



Texto 15

Unidade de Aprendizagem III

Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado¹

Rosana Kuschnir

Entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), está a constituição de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, estratégia seguida por todos os países que criaram seus sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A regionalização e hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da luta pela reforma sanitária. Foi definida como estratégia central pela VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da luta pela unificação do sistema e que conformou a agenda que seria incorporada à Constituição de 1988, que criou o SUS.

No entanto, ao longo da década de 1990, pelos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se organiza o SUS – mesmo que a proposta pudesse continuar a constar de planos e debates. Apenas a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), em 2001, a regionalização volta ao centro da discussão. O Pacto pela Saúde 2006 define a regionalização como eixo estruturante de sua dimensão de gestão, “diretriz que deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006). A Portaria n. 4.279, publicada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2010, propôs diretrizes e estratégias para a implementação das redes, entre as quais o fortalecimento da atenção primária e seu papel de coordenação do cuidado; do papel das

¹ Texto extraído de: KUSHNIR, Rosana (Org.). *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

instâncias regionais na governança das redes; da integração das ações de âmbito coletivo com as de âmbito individual; e implementação do processo de planejamento das redes (BRASIL, 2010).

O Decreto n. 7.508, que em junho de 2011 regulamentou a Lei n. 8.080/90, definiu conceitualmente a região de saúde e instituiu as comissões intergestoras como as instâncias de pactuação entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, a partir da constituição de redes de atenção, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Criou ainda o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), instrumento para a pactuação entre entes federativos, que estabelece estratégias, metas e responsabilidades para a constituição da rede de atenção numa dada região (BRASIL, 2011).

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade, que envolve uma gama muito ampla de dimensões – desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo as várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados.

Neste texto, são apresentados os conceitos básicos acerca da regionalização e hierarquização de serviços. Como será observado muitas vezes ao longo do texto, eles são os princípios básicos sobre os quais se organizam redes de serviços. Mas isso não quer dizer que a forma específica como serviços e ações são organizados deva ser a mesma em todos os casos. Pelo contrário, embora seguindo os mesmos princípios, a conformação específica da rede em cada caso pode e deve ser diferente, levando em conta as especificidades locais.

Também serão apresentados os conceitos de região, níveis de complexidade e de densidade tecnológica de uma rede assistencial regional; a relação entre os níveis; a correlação entre as propostas de organização de redes e os princípios de universalidade e equidade; as principais questões a serem consideradas no planejamento de cada nível componente da rede e os passos necessários ao planejamento e organização de linhas de cuidado; as questões relativas ao planejamento de investimentos em redes e a correlação entre planejamento de redes e os mecanismos de gestão.

Esperamos que com esta leitura você possa:

- Compreender a relação entre os modelos de organização de serviços e os conceitos de universalidade, integralidade, acesso e capacidade de solucionar os problemas.

- Identificar e compreender os conceitos de regiões/territórios e níveis de complexidade/densidade tecnológica.
- Conhecer os passos necessários à organização de linhas de cuidado.
- Identificar a necessidade de mecanismos específicos de articulação entre os níveis.
- Identificar a correlação entre o planejamento e os mecanismos de gestão de redes.

Organização de redes de atenção: conceitos fundamentais

Como observado pela experiência internacional, os países que construíram sistemas de saúde de base universal e que conseguiram garantir efetivamente a cobertura e o acesso, o fizeram por meio do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas. Isso se dá porque existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção em redes e os objetivos de equidade e universalidade.

A construção de redes baseia-se no fato de que, na maioria das populações, são mais frequentes os casos que necessitam de atenção realizada em serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – do que naqueles de maior complexidade. Assim, para utilizar exemplos extremos, felizmente são mais frequentes os casos de gripes, diarreias, crises hipertensivas do que de tumores cerebrais.

Portanto, para que se possa atender a necessidades de saúde, precisa-se de mais serviços capazes de atender gripes e diarreias do que de realizar neurocirurgias. Além disso, os primeiros devem necessariamente estar mais perto da população do que aqueles utilizados menos frequentemente, de forma excepcional ou em casos mais graves – que poderiam ser alcançados por meio de mecanismos de transporte especialmente instituídos.

Por outro lado, a instituição de serviços de neurocirurgia pressupõe equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos muito especializados, mas escassos. Para que seja justificado o investimento, do ponto de vista econômico e social, é necessário um número suficiente de casos para que não se torne ocioso.

Além de evitar a ociosidade dos serviços, duas outras questões embasam a necessidade de concentrar processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica em serviços maiores. A primeira diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala.

Assim, por exemplo, quando se considera um serviço cirúrgico, há que se levar em conta toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos etc. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, são fixos, ou seja, não variam com a produção. Portanto, manter apenas uma sala cirúrgica para a realização de processos complexos é relativamente mais caro, assim como uma UTI com dois leitos é relativamente mais cara que uma UTI com dez leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos será mais alto.

A segunda questão diz respeito à qualidade. Para os serviços de maior complexidade, em especial os serviços cirúrgicos, o maior volume da produção está relacionado à melhor qualidade. Dessa forma, em um serviço de cirurgia cardíaca que realiza um procedimento por semana, as dificuldades são maiores para manter a *expertise* do *staff* do que em um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Não por acaso, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos, é necessária uma produção mínima, que permita o treinamento.

Mantendo o exemplo, um número suficiente de casos de neurocirurgia só é criado por uma população muito maior do que a necessária para gerar casos de gripes, diarreias e crises hipertensivas. Portanto, para que seja possível oferecer serviços mais complexos sem risco de ociosidade, beneficiando-se de economias de escala e mantendo a qualidade, é necessário que estes se refiram a populações bem mais amplas do que os serviços cuja função se limita à atenção às patologias mais comuns.

Na medida em que a equidade – da qual a igualdade de acesso é uma das dimensões – é um dos princípios do sistema, centralizar os serviços mais complexos é a única forma de garantir o acesso a todos que deles necessitem.

Essa, portanto, é a proposta de bases populacionais diferentes para serviços e de uma rede de serviços hierarquizada, no sentido de regulação das referências de um nível para outro. A construção da rede, então, é a estratégia pela qual os sistemas nacionais buscam aumentar acesso e diminuir desigualdades.

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de uma região.

Para que efetivamente seja constituída uma rede, três questões são centrais: cobertura, ou seja, a oferta de ações e serviços deve ser suficiente para atender à maior parte das necessidades de saúde da população da região, incluídas as relacionadas a serviços de maior complexidade; responsabilização conjunta pela atenção ao usuário; coordenação assistencial, composta tanto pela articulação entre níveis assistenciais quanto pelos mecanismos de gestão clínica.

A base territorial e populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade que se estabeleça é a região. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; do tamanho de populações; das formas de distribuição e ocupação do território; além das características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento pelo sistema de uma região, de um território que existe no mundo real, que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

Nesse mundo real, a população ocupa o espaço de uma determinada maneira e estabelece fluxos e estratégias de acesso aos serviços de saúde. A região pode abranger várias cidades (municípios), englobar uma cidade (município) e sua periferia ou ser parte de uma cidade (município), e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou estado. Pela diversidade encontrada, não é possível pensar um único tamanho/tipo de região para todo o país.

Um exemplo pode ser encontrado no sistema inglês, o caso clássico de sistema organizado em redes. Embora o distrito (subdivisão da região – microrregião) inglês tenha sido pensado como território com algo em torno de 150/200 mil pessoas, na prática os distritos têm em média 250 mil habitantes, mas podem variar entre 80 e 900 mil.

Esta última observação demonstra uma das mais importantes questões acerca da rede de serviços. Embora existam princípios gerais que definem as funções dos diferentes tipos de unidades numa rede, estas não são construídas por meio de modelos rígidos, do tipo: “regiões devem ter x habitantes” ou “um hospital de nível secundário deve ser referência para y pessoas”. Esses parâmetros são na realidade orientações gerais, a serem adaptadas em cada caso. Assim, um dos maiores desafios ao planejamento e à programação é como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade específica. Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diferentes o perfil epidemiológico, as demandas e as necessidades.

Por outro lado, para uma mesma necessidade ou problema de saúde, existem diferentes composições de recursos que produzem resultados comparáveis, em termos de indicadores de saúde e satisfação do paciente.

Num estudo clássico promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Kerr L. White e colaboradores (1977) estudaram a utilização de serviços em 12 regiões de sete países. Verificou-se que para tratar as mesmas patologias, a composição de recursos muitas vezes era diferente e os resultados mostraram a possibilidade de substituição entre elas. De acordo com a oferta, os mesmos tipos de casos eram tratados em ambulatório ou internação, sendo que os resultados ou aceitação por parte do paciente não mostraram grandes diferenças. Eis a conclusão do estudo:

Os resultados sugerem que não há uma maneira ideal de prover serviços de saúde; em vez disso, existem escolhas que o planejador e o formulador de políticas devem fazer para alocação de recursos no atendimento às necessidades (WHITE et al., 1977, tradução nossa).

Outra questão central é que, para se estabelecer uma rede, é necessário que cada nível resolva os problemas que lhe foram atribuídos. Como garantir a capacidade de resolução em cada nível?

É costumeiro encontrar-se a afirmação de que “a rede básica (ou o primeiro nível, ou a atenção primária) é capaz de resolver 80% (ou 85 ou 90%) dos casos”. No entanto, embora largamente repetida, essa afirmativa está longe de se constituir em verdade absoluta.

O primeiro nível do sistema só será capaz de atender (e resolver) 80% dos casos se: o perfil epidemiológico for conhecido; a composição desses 80% for identificada; forem definidas as intervenções e os recursos necessários para tratá-los; e houver garantia de que os serviços estejam organizados e equipados de acordo.

À medida que as condições de vida e saúde são específicas, também o é o perfil epidemiológico. Dessa forma, o que constitui 80% dos casos na Suécia, por exemplo, é absolutamente distinto dos 80% dos casos no interior do Nordeste do Brasil. Como poderia uma mesma conformação de rede básica – abstrata – dar conta dessas duas realidades?

É importante perceber que a avaliação da capacidade de resolução de problemas de saúde de um serviço específico, denominada resolutividade, está relacionada à definição prévia de seu perfil assistencial, ou seja, o que lhe cabe cuidar/tratar. Se um determinado serviço não tem seu perfil e funções previamente definidos e não consegue dar conta dos casos que lhe chegam – muito provavelmente de forma espontânea e sem mecanismos de referência –, não se pode dizer que é um serviço pouco resolutivo. Na realidade, é um serviço mal planejado.

A única forma de garantir que determinado serviço ou nível de atenção seja resolutivo é a partir da definição prévia de suas funções e do tipo de ações e atividades que devem ser realizadas, de modo que possa ser organizado e equipado para cumpri-las.

Construindo a rede de atenção: funções e perfis assistenciais

a) Níveis de atenção em uma rede: algumas considerações

Para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva, é necessária a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população. E para garantir a resolutividade e a qualidade da atenção na provisão do cuidado, é preciso trabalhar com uma composição de recursos adequada em cada nível. No entanto, embora esta seja uma condição *sine qua non*, não é suficiente. É necessário também que o conjunto opere de forma articulada, de modo a tornar a passagem do usuário de um serviço ou de um nível a outro, a mais suave possível.

O primeiro nível de atenção, a atenção primária (APS), é a base sobre a qual se constitui a rede, como já expresso no Relatório Dawson (apud KUSHNIR, 2014). Embora a composição específica de recursos possa variar em cada caso, as funções da APS na rede são basicamente as mesmas em todos os sistemas universais, e sua capacidade de cumprir seu papel depende de uma série de condicionantes, entre os quais a cobertura realizada e a qualidade dos recursos humanos.

Relatório Dawson foi publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, após a Primeira Guerra Mundial. Fruto de discussões sobre proteção social, seu objetivo era organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. Deu origem ao sistema de saúde inglês – o National Health Service (KUSHNIR, 2014).

O reforço do papel da APS na rede, com o aumento de seu escopo e responsabilidades, tem sido uma das questões centrais em debate em sistemas públicos, com a utilização de diversas estratégias de coordenação da atenção na interface atenção primária/secundária. No entanto, ainda que a APS seja a base sobre a qual as redes se constituem e seu ponto focal, é importante ressaltar que ela sozinha não é a rede. Esta é

constituída pelo conjunto dos níveis assistenciais, atuando de forma articulada e assumindo a responsabilidade pelo cuidado de uma população.

Para além da atenção primária, a definição dos demais níveis apresenta variações, dependendo de cada caso. No sistema britânico a rede é constituída por três níveis, representados centralmente pela atenção primária, hospitais distritais e hospitais regionais, que são também descritos como atenção primária, secundária e terciária, uma denominação tradicional.

Já no sistema espanhol, por exemplo, são definidos dois grandes componentes, a atenção primária e a atenção especializada, sendo que esta última engloba os serviços ambulatoriais de especialidades, serviços de emergência, hospitais e centros sócio-sanitários, como são chamadas as unidades de cuidados a pacientes crônicos, de longa permanência ou necessitando de cuidados paliativos. Considerando os dois grandes componentes, a rede está também estruturada em três níveis: APS, hospitais (distritais e regionais) e centros sócio-sanitários.

É interessante ressaltar que nesses sistemas a utilização da tradicional denominação atenção primária/atenção especializada tem sido alvo de controvérsia, na medida em que a própria atenção primária é uma especialidade, representada em sociedades de especialistas, cuja formação de pós-graduação para os médicos é, em média, de cinco anos.

No caso brasileiro, ainda que a denominação de atenção primária, secundária e terciária seja utilizada, tornou-se costumeiro adotar os termos de “média” e de “alta” complexidade, derivados do sistema de pagamento, para denominar os níveis da rede. O problema nesse caso é que a lógica do sistema de pagamento por procedimentos – como acontece com boa parte do pagamento realizado no SUS –, quando usada isoladamente, contradiz a ideia de processo de cuidado. A definição de um nível assistencial como um conjunto de procedimentos de “média” ou de “alta” complexidade dificulta a compreensão do conceito de rede e sua implementação, na medida em que o processo não é visto em sua totalidade, mas reduzido a uma série de intervenções independentes. Ademais, por derivar de uma tabela de pagamentos, a classificação de procedimentos guarda pouca ou nenhuma relação com o processo de planejamento. Muitas das intervenções denominadas de “média complexidade” em nosso caso, em outros sistemas formam parte das atividades realizadas pela APS, enquanto alguns procedimentos chamados de “alta complexidade” são ofertados em hospitais distritais e estão longe de ser considerados correspondentes ao nível terciário.

Portanto, a questão da denominação dos níveis não é o mais importante, e sim o entendimento conceitual de sua constituição com base em uma determinada articulação de recursos com objetivos bem definidos de resolução de problemas de saúde claramente identificados.

Outro conceito central é o da coordenação da rede pela atenção primária. Em sistemas universais com redes instituídas, a coordenação pela atenção primária é compreendida como a definição do caminho do usuário ao longo da rede a partir da avaliação clínica da equipe da APS. Na medida em que toda a entrada na rede se dá a partir da APS (a única alternativa é o serviço de emergência) e todo cidadão tem seu médico ou sua equipe designada permanentemente, naturalmente é a APS que define os caminhos a serem seguidos. É fundamental lembrar, no entanto, que os fluxos estão previamente definidos e as equipes da APS sabem para onde encaminhar seus pacientes, assim como os demais níveis sabem que irão recebê-los e estão preparados para isso. Trata-se de coordenação clínica, e não administrativa.

Para que essa coordenação seja possível, portanto, é necessária a existência do conjunto de unidades com funções previamente definidas, fluxos instituídos e mecanismos de articulação bem estabelecidos. É necessária também capacidade clínica na atenção primária, o que lhe permitirá desenhar o plano de cuidado do usuário. Sem essa capacidade, não há como existir coordenação e passa-se a ter somente muitos encaminhamentos.

A ideia do desenho de uma rede pressupõe a noção de processo e que este se dê da forma mais suave possível para o usuário, ou seja, com o menor número de barreiras entre serviços e níveis de atenção. Assim, a utilização de mecanismos de coordenação assistencial, tanto para a coordenação entre níveis assistenciais quanto para a do cuidado individual – gestão clínica –, é central à instituição de redes. Mecanismos e instrumentos de coordenação têm sido adotados em diferentes sistemas de saúde, desde os sistemas nacionais europeus ao sistema privado americano, que conformam o grande campo das estratégias de integração/coordenação. Este inclui tanto incentivos a mudanças nas conformações organizacionais quanto a adoção de estratégias mais específicas de coordenação do cuidado, entre as quais as mais conhecidas são os programas de gestão de enfermidades e gestão de casos.

b) O primeiro nível de atenção

O primeiro nível de atenção, a atenção primária em saúde, é estrutural à constituição de redes. É sobre ela que a rede se sustenta. Suas funções são ligadas a valores como atenção, acolhimento, pertencimento, confiança e

responsabilização, e tem por atribuições a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento, além do ordenamento do sistema (porta de entrada).

Assim, as funções do primeiro nível têm sido definidas como:

- Resolver a maioria dos problemas de saúde da população.
- Porta de entrada do sistema.
- Garantir acesso.
- Garantir vínculo/responsabilização.
- Acolhimento/acompanhamento.
- Coordenação do cuidado.
- Ações de saúde coletiva/intersetoriais/ação sobre os determinantes sociais.

Como proposto no Relatório Dawson, a ideia é que no primeiro nível de atenção se crie o vínculo e, mais do que isso, a responsabilização. Do ponto de vista do planejamento e organização de redes, no entanto, para que isso seja possível, algumas questões são centrais.

A primeira e essencial questão diz respeito à “cobertura”. Para estabelecer que a porta de entrada do sistema deva se dar pela APS, esta deve cobrir a maior parte da população, em especial aquela considerada de maior risco. Se não há oferta suficiente de atenção primária, não é possível defini-la como porta de entrada, assim como não é possível constituir redes de atenção.

A segunda questão é a garantia de acesso. Além da oferta da atenção primária, o usuário, ao sentir necessidade, na maior parte das vezes deve ser capaz de entrar no sistema por meio dela. Se isso não acontece, serão utilizadas outras estratégias, como procurar os serviços de pronto atendimento ou as emergências dos hospitais. A antiga questão da separação entre “demanda programada”, compreendida como consultas de programas, e “demanda espontânea”, inexistente nos países que operam com redes, contradiz a noção de integralidade e é uma das formas de limitação de acesso que não permitem que a APS cumpra seu papel.

Uma terceira questão diz respeito à resolutividade. Para cumprir as funções da APS, diferentes países optam por composições distintas de recursos: generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas etc., que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde. A questão central é

que o primeiro nível deve ser dotado de complexidade – que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos –, e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Um dos aspectos que podem influenciar a baixa resolutividade do primeiro nível é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas por meio de medidas de promoção e de prevenção. Isso pode ser verdade para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias. Mas ignora a complexidade das medidas de promoção e prevenção de uma boa parte dos agravos observados em nosso perfil epidemiológico – em especial em regiões metropolitanas –, incluindo as doenças crônico-degenerativas, em que muitas vezes os fatores de risco e sua interação ainda não são totalmente compreendidos. Desconsidera, ainda, o papel central da clínica para o cuidar e tratar dos problemas que se apresentam, assim como a necessidade de acesso a meios diagnósticos e terapêuticos.

Por outro lado, deve-se levar em conta, como foi mencionado, que resolutividade não é um conceito abstrato. A maioria dos problemas varia de acordo com as características de ocupação do território e o perfil epidemiológico. Qualquer serviço ou nível de atenção numa rede resolverá apenas os problemas para os quais esteja preparado.

Para que o primeiro nível se torne mais resolutivo, é fundamental clarear as fronteiras de resolutividade a serem alcançadas, com definição clara dos tipos de casos/situações que devem ser cuidados. A partir dessa definição, é necessário dotar a atenção primária dos recursos necessários para tal, aqui incluídos recursos físicos – instalações adequadas e confortáveis para usuários e equipes; materiais, insumos, medicamentos – e muito especialmente os humanos, cuja formação e experiência são fundamentais.

Outra questão essencial é a articulação da APS na rede, o estabelecimento de relações institucionais e institucionalizadas – ou seja, não baseadas apenas no contato entre os profissionais, mas determinadas pela gestão do sistema – com os demais pontos de atenção, garantindo o acesso aos demais níveis.

Isso só acontece quando os caminhos a serem percorridos estão previamente estabelecidos, de acordo com grandes grupos de risco/patologias. Sem isso, o profissional da APS dedicará seu tempo a tentar resolver o trajeto de cada paciente, em função de relações não institucionalizadas e das condições específicas em cada momento.

Apenas a APS bem estabelecida, com definições claras de atribuições e recursos disponíveis para cumpri-las, é capaz de coordenar o cuidado em uma rede de atenção. Mas mesmo nessas condições a APS não é capaz de, e nem lhe caberia, criar uma rede onde esta não existe.

Definir com clareza o papel da APS e enfrentar os problemas para que ela possa cumprir essa função é essencial à constituição de redes, mas a APS sozinha não é a rede, como já dito. “Não existe rede sem uma atenção primária que cumpra o seu papel e não é possível uma atenção primária que cumpra seu papel sem estar inserida numa rede de atenção” (KUSCHNIR, 2014).

c) O cuidado ambulatorial de especialidades

O modelo tradicional é o de especialidades/serviços, cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – e por isso denominadas de cuidado secundário –, por meio do estabelecimento de listas de espera. Na medida em que existem diferentes definições acerca do escopo e grau de resolutividade clínica do primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Em cada caso, as definições sobre a composição da oferta em cada nível são função do tamanho da população e da densidade demográfica, do perfil epidemiológico e dos recursos disponíveis. Assim, quando se trata de territórios amplos de grande concentração populacional, como as regiões metropolitanas, há que se considerar que determinadas especialidades para as quais exista maior demanda – cardiologia, neurologia, oftalmologia, por exemplo – devam ser ofertadas no primeiro nível, garantindo resolutividade e evitando criar barreiras de acesso.

Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais quanto em unidades ambulatoriais autônomas, do tipo policlínicas, por exemplo. Dependendo da especialidade, e considerando o equipamento necessário e o número de especialistas existentes, será necessária maior ou menor concentração de recursos.

Novas formas de produção do cuidado vêm modificando tanto a provisão de ambulatório especializado quanto as características do hospital. Vem-se observando grande expansão do nível de cuidado ambulatorial, tanto pela transferência de casos que anteriormente seriam tratados com internação hospitalar quanto pela incorporação de novas tecnologias. O ambulatório vem incorporando procedimentos complexos, com o desenvolvimento de técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasivas.

Muitas das especialidades requerem a utilização de exames complementares, de imagem ou de outro tipo, para fechamento do diagnóstico. Para que a integralidade seja garantida, é central a articulação entre a atenção especializada e os procedimentos diagnósticos, de modo a evitar que o usuário enfrente longas filas para realizar os exames demandados, o que em muitos casos, como na investigação de diagnósticos oncológicos, pode significar mudança de prognóstico e piora das condições de saúde.

A interface entre atenção especializada e APS tem sido alvo de muito debate e experimentação. Algumas das estratégias tentadas em sistemas universais têm sido: especialistas atendendo em unidades de atenção primária ou, ao contrário, generalistas atendendo em hospitais; elaboração conjunta de protocolos; e prontuário eletrônico compartilhado entre médicos da atenção primária e especialistas.

d) Os serviços de diagnóstico e de terapia

Esses serviços são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos. Englobam o diagnóstico laboratorial clínico, de anatomia patológica e de imagem. Os de terapia mais comumente referidos são os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes vistos como um grupo aparentemente homogêneo, cada um desses tipos de serviço insere-se de forma distinta no processo de cuidado.

Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada ou cada unidade dispõe de seu próprio laboratório, a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. O fato de ser o mais usualmente encontrado não significa que seja o modo mais racional de organizá-los.

Não por acaso, a centralização da realização de exames, com coleta descentralizada, é a forma de organização do setor privado, já que permite o benefício das economias de escala. Isso porque os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames que a maior parte das unidades é capaz de gerar individualmente. E muitos dos insumos estão disponíveis em *kits* que se destinam a um grande número de procedimentos, deixando duas opções: ou abre-se o *kit* para a realização de um exame e perde-se o restante do material, ou o paciente deve aguardar até que apareçam outros casos e o *kit* possa ser aberto. Nenhuma das opções parece razoável, evidentemente.

Portanto, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem contar com laboratórios

adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede pode ser realizada em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com coleta do material efetuada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

Os serviços de diagnóstico por imagem são outro tipo de serviço que se beneficia enormemente das economias de escala. Os equipamentos, em geral bastante caros, se pagam apenas se funcionarem em plena capacidade potencial, vários turnos ao dia e em alguns casos, se possível, durante as 24 horas do dia. Os recursos humanos, tanto para a realização do exame como para a leitura de resultados, são especializados, raros e se beneficiam de um volume de produção maior para manutenção da qualificação. Os insumos necessários são caros e é possível obter melhores preços por meio de compras centralizadas. Da mesma forma, os prédios para abrigá-los e os equipamentos devem manter contratos de manutenção permanentes.

Todas essas características apontam para a proposta de centralização da produção desses serviços em unidades maiores – Centros Integrados de Diagnóstico –, com mecanismos de gestão próprios, inclusive com a possível adoção de formas específicas de pagamento. Essas unidades poderiam funcionar em horários muito mais amplos que os normalmente adotados pelas unidades de saúde, permitindo a otimização da utilização dos recursos e a ampliação do acesso.

Já os serviços de anatomia patológica funcionam com uma lógica um pouco distinta. São fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e a definição do estágio de diversas patologias, em especial no campo da oncologia, e pressupõem um recurso humano extremamente especializado – e muitas vezes escasso, mesmo nos grandes centros urbanos. Esse profissional faz parte da equipe de cuidado e sua articulação com os demais profissionais envolvidos é fundamental para a definição do tratamento a ser seguido.

Esses serviços são dirigidos a bases populacionais mais amplas e apresentam distinção de níveis de complexidade de equipamentos, insumos e recursos humanos para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar, para cada caso, que tipos de exames serão centralizados em um único serviço de referência terciária, já que, por uma questão de garantia de qualidade, os serviços de anatomia patológica devem realizar um número mínimo de procedimentos. Assim, por exemplo, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) para o controle do câncer de colo uterino, um laboratório deve ter uma

produção mínima de 15 mil exames citopatológicos (Papanicolau) por ano (KUSCHNIR, 2014).

Com relação aos serviços de terapia, sua articulação na rede deve ser pensada de outra maneira. Sua característica é a realização de procedimentos que fazem parte de um processo de cuidado, mas que se constituem em subprocessos – como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. Os dois primeiros são parte da atenção aos pacientes oncológicos e o terceiro, ao paciente renal crônico. No entanto, esses procedimentos são parte integrante do cuidado.

O sistema de pagamento por procedimentos – especialmente quando se trata de procedimentos muito dispendiosos – estimula a constituição de serviços de terapêutica “independentes” ou isolados, que tendem a contribuir para a fragmentação e não permitem a responsabilização pelo cuidado integral, a menos que sejam instituídos mecanismos específicos de coordenação.

e) Os serviços de emergência

A definição do que sejam casos de emergência e urgência tem variado e é pouco precisa. De forma geral, as emergências são definidas como “condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” e as urgências, como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995). Tanto as urgências como as emergências podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda etc.).

Ainda que considerando a imprecisão das definições, é sabido que a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências. Essa é uma realidade não apenas no Brasil. Estudos mostram que isto também acontece em países como Dinamarca, Suécia, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido, entre outros, mesmo com percentuais bem mais baixos que os nossos. Caberia questionar: que necessidades estão sendo atendidas pelo setor de emergência e não em outros níveis do sistema?

A primeira diz respeito ao acesso, compreendido como entrada no sistema a qualquer momento, com certeza de ser atendido. Isso é particularmente importante quando há insuficiência na atenção primária – como no caso brasileiro.

Em países com rede estabelecida, como no caso inglês, uma necessidade importante é a de escolha. Uma vez inscrito com o médico clínico generalista, o paciente deve permanecer com esse médico por um período de tempo definido (em geral, no mínimo um ano) e qualquer consulta a outro médico depende de referência; o serviço de emergência é buscado quando o paciente sente necessidade de uma segunda opinião.

Para que seja equacionado o problema da utilização dos serviços de emergência por casos que não têm indicação para tal, existem diferentes estratégias.

A primeira, certamente, é a organização do primeiro nível de atenção, mas de forma que esta contemple o problema do acesso. Um serviço de primeiro nível cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá num horário restrito, na prática está impondo barreiras de acesso que levarão inevitavelmente à procura pelos serviços de emergência.

Da mesma forma, se a APS não atende as intercorrências clínicas agudas de grande frequência de sua população adscrita, como infecções respiratórias, crises de asma, crises hipertensivas e os pequenos traumas, por exemplo, a necessidade de serviços de emergência se torna difícil de equacionar, além de dificultar a integralidade do processo de cuidado.

Além de um primeiro nível que garanta capacidade de resolução e acesso, existem estratégias complementares para racionalizar a atenção às urgências e emergências. Por exemplo: a instituição de centros de tratamento de trauma sem severidade; serviços para o tratamento das urgências; serviços de aconselhamento por telefone; atendimento domiciliar de urgência etc. É importante destacar, no entanto, que se esses serviços não são articulados à rede, tendem a se tornar sobrecarregados, dirigidos centralmente ao alívio passageiro de sintomas e a ter dificuldades para referenciar casos cuja gravidade supera sua capacidade de resolução.

O atendimento às emergências é composto por atendimento pré-hospitalar; hospitalar e de reabilitação. O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de variadas formas. Em alguns países, a ênfase é ampliar o tratamento pré-hospitalar, de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, o tratamento pré-hospitalar consiste apenas numa triagem e transporte aos hospitais.

Os serviços de emergência podem ser organizados de diferentes maneiras. Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos em um só serviço. Outra é a organização de serviços diferenciados por tipo de

emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado aos diversos tipos de emergência é bastante diferente.

Dependendo do número de casos, uma proposta é a separação dos casos de trauma. Os centros de trauma são, em geral, serviços de hospitais gerais, especializados em tratar os casos severos. Em alguns centros, os pacientes de trauma são separados em enfermarias e UTIs especiais.

O principal diferencial do centro de trauma são os recursos humanos, especializados e com vasta experiência no cuidado a pacientes politraumatizados graves. Pelo próprio peso da estrutura necessária, pelo perfil dos recursos humanos e por ser uma área em que o volume de produção está relacionado à qualidade, a organização de centros de trauma só se justifica para bases populacionais maiores e com grande número de casos.

Outra questão são as emergências clínicas. Uma boa parte dos casos encontrados hoje nos serviços de emergência é de pacientes crônicos e/ou idosos. Muitos poderiam não chegar a essa situação, se estivessem sendo acompanhados devidamente; outros, mesmo em acompanhamento, necessitam internação clínica, já que a descompensação é comum em pacientes idosos; outros necessitam observação ou pequenas intervenções e há ainda as grandes emergências. Cada um desses tipos de problema poderia ser tratado em diferentes tipos de serviços, como, por exemplo, hospitais de pequeno porte ligados ao primeiro nível, hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

Um problema central a ser enfrentado é a articulação do serviço de emergência hospitalar com os demais serviços do hospital. Nem todos os hospitais gerais devem dispor, necessariamente, de serviço de emergência – embora todos tenham obrigatoriedade de garantir acesso a seus pacientes em caso de emergência.

Esse é apenas um tipo de perfil hospitalar. Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender a todos os tipos de casos. Da mesma forma, o processo de reabilitação, quando necessário, é em geral bastante longo e não necessariamente deveria ser realizado inteiramente no hospital geral, podendo o paciente ser transferido a serviços especificamente criados e vinculados ao hospital de origem.

Concentrar todas as emergências num só hospital pode simplificar a organização das demais unidades hospitalares, mas, devido às especificidades do processo de atenção a cada tipo de emergência e dependendo do volume de casos, pode gerar serviços que se tornam abarrotados

de pacientes, sem condições de cumprir todas as funções que lhes são propostas.

Em todos os casos, é fundamental compreender que os serviços de emergência não são autônomos e não devem ser tratados como um subsistema independente. A maior parte das emergências não é resolvida apenas nesse serviço, responsável apenas por parte do processo. Um paciente politraumatizado, por exemplo, após avaliação pelo serviço de emergência, poderá ser encaminhado ao centro cirúrgico e de lá deverá ser internado numa enfermaria de cirurgia, ortopedia ou de outra especialidade (embora pareça supérflua a afirmação, é sempre bom lembrar que um paciente não deve voltar ao serviço de emergência após cirurgia). Em muitos casos, necessitará de cuidados prolongados a serem prestados em outro tipo de unidade, sob o risco de “entupimento” dos hospitais com casos de longa permanência. Da mesma forma, um paciente infartado, após a atenção inicial, possivelmente necessitará de internação em UTI e de exames para avaliação do quadro, para instituição do tratamento e posterior acompanhamento em serviços especializados.

Os serviços de emergência são serviços de admissão de pacientes no sistema e sua função é a de estabilização e primeiro passo no processo de cuidado, que deve se dar em um intervalo de tempo necessariamente curto – de 48 a 72 horas, no máximo. Serviços de emergência com tempo médio de permanência de 15 dias, 30 dias, como muitas vezes são encontrados em grandes centros urbanos, são, na realidade, enfermarias sem equipes de rotina – apenas plantonistas prestando um cuidado descontinuado, sem condições de resolver e muitas vezes agravando os problemas de saúde.

f) Hospitais

As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, ao cuidado ambulatorial, à emergência e reabilitação.

Para além de suas funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras, que o tornam uma instituição extremamente complexa. Por exemplo: ensino, pesquisa, assistência social, fonte de emprego, legitimação, poder político e base para o poder corporativo.

As características dos outros componentes da rede definem e redefinem os hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, acessibilidade, grau de resolubilidade – determinam em boa parte a demanda que será gerada para o cuidado

realizado nos hospitais que, por sua vez, também vão mudando com a incorporação de novas tecnologias.

Um exemplo é o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção de um tipo de hospital.

Da mesma forma, mais recentemente novas formas de produção do cuidado vêm novamente mudando as características do hospital. Muitos casos que só eram tratados com internação, hoje são atendidos em serviços ambulatoriais, especialmente os cirúrgicos, com o desenvolvimento de técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasivas. Ao mesmo tempo, vem-se propondo a alta mais precoce de pacientes agudos e crônicos para acompanhamento pela atenção primária. Em alguns casos, pequenos serviços de internação são colocados sob gestão da atenção primária para que episódios agudos ou de agudização de doenças crônicas possam ser acompanhados, sem necessidade de internação em grandes hospitais.

A tendência tem sido tornar a internação hospitalar um período de cuidados intensivos e de curta permanência. Para isso, são necessárias estratégias tanto no período pré-internação quanto no pós, buscando evitar que o tempo passado no hospital se prolongue mais que o necessário. Uma estratégia bastante simples e evidente, no campo da gestão, é a agilização de exames antes da internação. Um paciente de cirurgia eletiva, por exemplo, deveria ser internado com todos os exames realizados, de modo a não aumentar desnecessariamente seu tempo no hospital e sua exposição a infecções.

Da mesma forma, são fundamentais as estratégias para que a alta possa se dar assim que o cuidado prestado pelo hospital não seja mais necessário, mesmo não sendo possível que o paciente vá para casa. Os serviços para reabilitação/cuidados prolongados são componentes essenciais de uma rede, assim como a utilização de mecanismos e instrumentos de coordenação entre o hospital e a atenção primária, para garantia da continuidade do cuidado após a alta, que dessa forma poderá se dar num tempo mais breve.

O desenvolvimento tecnológico e a transferência de processos de cuidado anteriormente realizados em hospitais para outros tipos de serviços – cirurgia ambulatorial, centros de cuidado prolongados, atenção primária – foram modificando a oferta de leitos (medida pelas taxas de leitos/mil habitantes) e observou-se a tendência ao fechamento de leitos e hospitais. É interessante ressaltar, no entanto, que isso não significou necessariamente a diminuição da produção hospitalar global,

A atenção domiciliar se constitui como outra possibilidade de produção de cuidado caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, de modo a garantir a continuidade da atenção (BRASIL, 2016).

expressa pelas taxas de internação, que em muitos casos aumentou, já que os leitos existentes passaram a “rodar” muito mais.

Ainda assim, após o movimento inicial de diminuição acentuada da oferta, vários países viram-se obrigados a voltar a ampliá-la, ao se depararem com a falta de leitos para internação em momentos de elevação da demanda, como os longos e rigorosos invernos que aumentam em muito as infecções respiratórias graves, especialmente entre os idosos.

Existem diferentes tipos de hospitais, que contemplam distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, onde num extremo estão os hospitais de ensino e, no outro, pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de hospitais secundários, terciários e comunitários. Outra dimensão considera os hospitais gerais e especializados ou ainda a localização ou características organizacionais (único ou múltiplo).

Nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões e todas as classificações apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto em outros o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, torna-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade se justifica para diferentes bases populacionais. A neurocirurgia, por exemplo, necessita de uma base maior que os serviços de oncologia. Assim, hospitais terciários vão se diferenciando dentro do grupo: um país pode ter dez hospitais terciários ofertando cirurgia cardíaca de adultos e apenas um oferecendo a cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal e apenas um o transplante de fígado.

Por outro lado, em boa parte dos casos, quando o estabelecimento de hospitais não foi resultado do planejamento de redes, os serviços de um mesmo hospital não mantêm coerência interna quanto ao grau de complexidade. É possível encontrar, por exemplo, serviços que tratam casos menos complexos ao lado de outros que poderiam ser classificados como de referência terciária.

E mesmo quando inseridos no planejamento em redes, os distintos serviços de um mesmo hospital podem servir a diferentes bases populacionais. Por exemplo, a clínica médica serve às populações mais próximas, enquanto especialidades cirúrgicas têm território de abrangência maior.

Considerando a organização de redes de atenção e a indispensável inter-relação entre os níveis assistenciais, torna-se claro que o planejamento e a gestão de hospitais não devem ser vistos de forma desvinculada dos demais componentes, mas de maneira articulada, respeitadas as especificidades e a imensa complexidade das organizações hospitalares. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um jogo entre acesso, qualidade, custo e recursos existentes.

Para pensar o planejamento e/ou a adequação de hospitais para a constituição de redes, deve-se levar em conta necessariamente a base populacional; a distribuição da população; o perfil epidemiológico; a função do hospital na rede/perfil assistencial; e a concentração de recursos em função de economias de escala e da relação volume *versus* resultado.

g) Cuidados prolongados

Em muitas situações, o cuidado intensivo a ser prestado por uma unidade hospitalar não é suficiente para que o paciente tenha alta para voltar a casa. A ideia dos cuidados prolongados está ligada à de continuidade do processo terapêutico e à reabilitação, realizados em outras unidades da rede que não o hospital. É importante marcar a diferença entre cuidado prolongado e cuidado social, embora muitas vezes as fronteiras não estejam inteiramente claras.

Numa população que envelhece, é natural e esperado que à medida que avança a idade, avance também o processo de comprometimento funcional, muitas vezes inviabilizando a mobilidade e a vida independente. Essas pessoas, embora possam ser acometidas por doenças crônicas como hipertensão e diabetes, necessitam de acompanhamento e não do cuidado intensivo provido em hospitais, como muitas vezes acontece em nosso país.

Na maioria dos países que contam com sistema público de saúde organizado, esse acompanhamento é função do setor de cuidado social, que, embora articulado ao setor da saúde, atua de forma autônoma. Mantém moradia e cuidado de idosos que não têm condições de morar de forma independente, ou família que possa acolhê-los, e provê acompanhamento domiciliar para aqueles que permanecem em suas casas, inclusive realizando adaptações para prevenção de acidentes.

Em diferentes países, a organização da prestação de cuidado social é feita de forma distinta, mas em nenhum caso está no setor da saúde, embora trabalhem de forma articulada. O setor da saúde acompanha o controle das doenças crônicas que incidem sobre boa parte da população idosa e o setor social cuida das condições de vida. Sem essa divisão

de funções, a tendência é que os hospitais sejam utilizados como fonte de cuidado social e se tornem impossibilitados de exercer sua verdadeira função. Ou são criadas unidades de cuidados prolongados que podem se tornar verdadeiros depósitos de pessoas que não necessitam de cuidado intensivo.

As causas mais comuns de necessidade de cuidados prolongados são os grandes traumas, que muitas vezes requerem um longo processo de reabilitação pós-cirúrgica, e as afecções neurológicas, especialmente o acidente vascular cerebral com sequelas. Embora tenham causas, incidência e formas de tratamento distintas, têm em comum a necessidade de um longo processo de reabilitação que demanda profissionais e aparato técnico não encontrados na maior parte dos hospitais. Manter esses pacientes por longos períodos em internação não permite iniciar o processo terapêutico que tornaria possível a recuperação de funções, além de provocar exposição desnecessária à infecção hospitalar. Do ponto de vista do sistema, impede a rotatividade dos leitos, barrando o acesso de pessoas que necessitam de cuidado intensivo e que são, por sua vez, “internadas” nos serviços de emergência.

A proposta da unidade de cuidados prolongados é transferir o paciente do hospital para continuar o seu processo terapêutico de reabilitação em ambulatório e/ou em domicílio. Não é uma unidade para internação por tempo indeterminado, sob o risco de se transformar em moradia assistida, usualmente a cargo do sistema de cuidado social. Também deve ficar claro que não se trata de “leitos de retaguarda”, no sentido de unidades hospitalares menores destinadas apenas a “esvaziar” os hospitais e que pouco contribuem ao processo terapêutico. São centros bem equipados, com grandes serviços de fisioterapia e equipes multidisciplinares, sempre contando com enfermagem muito qualificada, geriatras e psicólogos, além de fisiatras e fisioterapeutas, naturalmente.

As unidades de cuidados prolongados estão intimamente relacionadas à prestação de cuidados domiciliares, forma de transferir o paciente da unidade para o domicílio, inclusive com o treinamento de familiares. As equipes estão também em estreita articulação com os profissionais dos hospitais de origem dos pacientes – é bom lembrar que atuam todos na mesma região – e mantêm articulação para a continuidade do cuidado, muitas vezes com a presença das equipes hospitalares nas unidades de cuidados prolongados.

Outro campo em que é utilizada a proposta de cuidados continuados é o do cuidado paliativo para pacientes em fase terminal, destinado em sua maior parte a pacientes oncológicos, quando não é possível a

permanência em casa. Em alguns sistemas, a unidade de cuidados prolongados que provê esse cuidado é a mesma, em outros é especializada. Em todos os casos, dispõe de enfermagem especializada e trabalha em estreita articulação com as equipes dos serviços de oncologia dos hospitais da região onde os pacientes iniciaram seu tratamento e aos quais permanecem vinculados.

Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis, regulação

Como você já viu, para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva, é necessário, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolubilidade e qualidade da atenção na provisão de cuidado.

No entanto, ainda que essa seja uma condição *sine qua non* para que uma rede exista, não é suficiente. É necessário ainda que esse conjunto de unidades trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (ou distrito ou microrregião).

Tradicionalmente, quando se fala em montagem de redes de serviços de saúde, pensa-se em mecanismos de referência e contrarreferência, compreendidos como as formas pelas quais um paciente caminha ao longo da rede. No entanto, pela descrição do funcionamento dos serviços em redes estabelecidas, fica claro que esses mecanismos não são, em absoluto, meras fichas de encaminhamento ou de solicitação de exames distribuídas aos pacientes para que estes busquem resolver, por sua própria conta e risco, de que forma serão operacionalizados. Os mecanismos de referência e contrarreferência só têm sentido e funcionam como tal, na medida em que expressam o compromisso com o caminhar de seus usuários, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias ao processo de cuidado em questão. Expressam, portanto, uma definição e um acordo prévios quanto ao que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar em termos de número e tipos de casos a serem atendidos, o que comumente é definido como o perfil assistencial.

A definição de perfis assistenciais numa rede é uma tarefa complexa. Muito raramente é possível construir redes de serviços a partir do zero, apenas com novos investimentos. No mundo real, redes de serviços são construídas a partir de unidades preexistentes, com suas próprias com-

posições de recursos e “vocações” institucionais. Essa realidade deve ser levada em conta ao pensar a definição de perfis.

Outra questão é que, como já referido, as definições do tipo “hospitais terciários” na prática apresentam certo grau de limitação, uma vez que nem sempre todos os serviços de um hospital guardam coerência quanto ao grau de complexidade. Muitas vezes encontramos no mesmo hospital um serviço de transplante de fígado, naturalmente de referência, ao lado de um serviço de pediatria, por exemplo, de baixa complexidade. Na mesma linha, dentro do mesmo hospital, podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca de adultos e um pediátrico, de modo que a base populacional a que o primeiro pode servir de referência é menor do que a do segundo. Assim, a definição das referências e dos caminhos ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

Essas definições de perfis e referências garantidas para realização de exames/atendimento especializado ou transferência para unidades que assumam pacientes que necessitem de cuidados prolongados, devem estar previamente dadas, pactuadas e garantidas. Na prática, isso significa que não caberia ao médico ou à assistente social ou a qualquer outro profissional operando na ponta a responsabilidade por encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame – atividades que costumam tomar grande parte do tempo e da energia dos que deveriam ocupar seu tempo cuidando de pacientes.

E como é possível que se definam esses caminhos? Uma das estratégias é a utilização de mecanismos de regulação. No entanto, tem-se observado que nem sempre os resultados são os esperados. Muito possivelmente isso se dá porque os mecanismos de regulação são um instrumento fundamental para operacionalizar os fluxos numa rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos, mas não são capazes de instituir a rede onde ela não existe.

Tanto é assim que, de acordo com o Ministério da Saúde, “a regulação da assistência pressupõe a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência; a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e responsabilização dos vários municípios na rede hierarquizada e regionalizada; a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de

planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação” (BRASIL, 2002 apud KUSCHNIR, 2014).

Além da definição de perfis e funções, de fluxos e de mecanismos institucionalizados de referência e contrarreferência, países que desenvolveram seus sistemas em redes vêm experimentando novas formas de articulação de serviços/práticas/profissionais, com o objetivo de tentar garantir a continuidade e integralidade do cuidado.

Organização das linhas de cuidado

De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando-a de forma transversal, está a organização de recursos por linhas de cuidado, na realidade, um recorte da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no interior destas, com o objetivo de tratar/cuidar determinadas patologias e/ou grupos de pacientes.

As linhas de cuidado são, em geral, organizadas/programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais. Em geral, são idealizadas para doenças crônicas ou episódios em que são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração, como o câncer, ou que requerem reabilitação, como o trauma e o acidente vascular encefálico.

A partir do detalhamento de protocolos clínicos, são desenhados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede, nos quais epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes e onde são definidas as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

A organização de linhas de cuidado só é possível por meio da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando-se o exemplo do acidente vascular encefálico (AVE) para o desenho da linha de cuidado para uma área, em linhas muito gerais, seriam necessários os seguintes passos, realizados em conjunto por planejadores, epidemiologistas, especialistas clínicos e gestores:

- analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico, o tratamento a ser instituído, como se dá o acompanhamento dos casos;

- detalhar a composição de recursos materiais e humanos necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica);
- estimar a população-alvo à qual serão dirigidas as ações de prevenção e estabelecer as normas de cobertura de ações;
- estimar o número de casos esperados a partir da instituição do processo diagnóstico;
- a partir do número de casos estimados, avaliar a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelos protocolos;
- definir em que ponto da rede e em quais unidades será realizada cada uma das ações (diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos);
- definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos;
- calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida;
- levantar os recursos existentes e avaliar de que forma estão operando e, se necessário, definir estratégias para solução de problemas detectados no sentido de sua adequação à proposta;
- definir as necessidades de investimento e elaborar o projeto de investimento;
- definir os indicadores de avaliação;
- definir os mecanismos de gestão conjunta e acompanhamento.

Naturalmente, para o processo de planejamento e implementação de linhas de cuidado numa dada região, é necessário o conhecimento da realidade específica local, para que as diretrizes gerais possam ser adaptadas, assim como o envolvimento dos gestores e profissionais das unidades envolvidas. Caso contrário, corre-se o risco de limitar a proposta à fase inicial de elaboração de normas, sem que se garantam as condições para que possam ser cumpridas – ou por não se dispor dos recursos necessários ou por não contarem com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

É importante fazer uma clara distinção entre linhas de cuidado e os chamados programas verticais. Enquanto estes tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” numa determinada patologia, a ideia da linha de cuidado é exatamente oposta.

O entendimento de cada linha de cuidado como uma rede de atenção independente, formalmente constituída, e não como uma estrutura funcional que perpassa transversalmente a rede de atenção, tende a reforçar a fragmentação, multiplicando os lócus de tratamento e cuidado para as mesmas populações e indivíduos. Mecanismos de integração muito bem azeitados são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, e aumentar a eficiência na utilização de recursos.

Assim, continuando no exemplo do AVE, a linha de cuidado envolve unidades básicas, equipes do Programa Saúde da Família, centros de diagnóstico, serviços de hospitais gerais e serviços de hospitais especializados dependendo do tipo de ações consideradas e do tipo de caso. No entanto, não se propõe que em cada uma dessas unidades se criem serviços especializados em AVE. A ideia central é a criação de “corredores funcionais” que conduzam o usuário ao longo da rede e permitam integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades.

As Portarias GM/MS n. 664/2012 e n. 665/2012 organizam a linha de cuidados no atendimento aos casos de AVE. A Portaria GM/MS n. 793/2012 orienta os cuidados de reabilitação quando houver necessidade (BRASIL, 2012a, 2012b, 2012c).

Refletindo sobre investimentos em redes de serviços

A partir de todo o exposto, fica claro que formular projetos de investimento para a construção de redes de serviços pressupõe um processo bastante mais complexo, mas não necessariamente complicado, do que propor a construção de um hospital ou qualquer outro serviço no distrito/município A ou B, para o qual são fundamentais doses maciças de bom senso.

Ao pensar num hospital, é necessário questionar se aquela localidade terá o número de casos suficientes para funcionar ou se seu destino será transformar-se num elefante branco. O tipo de perfil que está sendo pensado tem relação com as necessidades do território? Se é um serviço de referência, como as pessoas chegarão até ele? De que modo o serviço se articulará com as demais unidades da rede? E para que o serviço funcione, existem recursos humanos? Se for preciso contratá-los, há recursos ou poder para tal? E, ainda que estejam disponíveis, será possível mantê-los na região em questão?

As mesmas perguntas se colocam ao pensar a respeito da criação de serviços dentro de uma linha de cuidado, como um serviço de diagnóstico para o câncer, por exemplo. O número de casos da área é suficiente para justificar sua implantação ou será mais razoável referenciá-los a

um serviço vizinho? Como o serviço em questão se articularia com os demais componentes da linha de cuidado? Como os pacientes chegarão até ele? E uma vez identificados os casos, para onde serão encaminhados para o tratamento?

Do ponto de vista de sua operação: existem meios para contratar os recursos humanos? Eles estão disponíveis para serem contratados na área em questão? E se não estiverem, é possível traçar estratégias para sua captação?

A única forma de responder a essas questões consiste em idealizar os projetos de investimentos dentro do marco mais geral de um plano de saúde para a área/região em questão, com especificações claras de número, porte, perfis e funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas.

A partir desse marco geral, é preciso avaliar as condições específicas para implantação do projeto. Existem condições técnicas factíveis para que o projeto seja criado, operacionalizado e mantido? Existem condições políticas viáveis para que o projeto seja implantado? E se não existem, é possível criá-las? Com base em que estratégias?

Apenas a partir dessas definições prévias é possível ter clara a adequação do projeto de investimento.

Isso não quer dizer que um projeto de investimento específico deva contemplar todos os aspectos acima apontados. Vários projetos distintos poderão e deverão ser realizados para dar conta das necessidades de investimento em uma dada área e, evidentemente, será preciso realizar recortes. O fundamental é que ao realizar um projeto de intervenção num determinado processo de cuidado ou num serviço específico, sejam consideradas, apontadas e encaminhadas as articulações imprescindíveis para o seu funcionamento na perspectiva da rede.

Ainda que trabalhando dentro de um dado recorte, outra ordem de questões se coloca. É preciso levar em conta que o investimento numa dada unidade ou serviço, gerando maior produção, criará novas demandas e exercerá pressão sobre os serviços já existentes.

Ao pensar em ampliar um serviço cirúrgico, por exemplo, há que se considerar: se o número de cirurgias aumentar, será que os leitos de enfermaria disponíveis serão suficientes? E os serviços de UTI, exames laboratoriais, bancos de sangue? Onde estão os auxiliares de enfermagem e anestesistas necessários para aumentar a capacidade de produção?

Pelas próprias perguntas formuladas, utilizadas apenas como exemplo, fica claro que ao investir na ampliação ou construção de um serviço ou uma unidade, não basta pensar apenas em prédios e equipamentos. Para que funcionem, são necessários recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, enfim, todos os recursos para sua operacionalização. Ademais, os próprios prédios e equipamentos requerem manutenção constante para que o investimento não se perca. Esse aspecto básico deve ser considerado desde a formulação do projeto, bem como as estratégias para que esses recursos possam ser garantidos ou viabilizados a médio e longo prazos, para que se possa construir serviços de saúde e redes, e não apenas prédios.

Finalmente, outra questão central: antes de definir em que investir, é fundamental considerar o que existe e como está funcionando. Embora isso pareça óbvio, nem sempre é feito, talvez porque muitas vezes criar novos serviços pareça mais “fácil” e menos desgastante do que fazer funcionar os que existem. Assim, se em determinada área constatou-se, por exemplo, carência de leitos de clínica médica, antes de propor a construção de uma nova unidade ou ampliação de leitos, há que se analisar como estão funcionando os existentes.

Se o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos existentes for alto, por exemplo, de 14 dias, a primeira coisa a fazer é analisar o porquê desse achado e definir estratégias para modificar a situação. Se esse tempo for reduzido a sete dias, o número de leitos terá sido duplicado. Até porque se os problemas que estão prolongando o tempo de internação, como a não realização de exames no período pré-operatório ou a falta de alternativas para garantir a saída – citando os mais comuns –, não forem enfrentados nos hospitais já existentes, provavelmente também acontecerão nos serviços a serem criados, gerando a contínua necessidade de ampliação de leitos.

Constituição de mecanismos de gestão

a) Pensando o planejamento regional

Pelo que você viu até aqui, fica claro que a montagem de redes resolutivas e que possam garantir atenção integral efetiva pressupõe bases populacionais maiores que tornem possível desenhá-las considerando os vários níveis de densidade tecnológica e complexidade necessários ao cuidado e atenção de uma população dada.

As regiões naturalmente são subdivididas em territórios menores, em geral denominados distritos, sub-regiões ou microrregiões e que também mantêm autossuficiência de recursos para atenção à sua população até

o nível que seja definido. Assim, microrregiões/distritos menores serão responsáveis e autossuficientes para o primeiro nível, equipado para resolver os problemas mais comuns daquele território. Já distritos mais populosos, com perfil epidemiológico distinto, além de serem autossuficientes para o primeiro nível, que naturalmente deverá ter tamanho e combinação de recursos diferentes de um distrito menor, poderão prover ainda, por exemplo, cuidado ambulatorial especializado em hospital ou policlínicas para sua população. Além disso, possivelmente será referência para esse nível de cuidado ambulatorial especializado de um ou mais distritos vizinhos, de menor porte. Já serviços de maior complexidade/densidade tecnológica podem ser referência para toda uma região.

Para que um distrito possa dar conta da referência de seus vizinhos de menor porte, em seu planejamento de serviços e recursos deve ser considerada a população a ser referenciada pelos demais. Da mesma forma, os distritos menores devem considerar detalhadamente em seus planos as estimativas de casos que deverão ser encaminhados aos distritos de referência, definindo em que situação o serão e para que serviços.

Desse modo, fica claro que o planejamento da rede regional não é a soma do planejamento de seus distritos, assim como a rede não é construída apenas tomando-se o conjunto de atividades desenvolvidas pelas unidades existentes em sua área. A instituição de uma rede regional é uma construção coletiva, a ser desenvolvida em conjunto desde o seu início, na medida em que a atenção à saúde da população da região não é responsabilidade apenas dos distritos, mas da região como um todo.

Ao transpormos essa necessidade de construção coletiva para o caso brasileiro, em que mais de 70% dos municípios têm população menor que 20 mil habitantes, fica clara a complexidade da tarefa de construção de redes. Com exceção de algumas regiões metropolitanas, é necessário um número muito grande de municípios para que se tenha base populacional suficiente para o planejamento de serviços de maior densidade tecnológica.

Ainda assim, a única forma de construção de redes é considerar o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e implementação de redes regionais, é fundamental que inicialmente as fronteiras intermunicipais sejam apagadas, que se elabore o plano de forma conjunta, com participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região. Cumprida essa etapa, é hora de buscar os mecanismos de gestão que permitam operacionalizar o plano assim

construído, incluindo os mecanismos de financiamento e de contratação de recursos humanos. Se, ao contrário, partimos de mecanismos de financiamento que considerem cada município uma unidade de planejamento e programação autônoma, será extremamente difícil superar a fragmentação e a multiplicidade de subsistemas existentes, o maior desafio a ser enfrentado para a construção de redes.

b) Trabalhando com contratos

A partir da reforma de sistemas de saúde universais da década de 1990, foi adotada a estratégia de separação das funções de financiamento e provisão das ações e serviços por meio da adoção de contratos de gestão, criando “mercados internos”.

É bom lembrar que essa estratégia foi adotada em sistemas que desde sua criação sempre foram operados pela administração direta, com propriedade pública de todos os serviços e praticamente sem a presença de planos privados de saúde. Já os sistemas de seguro social, também de financiamento público, sempre utilizaram os contratos, seja para serviços filantrópicos ou privados lucrativos.

Esse foi o caso do sistema de saúde brasileiro pré-SUS, em que o seguro social (Inamps e seus precursores) sempre utilizou a contratação de serviços privados. Da mesma forma, parte muito significativa da oferta de serviços do SUS se dá por meio de serviços privados contratados – muitas vezes sem formalização. Contratos não são uma novidade no caso brasileiro.

A ideia central que embasa a estratégia de substituição da gestão direta por orçamentos pela contratação de ações e serviços, é a de que assim será possível aumentar a eficiência e estabelecer objetivos e metas. No entanto, é preciso deixar claro que a contratação de serviços não isenta o gestor da responsabilidade pela gestão da rede.

Na verdade, o desenho e o acompanhamento de contratos requerem grande capacidade de gestão, efetiva vontade política de exercer o poder regulatório e capacidade técnica. Esta é necessária para elaborar o plano sistêmico de organização de redes no qual os contratos devem se inserir. Sem esse plano e definição clara da função – perfil e produção esperada – da unidade a ser contratada, a tendência será de contratação daquilo que o contratado quer/pode ofertar, numa completa inversão dos objetivos da estratégia. Uma vez definido o plano, também é preciso capacidade técnica para desenho do contrato, a definição dos indicadores de avaliação e dos instrumentos de pagamento, alinhando os incentivos financeiros. Para que os objetivos de aumentar a eficiência

e melhorar a qualidade possam ser buscados por meio de contratos, muito deve ser cumprido pelo poder público – numa certa medida, mais até que na administração pública direta – no campo da decisão política, do planejamento e da gestão.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. *Critical challenges for family medicine: delivering emergency medical care: equipping family physicians for the 21st Century*. Washington, DC, 2014. (Position paper).

AUERBACH, A. D. et al. Comanagement of surgical patients between neurosurgeons and hospitalists. *Archives of Internal Medicine*, v. 170, p. 2004-2010, 2010.

BARRATT, H.; RAINE, R. Hospital service reconfiguration: the battle for hearts and minds. *BMJ*, London, v. 344, p. e953, 2012.

BEVAN, G.; SKELLERN, M. Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ*, London, v. 343, p. d6470, 2011.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 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*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 664, de 12 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 abr. 2012a. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 665, de 12 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 abr. 2012b. Seção 1, p. 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012c. Seção 1, p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

CAMPOS, G. W. S. Debate sobre o artigo de Conill. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S17-S19, 2008. Suplemento 1.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 477-483, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARSON, D.; HENRY, C.; STERN, R. *Primary Care and Emergency Departments*: report from the Primary Care Foundation. [London], 2010. Disponível em: <http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/Reports_and_Articles/Primary_Care_and_Emergency_Departments/Primary_Care_and_Emergency_Departments_RELEASE.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

CHORNY, A. H. *Gerencia estrategica de servicios de salud*. Rosário: Instituto de la Salud, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n. 1451, de 10 de março de 1995. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3.666.

DILLNER, L. Long term conditions: how services for long term conditions could be reborn. *BMJ*, v. 342, p. d1730, 2011.

GASK, L.; KHANNA, T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, v. 198, p. 3-5, 2011. Editorial

GÉRVAS, J. Cuidados primários de saúde na Europa: tendências atuais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 350-369, set. 2004.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 251-252, 2006.

GRIMSHAW, J. M. et al. *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (review)*. [S.l.]: John Wiley & Sons, 2006. Disponível em: <http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/Grimshaw_et_al_2005_CochraneRev_Referral.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

GRUNFELD, E.; EARLE, C. C. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, v. 40, p. 5-30, 2010.

GUTHRIE, B.; WYKE, S. Access and continuity in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Family Practice*, v. 7, p. 11, 2006.

HEATH, I. Out of hours primary care: a shambles? *BMJ*, v. 334, p. 331, 2007.

JAYAPRAKASH, N. et al. Crowding and delivery of health care in emergency departments: the European perspective. *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 10, p. 233-239, 2009.

KRAMER, M. H. et al. Internal medicine in Europe: how to cope with the future? *European Journal of Internal Medicine*, v. 21, p. 173-175, 2010.

KVAMME, O. J.; OLESEN, F.; SAMUELSSON, M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) *Quality in Health Care*, v. 10, p. 33-39, 2001.

NEWBOLD, M. What is the future of hospitals? *BMJ*, v. 347, p. f5442, 2013. Editorial.

MARTINUSSEN, P. E. Hospital physicians' assessments of their interaction with GPs: the role of physician and community characteristics. *Health Policy*, v. 110, n. 1, p. 14-21, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2009.

MCCARTHY, M. L. Overcrowding in emergency departments and adverse outcomes. *BMJ*, v. 342, p. d2830, 2011. Editorial.

MOORE, S. et al. Impact of specialist care on clinical outcomes for medical emergencies. *Clinical Medicine*, v. 6, p. 286-293, 2006.

POWELL, D. G. et al. *Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review*. [S.l.]: Australian Primary Health Care Research Institute, 2006.

PURDY, S. *Avoiding hospital admissions: what does the research evidence say?* London: The King's Fund, 2010. Disponível em: <<http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding-hospital-admissions>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

ROBERTS, E.; MAYS, N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy*, v. 44, n. 3, p. 191-214, 1998.

ROLAND, M.; ABEL, G. Reducing emergency admissions: are we on the right track? *BMJ*, v. 345, p. e6017, 2012.

STARFIELD, B. et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, v. 1, p. 8-14, 2003.

SZECSENYI, J. Improving care at the primary-secondary care interface: a difficult but essential task. *Quality in Health Care*, v. 5, n. 4, p. 191-192, 1996.

WACHTER, R. M.; BELL, D. Renaissance of hospital generalists. *BMJ*, v. 344, p. e652, 2012.

WHITE, K. L. et al. *Health services, concepts and information for national planning and management: experiences based on the WHO International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Geneva: World Health Organization, 1977.