planejamento da assistência, trabalhando com os beneficiários por meio de planos de cuidado, metas, ações e prazos pactuados com cada pessoa, considerando sua necessidade e sua prontidão para o cuidado, visando sempre a conquista dos objetivos.

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial são as do aparelho circulatório, diabetes, câncer e as respiratórias crônicas, e têm quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso abusivo do álcool⁷. Estes fatores são comportamentais e precisam ser considerados nas estratégias de promoção e de proteção à saúde, em abordagem multiprofissional⁷, a fim de que as pessoas sejam sensibilizadas para a mudanças de hábitos que favoreçam seu estado de saúde, por meio da melhoria do autocuidado. HealthPartners (2015)⁸, ao descrever os trabalhos desenvolvidos na GSP, traz que esses comportamentos poderiam evitar 25% dos custos de assistência à saúde.

Os profissionais de saúde, por meio de suas organizações ou individualmente, contribuem para estimular a construção de políticas públicas que propiciem o acesso à saúde e seus determinantes, de maneira igualitária para toda a população, considerando a singularidade das pessoas.

A premissa em Saúde Populacional é buscar conservar a saúde e o bem-estar das pessoas ao longo da sua jornada na vida e não apenas abordar os problemas quando o indivíduo procura o sistema de saúde. Os sistemas de saúde precisam deixar de ser reativos, ou seja, acionados somente quando há problemas e complicações, mas identificar fatores de risco e comportamentos não saudáveis e realizar abordagens assertivas com o uso das mais avançadas técnicas que estimulem a mudança de comportamento.

OPERACIONALIZAÇÃO DA GSP NA APS

Do ponto de vista operacional, o conceito de Gestão de Saúde Populacional envolve o processo de gerir os diferentes indicadores de saúde para trabalhar com equidade, fortalecendo o engajamento das pessoas, com o objetivo de conquistar o cuidado adequado, ao longo do tempo⁹.

O termo “Gestão de Saúde da População” refere-se à transformação em larga escala de esforços necessários para a reorganização e integração dos serviços em matéria de saúde pública, cuidados de saúde, assistência social e serviços comunitários, a fim de melhorar a saúde da população e a qualidade da assistência, reduzindo, ao mesmo tempo, o crescimento dos custos¹⁰.

Nos Estados Unidos, o conceito de GSP, numa versão que se aproveita da definição elaborada por Evans e Stoddart (1990)¹¹, foi disseminado com a proposta de organização dos sistemas de atenção à saúde, desenvolvida pelo *Institute for Healthcare Improvement*

e denominada de Tripla Meta (*Triple Aim - care, health and cost*). Esta sugere que os sistemas de atenção à saúde precisam ser orientados para obterem, simultaneamente, três metas¹²:

- a. Melhoria do nível de saúde da população;
- b. Melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos;
- c. Redução ou controle do gasto per capita.

Portanto, uma das metas centra-se na saúde da população e o conceito de população é interpretado como aquela que é afiliada a um sistema de atenção à saúde com uma vinculação sanitária e não meramente financeira. Esta população deve receber cuidados seguros, efetivos, oportunos, centrados nas pessoas e equitativos, providos com custos eficientes (Institute of Medicine, 2001; Stiel e Nolan, 2012)^{13,14}.

Em revisão sobre o conceito de GSP, Steenkamer (2016)¹⁵ apontou que as definições variavam no que diz respeito à descrição das atividades de gestão da saúde da população, embora todas contivessem elementos em comum, como:

- Estratificação dos riscos;
- Gestão de doenças e dos riscos presentes na população;
- Promoção da saúde e a prevenção de agravos;
- Gestão de dados;
- Avaliação de objetivos triplos (tripla meta).

A GSP consiste, então, em assumir a responsabilidade de gerir a saúde global e o bem-estar de um grupo definido e ser responsável pelos resultados de saúde. O objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados e dos resultados ao mesmo tempo¹⁶.

Steenkamer et al (2020)¹⁷ estudou as principais características de quatro iniciativas de GSP, em quatro países diferentes, e explorou as experiências dos participantes com a estratégia da GSP implementada e quais fatores e mecanismos influenciaram nos resultados. O estudo identificou cinco teorias iniciais do programa, consideradas importantes para o desenvolvimento da GSP. São elas:

1. Criar confiança, numa visão e compreensão compartilhada, para estabelecer o compromisso das partes interessadas;
2. Criar uma propriedade partilhada para alcançar os objetivos da iniciativa;
3. Compartilhar, entre as partes, um interesse financeiro visando reduzir os riscos e a sustentabilidade financeira;
4. Criar um ambiente de aprendizagem para assegurar a credibilidade da iniciativa;
5. Criar a consciência dos cidadãos e profissionais sobre as atitudes e comportamentos necessários.

Analisando a importância da GSP, no contexto da Saúde Suplementar, depreende-se deste trabalho que as Operadoras de Planos de Saúde e as empresas contratantes precisam alinhar bem os objetivos da APS e estruturar os trabalhos de GSP de forma consistente, sensibilizando (ao mesmo tempo) as lideranças e os beneficiários para adesão aos novos desenhos de trabalho. Concomitante a isto, trabalhar para que os profissionais saibam executar a efetiva gestão de saúde das pessoas e todos, juntos, buscarem o engajamento dos beneficiários. Para o atingimento deste objetivo, o sistema de saúde precisa estar organizado e superar diversas barreiras, como a fragmentação do cuidado, os incentivos financeiros desalinhados com os desfechos clínicos desejados e o uso insuficiente dos recursos tecnológicos³.

Há alguns componentes que podem contribuir para aprimorar a operacionalização da GSP, como: a adequada estratificação de risco, o conhecimento do perfil epidemiológico, o cuidado multiprofissional, a coordenação da atenção nos vários níveis do sistema de saúde, o acesso à APS, o estabelecimento de planos de cuidado, a educação para o autocuidado, a atenção para o estilo de vida, os fatores de risco para condições crônicas, a utilização de prontuários eletrônicos que sejam interoperáveis e o cuidado continuado⁷.

O perfil de saúde e a estratificação do risco como insumo para a GSP

Um passo importante é conhecer o perfil de saúde das pessoas e realizar a estratificação ou segmentação da população com base nos níveis de risco para desfechos piores de saúde.

Estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério. Estratificar, para a gestão do cuidado, representa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, necessidades diversas — para tanto, é preciso identificar os riscos de cada indivíduo⁷. A estratificação é extremamente útil, pois identifica as diferenças existentes entre as pessoas e os seus graus de necessidades, conforme os riscos. Conhecer os riscos de cada usuário ajuda as equipes de APS a adequar as ações, tanto individuais como coletivas, além de utilizar melhor os recursos da equipe e do serviço como um todo. A base de dados a ser trabalhada para a estratificação é a do uso dos serviços de saúde (base de utilização). Quando ela não é possível, pode-se aplicar questionários para conhecer o perfil da carteira que, neste caso, será autorreferido e exigirá confirmação ou não da equipe de saúde. Para este processo, é interessante a construção de um algoritmo em sistema para que seja automatizado.

Há várias formas de classificar os riscos e, no Brasil, utiliza-se a pirâmide do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), conforme Figura 2, proposta por Mendes (2012)¹⁸, na qual o autor utiliza três modelos:

- Modelo da Pirâmide de Risco;
- Modelo de Cuidado de Crônicos (MCC);

- Modelo da Determinação Social de Saúde (Dahlgren e Whitehead)⁶.

Na pirâmide do MACC, conforme a figura, o Modelo da Pirâmide de Riscos está colocado à esquerda; o Modelo de Atenção Crônica, ao centro, e o Modelo da Determinação Social da Saúde, à direita.

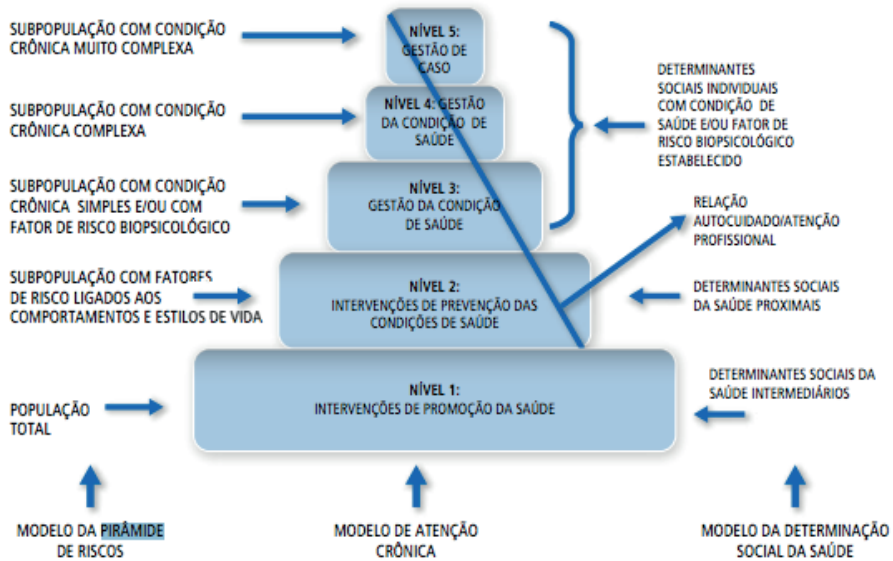


Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Fonte: Mendes (2012), p. 169.

Esta pirâmide, embora construída para o adequado gerenciamento das condições crônicas, é de grande utilidade na gestão de saúde da população, na medida em que descreve as ações que devem ser operacionalizadas pelas equipes em cada nível de complexidade.

De forma resumida, Mendes (2012)¹⁸ propõe que, no **nível 1**, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais, entre outros. Avalia-se o grau de risco para contemplar no plano de cuidados, objetivando elevar ou manter o nível de saúde. Já no **nível 2**, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Estes determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais.

Os **níveis 3, 4 e 5** estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e de risco biopsicológicos. As intervenções são

predominantemente clínicas, operadas com base em protocolos e linhas de cuidado - é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito. **No nível 3**, opera-se principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado - com ênfase na atenção multiprofissional. **No nível 4**, trabalha-se com o autocuidado apoiado (multiprofissional) e o cuidado profissional (médico de família e especialistas) e, no **nível 5**, as condições crônicas são muito complexas e lida-se com pessoas que mais sofrem. Aqui falamos em gestão de caso com alta concentração de cuidado do médico de família e dos especialistas, além da abordagem de toda a equipe.

Neste contexto, para a gestão de todos os aspectos da saúde, do bem-estar aos cuidados complexos, o sistema de saúde deve acessar toda a população⁷. Isso propiciará uma atenção à saúde de qualidade e contribuirá para a sustentabilidade econômico-financeira do sistema.

O trabalho na carteira de clientes das equipes

A estratificação (citada anteriormente) permitirá que as equipes conheçam os riscos, as condições de saúde e as demais situações existentes na população a ela adscrita. A partir dessas informações, passará a buscar, de forma ativa, os beneficiários (considerando os riscos, gravidade ou particularidade de cada pessoa) para os atendimentos, o estabelecimento de metas e das ações, de forma pactuada com cada um.

É importante avaliar e conhecer a capacidade de autocuidado de cada indivíduo no estabelecimento e pactuação das metas. Esta capacidade é, até certo ponto subjetiva, pois *“depende da percepção do profissional e da equipe de Saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica”*⁷ ou de estado de saúde. Mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças necessárias; a importância dada à condição, a presença e a força das redes de suporte social⁷. Esta capacidade deve ser periodicamente avaliada, pois as circunstâncias da vida promovem mudanças nelas.

A equipe ou um profissional, devidamente treinado, poderá efetuar a análise, o julgamento e a classificação da capacidade para o autocuidado em **suficiente** ou **insuficiente**¹⁹, conforme conhece a pessoa e o seu contexto. O Quadro 1 exemplifica um conjunto de situações em que se considera tal característica como insuficiente.

- Pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica. Por exemplo: com expectativa de cura ou controle em curto prazo.
- Pessoas com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados em médio e longo prazos.
- Pessoas que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento, isto é, que não demonstram interesse em realizar transformações nos próximos meses.
- Pessoas com baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas).
- Pessoas com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições.
- Pessoas com postura reativa às suas condições crônicas, que reduzem sua sociabilidade e tornam-se reclusas por causa de suas limitações, muitas vezes fazendo dos seus problemas o centro de suas vidas.
- Pessoas que se recolhem em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua situação.
- Pessoas que abandonam o acompanhamento por não atingirem as metas. Exemplo: usuário obeso que desiste do plano de cuidados ao ver que não perdeu peso.
- Pessoas com depressão grave, com prejuízo no desempenho das suas atividades diárias.

Quadro 1 – Situações que ajudam a ilustrar circunstâncias em que a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente¹⁹.

Fonte: Stumer PL, Bianchini I. In: Brasil. Ministério da Saúde. 2014¹⁹.

Outro ponto importante a considerar na GSP é o estágio de motivação para a mudança, uma vez que as ações serão operacionalizadas pela própria pessoa, em prol de sua saúde (seja mantendo ou melhorando o seu nível ou recuperando-a, em casos de problemas de saúde já instalados).

O Modelo Transteórico^{20,21}, de Prochaska e DiClemente, descreve a prontidão para a mudança como estágios pelos quais o indivíduo transita, sendo estes:

- **Pré-contemplação** (“I won’t”) – Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão;
- **Contemplação** (“I might”) – Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente;
- **Preparação** (“I will”) – Decide mudar, planeja, cria condições para isso e revisa tentativas passadas (se existiram);
- **Ação** (“I am”) – Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança;
- **Manutenção** (“I have”) – Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída;
- **Recaída** – Falha na manutenção e na retomada do hábito ou comportamento anterior/retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Após efetuado o mapeamento da capacidade de autocuidado, a identificação do estágio para a mudança e tendo conhecimento do risco para cada beneficiário, a equipe estrutura, em parceria com a pessoa e sua família (sempre que houver necessidade), o plano de cuidados. Este tem como objetivo desenhar as ações, estabelecer as metas e os prazos para o seu alcance. Neste desenho, são considerados os riscos, o grau de

complexidade, a gravidade e a capacidade de autocuidado de cada indivíduo, bem como o apoio da família. Importante definir: *“o que precisa ser feito; como será feito; quem proverá os serviços; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. Essa etapa exige criatividade para se escolher a melhor alternativa para que os objetivos sejam alcançados.”*⁷ Via de regra, inicia-se com metas menores (exemplo: caminhadas de 30 minutos, três vezes na semana, até conseguir chegar a caminhadas diárias de 60 minutos, se esta for a meta estabelecida).

Importante identificar situações que possam motivar as pessoas para mudança de comportamento, como o nascimento ou o casamento de um filho, a formatura de um neto, a posse em um novo trabalho ou novo cargo, entre outros. É essencial conhecer os recursos da família e a rede de apoio, para que possam ajudar a implementar o plano de cuidado. A equipe apoia as pessoas em suas conquistas, por meio de atividades que promovam o engajamento e este trabalho se dá por meio de ferramentas de gamificação ou por telefonemas e, até mesmo, presencialmente (se indicado). O que importa é estimular as pessoas em seus processos de mudança.

Segundo HealthPartners (2015)⁸, há autores que classificam os pacientes em: na meta, perto da meta, mais distante da meta e não engajados. Os que estão na meta recebem ligações de lembretes, em momento apropriado e que pode ser feito por pessoal administrativo do serviço de APS. Para os próximos da meta, o enfermeiro faz avaliação detalhada das necessidades de o paciente para a equipe trabalhar com ele. Os mais distantes da meta são abordados por mais de um integrante da equipe, em conferência de manejo de assistência, mensalmente. Nesta periodicidade, os membros da equipe revisam a lista destes pacientes e elaboram um plano para cada indivíduo. A partir disso, os enfermeiros ou técnicos de enfermagem fazem ligações para auxiliar na lembrança ou organizam reuniões para ajudar os pacientes na conquista de melhores resultados. Para os não engajados, toda equipe oportuniza várias estratégias facilitadoras de engajamento. O trabalho é para vencer a inércia dos pacientes e, para tanto, não pode haver inércia na equipe de APS⁸.

Assim, os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, como é a vida das pessoas e, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e efetuados ajustes nas intervenções, sempre que preciso.

Uma GSP bem-sucedida implica suprir essas necessidades em vários campos: *“criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte”*, se a situação for bastante grave.⁷

Navegação como forma de garantir a GSP

A navegação dos pacientes surgiu na área da oncologia, nos Estados Unidos da América, em estudos sobre a diferença da cura do câncer entre as mulheres brancas e as negras. Descobriu-se barreiras no processo de cuidado e que favoreciam a cura das brancas em relação às negras. Assim, o Dr. Harold Freedman criou o sistema de navegação, ajudando a transpor as barreiras de cuidado que dificultavam melhores resultados para as negras²². Desde então, este modelo de navegação vem sendo extrapolado para outros cuidados, com o mesmo objetivo: facilitar o percurso correto, no tempo estipulado e com os profissionais exigidos para que os resultados sejam os melhores possíveis.^{22,23}

O trabalho do navegador é atuar como uma espécie de “advogado” da linha de cuidado do paciente, guiando-o e “navegando-o” durante todo o cuidado, de forma a eliminar qualquer barreira que possa existir e prejudicar o sucesso do cuidado.

A navegação de pacientes, segundo Rodrigues (2021)²⁴, *“realizada pelo enfermeiro, é descrita como uma intervenção para reduzir os atrasos nos acessos aos serviços de saúde e proporcionar um atendimento personalizado durante toda a trajetória do tratamento. Trata-se de um modelo de prestação de cuidados centrado na pessoa. O foco da navegação é promover a oportuna movimentação e efetivo direcionamento de um paciente por meio de um continuum de assistência à saúde que, muitas vezes, é complexa.”*²⁴

Assim, no processo de gestão de saúde das pessoas, é preciso garantir que o cuidado previsto esteja sendo efetivo, exigindo que um ou mais integrantes da equipe desempenhe o papel de navegador.

Após a definição de qual profissional executará a navegação, o ideal é que haja um treinamento sobre o tema e que, a partir da necessidade de cada pessoa, o navegador passe a fazer os contatos monitorando o status da adesão dos planos de cuidado e auxiliando no percurso dos beneficiários.

MONITORAMENTO DOS PLANOS DE CUIDADO E DOS RESULTADOS

De forma sistemática, a equipe precisa verificar o status do cuidado da população pela qual é a responsável. O médico de família, a enfermeira e o técnico de enfermagem são os profissionais que nucleiam este processo, que pode ter a cooperação de todos os profissionais que trabalham no serviço de APS.

É importante que os profissionais saibam o perfil demográfico e epidemiológico da sua carteira, o status das diferentes condições de saúde, do controle das patologias crônicas (quem está compensado e quem não está), os motivos que dificultam melhores conquistas para as diferentes pessoas e decidam, conjuntamente, quais passos serão dados para apoiar as pessoas em sua trajetória. É igualmente importante conhecer a situação vacinal, os problemas familiares, do trabalho, como está o acompanhamento das gestantes e das crianças e, inclusive, as de violência doméstica de qualquer natureza, se existirem. Em

todas as circunstâncias, as equipes precisam pactuar ações nos planos de cuidados e até mesmo dar encaminhamentos para especialistas ou serviços de natureza legal, quando extrapolar sua capacidade de atuação.

Assim, para monitorar de forma mais efetiva, os serviços precisam trabalhar com indicadores de estrutura, processos e resultados (ver Capítulo 4) e efetuar análise sistemática deles, de forma a ter uma prática baseada em evidências científicas e com informações obtidas a partir dos dados gerados nos painéis de gestão.

Um dos objetivos do monitoramento dos resultados é identificar e trabalhar para minimizar ou extinguir os GAPS de cuidado. Para Cook (2000)²⁵, GAPS traz a noção de lacunas, que são descontinuidades em cuidados necessários. Podem aparecer como perdas de informação ou do momento certo ou, ainda, interrupções na prestação de cuidados ou na realização do autocuidado. Um dos papéis das equipes de APS é identificar os GAPS e trabalhar de forma proativa para o “fechamento destas lacunas”, proporcionando o cuidado certo, no momento certo.

Os estudos apontam que um dos maiores obstáculos na GSP bem-sucedida é a gestão das mudanças necessárias para implementar novas formas de trabalho. Para Tas (2022)²⁶, *“a mudança é sempre difícil porque requer mudanças de processos, papéis e responsabilidades, renunciando a incentivos anteriores e iniciando uma nova curva de aprendizagem”*. As práticas devem evoluir no sentido de abraçar novas formas de trabalho, buscar o máximo possível ser digital e vislumbrar progressos substanciais.

Outro ponto é o nível de envolvimento das pessoas com seus prestadores de cuidados, sendo vital para o sucesso da GSP. Os cuidados precisam ser proativos e centrados nas pessoas, contemplando sua singularidade. Trabalhar para que as pessoas estejam cientes de que são os maiores influenciadores de sua própria saúde e que as escolhas do dia a dia precisam ser planejadas e focadas nos resultados almejados e pactuados.

Como em qualquer nova iniciativa, só podemos ter sucesso na realização de mudanças se houver um alinhamento no pensamento e na capacidade da organização. Para tal, é necessário que a orientação e os conhecimentos adequados sejam trazidos a bordo e desenvolvidas estratégias claras para manter os resultados a curto prazo, ao mesmo tempo que são estabelecidos novos modelos a médio e longo prazos.²⁶

A atenção gerenciada, pelo menos no conceito, foi projetada sobre o princípio da longitudinalidade²⁷ (ver Capítulo 2) e exige a identificação do beneficiário com um profissional que será a sua referência (no caso da APS, será o médico de família). Assim, é necessário o esforço conjunto dos prestadores, das Operadoras de Planos de Saúde e das empresas contratantes para que, cada vez mais, a livre escolha seja desestimulada para a população-alvo da APS, pois ela interfere no estabelecimento de uma boa relação com o profissional de referência da APS e, por conseguinte, limita a gestão de saúde dessas pessoas, uma vez que os dados ficam dispersos na rede assistencial e não há sistemas integrados.²⁷

REFERÊNCIAS

1. Lewis N. Populations, population health, and the evolution of population management. making sense of the terminology in US health care today. Institute for Healthcare Improvement. [Acesso em 3 de março de 2022]. 2014. Disponível em <http://www.ihl.org/communities/blogs/population-health-population-management-terminology-in-us-health-care>
2. Skochelak, SE, Hawkins RE, Lawson LE, Starr SR et al. Health Systems Science. 2.a ed. Philadelphia, PA, Elsevier Inc, 2021.
3. Young TK. Population health: concepts and methods. 2.a ed. New York, NY: Oxford University Press, 2005.
4. Anahp (BR). Saúde populacional como estratégia para mudança do setor. Homepage oficial [Internet] 2018. [acessado em 2022 Mar 03]. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/saude-populacional-como-estrategia-para-mudanca-do-setor/>
5. Lewis N: Populations, population health, and the evolution of population management. making sense of the terminology in US health care today. Institute for Healthcare Improvement. Disponível em http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=81ca4a47-4ccd-4e9e-89d9-14d88ec59e8d&ID=502014
6. Garbois JA, Sodr e F, Dalbello-Araujo M. Da no a de determina o social   de determinantes sociais da saúde. Revista Saúde em Debate. RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de Aten o Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença cr nica. Brasília: Ministério da Saúde, [Internet] 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.
8. HealthPartners. Processo de assistência modelo e rela es curativas continuadas. In: Bisognano M, Kenney C. Buscando o Triple Aim na saúde. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.
9. Hodach R, Grundy P, Jain A, Weiner M. Provider-led population health management. Key strategies for healthcare in the cognitive era. 2.a ed. Indianapolis, IN. John Wiley & Sons Inc. 2016.
10. Steenkamer B, Weger E, Drewes H, Putters K, Oers HV, Baan C. Implementing population health management: an international comparative study. Journal of Health Organization and Management Vol. 34 No. 3, [Internet] 2020. [acessado 2022 mar. 03]. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-06-2019-0189/full/pdf?title=implementing-population-health-management-an-international-comparative-study>.
11. EVANS RG; STODDART G L. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.
12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008 May-Jun;27(3):759-69.
13. Institute for Healthcare Improvement. Triple aim concept design. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2009. [Acessado 2022 Mar 08]. Disponível em: <http://www.ihl.org/offering/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

14. Stief M, Nolan K. A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care and per capita cost. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012.
15. Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining Population Health Management: A Scoping Review of Literature. *Popul Health Manag.* 2017 Feb;20(1):74-85. doi: 10.1089/pop.2015.0149. Epub 2016 Apr 28. PMID: 27124406. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27124406/>
16. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. CSDH final report. Geneva: WHO; 2008.
17. Steenkamer B, Weger E, Drewes H, Putters K, Oers HV, Baan C. Implementing population health management: an international comparative study. *Journal of Health Organization and Management* Vol. 34 No. 3, [Internet] 2020. [acessado 2022 mar. 03]. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-06-2019-0189/full/pdf?title=implementing-population-health-management-an-international-comparative-study>
18. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
19. Stumer PL, Bianchini I. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde. [Internet] 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
20. Ludwig MW, Dutra NS, Boff RM, Feoli, AMP, Gustavo AS, Macagnan FE, Oliveira MS. Protocolo de Intervenção Baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para Síndrome Metabólica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, [Internet] 2021, v. 37, e3740. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/pw8pDShYbSm3HGjy4SV9qfS/?format=pdf&lang=pt>
21. Szupszynski, K.P.D.R., Ávila, A.C. (2021). The Transtheoretical Model of Behavior Change: Prochaska and DiClemente's Model. In: Andrade, A. L. M. et al. (2021). *Psychology of Substance Abuse*, Springer, ISBN978-3-030-62106-3
22. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer* [Internet]. 2011 [acessado 2022 Mar 07]; 117(suppl 15):3539-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557777/pdf/nihms712733.pdf>
23. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet] 2018;39:e2017-0102. [acessado em 2022 Mar 09]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cQ6Vhk5Qx6Lx88c95smxS/?format=pdf&lang=pt>
24. Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, Kempfer SS, Backes VMS. Resultados clínicos da navegação de pacientes realizada por enfermeiros no cenário da oncologia: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2021;74(2). [acessado em 2022 Mar 07]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LpQwXL47CbMkzv6w7tnLcRG/?format=pdf&lang=pt>
25. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ.* 2000 Mar 18;320(7237):791-4. doi: 10.1136/bmj.320.7237.791.

26. Tas J. Population health management: the barriers, benefits and bridges. Taking a new look at health eco-systems. Philips Homepage. [Internet]. 2022. [acessado em 2022 Mar 02]. Disponível em: https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/blogs/innovation-matters/population_health_management.html

27. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2022.