AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

CONASS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes

2ª edição

Brasília-DF
2011

© 2011 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 2.ª edição – 2011 – 2000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
http://www.paho.org/bra/apsredes

Elaboração:
Eugênio Vilaça Mendes

Capa e Projeto Gráfico:
All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

NOTA:
- O projeto gráfico e a editoração desta publicação foram financiados pelo Termo de Cooperação nº 43 firmado entre a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.
- A impressão deste livro foi financiada pelo Termo de Cooperação nº 60 firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde com interveniência do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

Ficha Catalográfica

Mendes, Eugênio Vilaça

As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
549 p.: il.

ISBN: 978-85-7967-075-6

1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84

Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES. 5

APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO 11

APRESENTAÇÃO DA SEGUNDA EDIÇÃO 13

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS 15

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO 1 – AS SITUAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE. 25

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE 25
AS SITUAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO MUNDO E NO BRASIL. 28
A SITUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE 45
OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 50

CAPÍTULO 2 – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA, FUNDAMENTOS, CONCEITO E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS 61

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. 61
OS FUNDAMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 71
O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 78
OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 85

CAPÍTULO 3 – OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE 209

OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS 210
OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS 218

CAPÍTULO 4 – AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE E A GESTÃO DA CLÍNICA . . . 293

UMA NOVA CLÍNICA: AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE. 293
A GESTÃO DA CLÍNICA. 348

CAPÍTULO 5 – UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PROGRAMA MÃE CURITIBANA (PMC). 439
O PROGRAMA MÃE CURITIBANA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 440
OS PROCESSOS DO PMC 455
OS RESULTADOS DO PMC 467
CONCLUSÃO 470

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 473

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1:	A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários	75
Figura 2:	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	84
Figura 3:	A estrutura operacional das redes de atenção à saúde	86
Figura 4:	Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde	97
Figura 5:	O modelo institucional do SUS	164
Figura 6:	Os *déficits* da atenção à saúde	184
Figura 7:	O ciclo da contratação em saúde	190
Figura 8:	As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas	214
Figura 9:	O modelo de atenção crônica (CCM) (*)	221
Figura 10:	O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas	232
Figura 11:	O modelo da pirâmide de risco da kaiser permanente	238
Figura 12:	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	246
Figura 13:	O modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead	248
Figura 14:	A atenção à saúde segundo o modelo de atenção crônica (CCM)	294
Figura 15:	Tempo do cuidado profissional na vida de um portador de condição crônica	338
Figura 16:	As tecnologias de gestão da clínica	369
Figura 17:	A gestão da condição de saúde	387
Figura 18:	O ciclo da auditoria clínica	414
Figura 19:	O modelo de melhoria	423

QUADROS

Quadro 1:	As diferenças entre as condições agudas e crônicas	28
Quadro 2:	As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde	56
Quadro 3:	O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde	95
Quadro 4:	As diferenças entre os centros de especialidades médicas e os pontos de atenção secundária de uma rede	103
Quadro 5:	Diferenças entre os prontuários clínicos com e sem informatização	141
Quadro 6:	Sistema Manchester de classificação de risco	212
Quadro 7:	Os estágios de mudança e os modos de motivar as mudanças	265
Quadro 8:	Principais características diferenciadoras da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas	297
Quadro 9:	Distribuição da função e suas tarefas pela equipe de saúde	316
Quadro 10:	Base territorial, níveis de atenção e pontos de atenção à saúde do Programa Mãe Curitibana	441

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030.	32
Gráfico 2:	População total, segundo grandes grupos etários, Brasil, 1940 a 2050	33
Gráfico 3:	Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doença crônica por idade. Brasil, 1998 e 2003	34
Gráfico 4:	Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, 1930 a 2003.	35
Gráfico 5:	Taxas de mortalidade ajustadas por idade por cem mil habitantes por doenças crônicas, em pessoas de 30 anos ou mais, em países selecionados, 2005	40
Gráfico 6:	Taxas de mortalidade padronizadas por idades por cem mil habitantes por doenças cardiovasculares em homens de 30 anos ou mais, em países selecionados, 1950/2002	41
Gráfico 7:	Perdas de renda em porcentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes, em países selecionados, 2005/2015.	43
Gráfico 8:	A lógica da atenção às condições agudas	48
Gráfico 9:	Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) em relação à qualidade da atenção primária à saúde em 18 países da OECD, período 1970 a 2000	91
Gráfico 10:	Eficiência total, de escala e interna dos hospitais do SUS em Minas Gerais, 2006	109

TABELAS

Tabela 1:	Mortalidade proporcional por categoria de causas de óbitos, com redistribuição das causas externas, Brasil, 2002 a 2004	36
Tabela 2:	Mortalidade proporcional por doenças crônicas com redistribuição das causas mal definidas, por região, Brasil, 2004	36
Tabela 3:	As principais causas de internações no SUS em valores porcentuais, Brasil, 2005.	37
Tabela 4:	Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998	38
Tabela 5:	As dez principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998.	38
Tabela 6:	Porcentual de adultos com fatores de risco em capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, VIGITEL, 2007	39
Tabela 7:	Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), taxas por mil habitantes, Brasil e Grupo América A	42
Tabela 8:	Estimativa de gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS com doenças crônicas, 2002	42
Tabela 9:	Dez principais fatores de risco para mortalidade atribuível nos países do Grupo B da América Latina e Caribe	268
Tabela 10:	Evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar	276
Tabela 11:	Porcentual de gestantes inscritas no PMC antes do 4º mês de gestação, período de 2001 a 2008	458
Tabela 12:	Consultas pré-natais ofertadas a gestantes de baixo risco pelo PMC, período de 2003 a 2008	459

Tabela 13: Número de consultas puerperal e de puericultura para os recém-nascidos ofertadas pelo PMC, período 2001 a 2008 460
Tabela 14: Número absoluto e percentual de gravidez em mulheres de 10 a 19 anos, Curitiba, período de 1999 a 2008 463
Tabela 15: Razão de incidência de gestantes matriculadas no PMC, período de 2000 a 2008 464
Tabela 16: Porcentual de partos cesáreos em relação aos partos totais realizados pelo SUS em Curitiba, período de 1999 a 2007 466
Tabela 17: Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade, por tipo de vacina. Curitiba, período 2002 a 2008 467
Tabela 18: Coeficiente de mortalidade infantil em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, Curitiba, anos selecionados 468
Tabela 19: Razão de mortalidade materna por cem mil nascidos vivos em Curitiba, períodos de 1994 a 2009 469

BOXES

Boxe 1: O controle da hipertensão arterial sistêmica no SUS 53
Boxe 2: O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, PRO-HOSP 111
Boxe 3: A matriz de pontos de atenção à saúde da Rede Viva Vida 114
Boxe 4: O sistema de patologia clínica em Curitiba 119
Boxe 5: *Checklist* sobre o uso das informações nas organizações 132
Boxe 6: O Sistema Estadual de Transporte em Saúde de Minas Gerais (SETS) 154
Boxe 7: A carteira de serviços sanitários da Espanha 183
Boxe 8: A acreditação de RASs pela Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations 199
Boxe 9: As redes de atenção às urgências e às emergências em Minas Gerais 216
Boxe 10: O modelo de atenção crônica (CCM) no Health Disparities Collaboratives 225
Boxe 11: O sistema integrado de saúde da Kaiser Permanente (KP) 240
Boxe 12: O Projeto Travessia 261
Boxe 13: Monitoramento dos comportamento e estilos de vida nos Estado Unidos 269
Boxe 14: Direitos e deveres mais encontrados nas Cartas das Pessoas Usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde 301
Boxe 15: Uma sessão de atendimento em grupo 332
Boxe 16: O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha 335
Boxe 17: Curso para o autocuidado da artrite 341
Boxe 18: Um exemplo de plano de autocuidado apoiado 345
Boxe 19: Vivendo uma vida saudável com condições crônicas: um manual de desenvolvimento do autocuidado apoiado 347
Boxe 20: As linhas-guia da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo 375
Boxe 21: O instrumento AGREE de avaliação das diretrizes clínicas 380
Boxe 22: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP) 396

Boxe 23:	A gestão da condição de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	404
Boxe 24:	A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido	407
Boxe 25:	A gestão de caso em UNIMEDs em Minas Gerais	411
Boxe 26:	Um exemplo de utilização de um ciclo de PDCA no Centro de Saúde Rocky Road	425

Para meu pai, Joaquim Mendes Júnior, cujo fascinante trabalho como diretor do Centro de Puericultura Odete Valadares, em Pará de Minas, alimenta, de forma permanente, a minha vida profissional.

Para Carlyle Guerra de Macedo, José Maria Paganini e Roberto Capote Mir, pelo apoio e pelos ensinamentos recebidos durante meu trabalho na Organização Pan-Americana da Saúde. Sem esses mestres, esse livro talvez não existisse.

AS REDES NA POÉTICA DE JOÃO CABRAL DE MELO NETO:

TECENDO A MANHÃ

"Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão".

APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO

Marcus Pestana
Ex-Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, Economista e Deputado Federal

Toda grande transformação social parte necessariamente de um corpo de ideias que desafia as bases que sustentam uma determinada realidade que obstaculiza avanços e dá sinais de esgotamento. Toda mudança profunda da realidade implica a construção de consensos e convergências que conquistem corações e mentes, mobilizando as forças políticas e sociais necessárias à sustentação do processo de transformação. A prática, sem uma boa teoria, é cega. A teoria, desvinculada da ação transformadora, é estéril. A boa teoria quando se transforma em força social ganha a capacidade de revolucionar a vida. A prática militante, munida de uma boa teoria, ganha profundidade e dimensão estratégica.

A luta pela construção de um sistema público de saúde no Brasil de acesso universal, com cobertura integral e qualidade, faz parte dos sonhos e conquistas de uma geração que acalentou os valores da equidade e da democracia. O SUS é a expressão, no campo da saúde, da aspiração de um país justo e do compromisso com a cidadania.

Essa profunda transformação introduzida no sistema público de saúde tem sua história e seus atores. Todo grande conjunto de ideias transformadoras, antes de se converter em patrimônio coletivo e de diluir as digitais que impregnaram seu nascimento, surge a partir da reflexão crítica de uns poucos "intelectuais orgânicos" que organizam o pensamento, aprofundam o diagnóstico e o conhecimento sobre limites e potencialidades presentes na realidade, erguem estratégias, propõem desafios, lançam as bases do processo transformador.

Na reforma sanitária brasileira não foi diferente. O amplo movimento social, político e comunitário que acompanha a história do SUS, foi permanentemente alimentado pelo trabalho militante e qualificado de um conjunto de intelectuais sanitaristas. Um dos pilares inequívocos do sucesso relativo do SUS até aqui é a solidez de seu marco teórico e conceitual.

Nesse cenário, alguns grandes formuladores e intelectuais se destacam. Eugênio Vilaça Mendes é um deles. Eugênio concentra uma rara combinação de qualidades.

Rigor e qualidade intelectual, inquietação existencial, espírito público, experiência acumulada, criatividade, integridade pessoal, aguçado senso crítico, compromisso social, espírito militante, capacidade de trabalho – são algumas das características que fazem dele um dos mais importantes pensadores da saúde pública brasileira e um de seus autores mais lidos.

Toda a trajetória que percorre, da OMS a dezenas de municípios brasileiros, do Banco Mundial ao Ceará e Minas Gerais, da OPAS à permanente interlocução com o Ministério da Saúde, é marcada pelo compromisso permanente de transformar as políticas públicas de saúde em ferramentas de melhoria da qualidade de vida das pessoas, sobretudo aquelas mais pobres.

Com seu extremo rigor analítico e sua vigorosa capacidade crítica, não contemporiza diante de abstrações sem base em evidências, retóricas inconsistentes, simplismos teóricos, ufanismos tolos ou atalhos equivocados. Chama permanentemente a atenção para que não durmamos sobre os louros de nossas provisórias e incompletas vitórias no SUS e prossigamos no trabalho de transformação permanente que a ruptura de paradigma introduzida em 1988 nos impõe.

Em "As Redes de Atenção à Saúde", mais uma vez, Eugênio Vilaça Mendes presta inestimável colaboração no sentido de encararmos com coragem a nossa utopia inacabada. Propõe uma vasta e profunda reflexão sobre a necessidade de superarmos a fragmentação do sistema, de nos organizarmos corretamente diante da presença hegemônica das condições crônicas, de definitivamente priorizarmos a qualificação da atenção primária à saúde como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde.

Com mais esse livro, Eugênio renova seu compromisso com uma saúde pública de qualidade e reafirma o seu papel central como intelectual sanitarista militante. Não é certamente teoria estéril. Em cada página as palavras e letras parecem saltar do papel para interpelar a realidade e seus atores no sentido da transformação social permanente e necessária.

Que todos nós, como os galos de João Cabral de Melo Neto, multipliquemos as sementes aqui lançadas por Eugênio Vilaça Mendes, tecendo as novas manhãs de nosso sistema público de saúde.

APRESENTAÇÃO DA SEGUNDA EDIÇÃO

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina
(Cora Coralina)

O Brasil é um dos grandes países que surgem como líderes mundiais neste novo século. Não obstante o progresso econômico e a redução da pobreza, hoje observados por todos, podemos dizer também, com orgulho, que tal conquista traz em sua bagagem a defesa de um sistema de saúde universal, integral, público e gratuito. Num contexto mundial, em que a mercantilização da saúde foi difundida como preceito de ajuste econômico, o Brasil manteve-se fiel ao que também preconiza a Organização Pan-Americana da Saúde, defendendo o Estado como responsável pela garantia do acesso universal à saúde para seus cidadãos.

O Sistema Único de Saúde é uma concepção vitoriosa, cuja implantação nas duas décadas passadas exigiu sério compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O progresso notável até aqui alcançado, todavia, permanece a nos lembrar do que ainda temos por fazer. Um desses grandes desafios são as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS). Ao mesmo tempo, precisamos qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro.

A segunda edição desta obra consegue abordar com brilhantismo as questões anteriormente citadas. Seu conteúdo é coeso, baseado na melhor evidência disponível nessa área de conhecimento, e traz inestimável contribuição ao novo processo de regionalização solidária que ora se inicia. O SUS, como sistema dinâmico, precisa incorporar novos processos organizativos que permitam sua modelagem às transições epidemiológicas, demográficas, econômicas e sociais que permeiam a população brasileira.

Finalmente, ressaltamos a capacidade e intelecto do autor desta obra, Eugênio Vilaça Mendes, uma das maiores referências científicas atuais no Brasil para o tema de redes e APS. Sentimo-nos honrados em verificar o valor da contribuição desse

egresso da OPAS, não somente para a construção do SUS, mas também para o ordenamento de diversos outros sistemas de saúde da região das Américas.

A OPAS/OMS Representação Brasil sente-se honrada em apresentar esta obra e convida todos a desfrutar do conhecimento e informações aqui contidos.

Diego Victoria
Representante da OPAS/OMS no Brasil

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ACIC: *Assessment of Chronic Illness Care*
ACISPES: Consórcio Intermunicipal de Saúde Pé da Serra
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AGREE: *Appraisal of Guideline Research and Evaluation*
AIH: Autorizações de Internação Hospitalar
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS: Atenção Primária à Saúde
APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos
AVAI: Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
BPA: Boletim de Produção Ambulatorial
BSC: *Balanced Score Card*
CCM: Modelo de Atenção Crônica (*Chronic care model*)
CES: Centro de Educação em Saúde
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CICC: O modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CMUM: Centro Médico de Urgência Municipal
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQS: Cartão Qualidade SUS
DATASUS: Departamento de Informática do SUS
DEA: Análise Envoltória de Dados
DN: Declaração de Nascidos Vivos
DO: Declaração de Óbitos
DRG: *Diagnostic-Related Groups* ou Grupos Relacionados por Diagnóstico
HMO: Organizações de Manutenção da Saúde
IDQ: Programa de Desenvolvimento de Qualidade dos Serviços
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
KP: Kaiser Permanente
MBE: Medicina Baseada em Evidência
MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NHS: Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido
NOAS: Norma Operacional da Assistência à 0
NOB: Norma Operacional Básica
OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ONA: Agência Nacional de Acreditação
PACE: *The Program of All-Inclusive Care for the Elderly*
PACIC: *The Patient Assessment of Chronic Illness Care*
PAM: Posto de Atendimento Médico
PDI: Plano Diretor de Investimentos
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PEP: Programa de Educação Permanente de Médicos de Família
PIB: Produto Interno Bruto
PMC: Programa Mãe Curitibana
PMDI: Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI: Programação Pactuada e Integrada
PRO-HOSP: Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais
PSF: Programa de Saúde da Família
RAS: Rede de Atenção à Saúde
REDE U&E: Rede de atenção às urgências e às emergências
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos
RIPSA: Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESMG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESP: Serviços Especiais de Saúde Pública
SETS: Sistema Estadual de Transporte em Saúde
SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica
SIA SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH SUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM: Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

As reformas do setor saúde empreendidas nos anos 90, como expressão temática das reformas econômicas liberais com origem no Consenso de Washington, fracassaram. A razão do insucesso está em que essas reformas se fixaram em ideias-força como privatização, separação de funções, novos arranjos organizativos e introdução de mecanismos de competição que não foram capazes de gerar valor para os cidadãos comuns que utilizam os sistemas de atenção à saúde. Em razão disso, há quem fale de uma terceira geração de reformas sanitárias que se centrará na busca da equidade, na integração dos sistemas de atenção à saúde, na valorização da APS, na introdução da avaliação tecnológica em saúde e da medicina baseada em evidência e no empoderamento dos cidadãos (HAM, 1997).

As reformas sanitárias continuam necessárias, mas uma nova agenda deverá impor-se e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades. Para isso, as mudanças deverão fazer-se por meio de alguns grandes movimentos: da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas.

Esse livro procura examinar alguns desses movimentos, verificar como têm se dado internacionalmente e como poderiam ser implantados no SUS. Portanto, o foco do trabalho está no sistema público de atenção à saúde brasileiro.

O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los.

Contudo, nos últimos anos, a sua agenda tem sido constrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume de financiamento. É certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento e que necessita de mais recursos financeiros, porém como se constata crescentemente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Recursos adicionais para fazer mais do mesmo significa jogar dinheiro fora. Como afirma o professor indiano Ramalingaswani: "*é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida*" (FRENK, 2006).

O imprescindível incremento dos recursos públicos para a saúde no Brasil, para produzir impacto sanitário, tem de vir junto com reformas profundas no SUS.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

A implantação das RASs convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experenciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público.

O necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. Aqui e alhures, o sistema de pagamento, fortemente centrado no pagamento por procedimentos, sinaliza para os prestadores de serviços que ofertem mais serviços e serviços mais caros para maximizar seus ganhos. Esse sistema de

incentivos é perverso porque estimula os prestadores a oferecerem, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao tempo em que os desincentivam a ofertarem intervenções voltadas para a promoção e a manutenção da saúde. Ou seja, fortalece um sistema de doença em detrimento de um sistema de saúde. Esse desalinhamento entre os objetivos do sistema de atenção à saúde e os seus mecanismos de financiamentro explica o fato de que uma grande parte dos procedimentos de saúde ofertados sejam desnecessários do ponto de vista sanitário (nos Estados Unidos esse valor varia entre 30% a 50%). Por isso, o sistema de pagamento por procedimentos tem sido considerado o querosene que se joga para apagar o incêndio dos custos da saúde (CHRISTENSEN *et al*, 2009). Uma necessária regulamentação da Emenda 29 – que é insuficiente para garantir uma atenção pública universal e de qualidade – sem o alinhamento dos incentivos econômicos por meio da superação do sistema de pagamento por procedimentos e sem a alteração dos modelos de atenção à saúde praticados no SUS, fará com que esses recursos adicionais sejam apropriados, rapidamente, por prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política da saúde sem que gerem, necessariamente, valor para os cidadãos.

Esse livro pretende, modestamente, contribuir para a ampliação do debate sobre o SUS, colocando essas questões centrais que se articulam em torno de uma proposta moderna de implantação das RASs. Para isso, ele se estrutura em cinco capítulos.

O Capítulo 1 parte da consideração dos sistemas de atenção à saúde como respostas sociais, deliberadamente instituídas, para responder às necessidades de saúde das populações. Por isso, foca-se, inicialmente, na análise das situações de saúde no mundo e no Brasil, partindo de um referencial teórico que foge da concepção convencional de doenças transmissíveis e de doenças e agravos não transmissíveis, para um novo enfoque que tipifica as condições de saúde, mais que doenças,em condições agudas e crônicas. A razão dessa nova tipologia está em que ela é mais apropriada para a organização dos sistemas de atenção à saúde. Constata-se, nesse capítulo, que as situações de saúde, aqui e alhures, são caracterizadas pela presença hegemônica de condições crônicas. Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas convivem com causas externas e com doenças infecciosas, compondo um mosaico epidemiológico que tem sido denominado de dupla ou tripla carga de doenças. Isso se dá num ambiente de transição demográfica acelerada, o que aponta para um incremento prospectivo das condições crônicas. O descompasso entre uma situação de saúde de domínio relativo das condições crônicas com sistemas de atenção à saúde estruturados, prioritariamente, para responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas de forma fragmentada, episódica e reativa, é diagnosticado como o principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde, em todo o mundo e, também, no Brasil. Além disso, esses sistemas de atenção à saúde voltados para as condições e os eventos agudos (des)organizam-

-se sob a forma de sistemas fragmentados em que não há articulações orgânicas e sistêmicas entre os níveis de atenção primária, secundária e teciária à saúde, nem com os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. Esses sistemas fragmentados são reativos, não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade. Eles devem ser substituídos pelas RASs, sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita. Esse capítulo fixa-se na análise dos problemas de saúde que solicitam a resposta social das RASs e procura delinear, em contraposição aos sistemas fragmentados, a estrutura interna desses sistemas integrados.

O Capítulo 2 detalha a proposta das RASs. Faz uma revisão bibliográfica sobre as redes em diferentes áreas geográficas: Europa, Estados Unidos, Canadá, América Latina e Brasil. Busca extrair as evidências sobre os resultados econômicos e sanitários da implantação das RASs e discute sua viabilidade em países em desenvolvimento e no Brasil. Considera os fundamentos da construção social das RASs: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processo de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção à saúde. A partir da definição das RASs, ancorada nas concepções de redes sociais e de sistemas integrados de atenção à saúde, estabelece os elementos constitutivos desses sistemas: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. O primeiro elemento, a população, é visto como elemento essencial e a razão de ser das RASs e, por essa razão, discute-se a atenção à saúde baseada na população. O segundo elemento é a estrutura operacional que se compõe de cinco componentes: a atenção primária à saúde: o centro de comunicação das redes, os pontos de atenção secundária e terciária à saúde, com destaque para os novos papéis a serem desempenhados pelos ambulatórios secundários e pelos hospitais, na perspectiva das redes; os sistemas de apoio: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde; os sistemas logísticos: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde; o sistema de transporte em saúde; e o sistema de governança das redes, discutido em termos de sua institucionalidade, de seus sistemas gerenciais e de seu sistema de financiamento. Esse capítulo começa a delinear a solução para o grande problema do SUS que é sua forma de prestar atenção à saúde de forma fragmentada, episódica, reativa e focada nas condições e eventos agudos.

O Capítulo 3 desenvolve o terceiro elemento constitutivo das RASs que são os modelos de atenção à saúde. Trata dos modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas. Por sua complexidade, aprofunda a discussão sobre os modelos de atenção às condições crônicas, a partir de um modelo seminal, o modelo de

atenção crônica, desenvolvido nos Estados Unidos, que apresenta evidências robustas de resultados econômicos e sanitários favoráveis quando aplicado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Propõe, com base no modelo de atenção crônica, um modelo de atenção às condições crônicas para ser utilizado no SUS, articulado com o modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, e que engloba cinco níveis de intervenções: o primeiro nível, as intervenções de promoção sobre os determinantes distais e intermediários da saúde, em relação com a população total adscrita à rede; o segundo nível, as intervenções de prevenção das condições de saúde sobre os determinantes proximais de comportamento e estilos de vida, relativos a subpopulações em situação de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida; e os terceiro, quarto e quinto níveis, as intervenções de gestão da clínica sobre subpopulações com condições de saúde estabelecidas, estratificadas por riscos. Esse capítulo detalha os níveis 1 e 2 do modelo de atenção às condições crônicas ligados à promoção da saúde e à prevenção das condições de saúde.

O Capítulo 4 considera as respostas às condições crônicas nos níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas. Para isso, adentra o espaço da clínica e propõe mudanças profundas na atenção à saúde que instauram uma nova clínica compatível com o manejo das condições crônicas. Além de propor uma nova clínica, detalha uma nova forma de gestão dos sistemas de atenção à saúde, a gestão da clínica. A gestão da clínica representa um movimento de mudança da gestão convencional de meios (recursos humanos, materiais e financeiros) para a microgestão dos fins, a gestão da intimidade do encontro clínico. Considera os fundamentos dos sistemas de atenção à saúde que convocam, de forma definitiva, a gestão da clínica. Mostra as suas origens na atenção gerenciada norte-americana e na governança clínica do Reino Unido. Define o que é gestão da clínica e aponta suas tecnologias principais. As diretrizes clínicas constituem a tecnologia-mãe da qual derivam quatro outras ferramentas de gestão da clínica: a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera. Essas cinco tecnologias são desenvolvidas em termos de conceito, importância, indicações, processo de implantação e evidências sobre suas aplicações. Nesse capítulo fixam-se níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas que implica a utilização da gestão da condição de saúde nos níveis 3 e 4 e da gestão de caso no nível 5. Aborda-se, no capítulo, uma metodologia de implantação do modelo de atenção às condições crônicas por meio de intervenções de aprendizagem colaborativa entre diferentes projetos. Os participantes de um projeto colaborativo de implantação do modelo de atenção às condições crônicas operam com um modelo de melhoria à semelhança dos programas de qualidade. É apresentado um sistema de avaliação das RASs que permite monitorar e avaliar a situação dessas redes desde um sistema fragmentado até uma rede integrada.

O Capítulo 5 contém um relato detalhado do caso do Programa Mãe Curitibana que significa, provavelmente, a mais bem-sucedida e sustentável experiência de RAS construída no SUS. Uma das razões para esse sucesso deve-se à sua concepção, desde o início, como uma rede integrada de atenção materno-infantil.

O livro está construído na perspectiva de visitar as experiências e as evidências de outros países e de confrontá-las com a realidade do SUS. Para isso, utilizam-se casos relevantes, internacionais e nacionais, que se mostram em vários boxes.

Esse é um livro-processo. Ele reflete o amadurecimento do autor e de suas ideias ao longo da última década. De um autor-ator que tem tido a feliz possibilidade de conhecer as experiências internacionais, especialmente por ter trabalhado 11 anos na Organização Pan-Americana da Saúde, e de observar, por dentro, as realidades do SUS, já que, como consultor em saúde pública, pode estar presente em quase todas Secretarias Estaduais de Saúde e em mais de duas centenas de municípios brasileiros, do extremo norte ao extremo sul do país.

No trabalho de consultor, participei, como co-ator, de experiências práticas de construção de inovações no SUS. Não fui somente um observador externo. Vi, intimamente, instituições de saúde, públicas e privadas, ambulatórios e hospitais, de diferentes tamanhos e complexidades, nos diferentes brasis. Dialoguei em cursos, seminários, oficinas e palestras com milhares de profissionais de saúde, políticos, gestores, acadêmicos, lideranças comunitárias e homens e mulheres comuns usuários do SUS. Acompanhei a discussão e a implantação de experimentos de RASs em diferentes partes do País.

Na realidade, este livro se iniciou com o descobrimento das propostas que se faziam, na segunda metade dos anos 90, em países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos e Canadá, sobre os sistemas integrados de saúde. Esses elementos conceituais e operacionais foram traduzidos numa proposta, muito incipiente, de mudança da gestão da atenção à saúde no SUS (MENDES, 1998).

Essas reflexões teóricas serviram de base para a concepção do projeto de sistema integrado de atenção à saúde na Microrregião do Alto Rio Grande, em Minas Gerais, que envolveu oito municípios daquela região e que foi desenvolvido, a partir de 1998, pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, com apoio técnico e financeiro da Fundação W. K. Kellogg. As ideias ali plantadas constituíram um dos insumos para a experiência pioneira de implementação do Sistema Microrregional de Saúde da Microrregião de Baturité, conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1999, e que, certamente, influiu, de forma significativa, nas propostas posteriores de regionalização do SUS. No plano municipal, as concepções dos sistemas integrados de saúde foram testadas no Projeto Integrar, na Região de São Pedro, em Vitória, Espírito Santo, em

2001, pela Secretaria Municipal de Saúde daquela cidade. No ano seguinte, em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou o Sistema Integrado de Serviços de Saúde naquele município, um experimento que encontrou um bom ambiente político e institucional para o desenvolvimento de RASs e que, numa avaliação externa do Banco Mundial, apresentou bons resultados para a população daquele município. Por fim, nos últimos anos, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem sido um laboratório importante de implantação, em conjunto com os municípios do estado, das RASs.

Todo esses movimentos que incluíram elaborações teóricas e experimentações concretas no SUS, em diferente partes do País, confluíram para dar origem e consolidar esse livro sobre as RASs.

Essa é a segunda edição do livro publicado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, em 2009, instituição a que sou muito agradecido pelo sucesso da primeira edição.

Essa segunda edição surge graças ao interesse e ao estímulo de dois grandes amigos, Renato Tasca, Coordenador da Unidade Técnica de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde, Representação do Brasil, e Ricardo Scotti, Coordenador de Desenvolvimento Institucional do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Renato é um italiano-brasileiro (ou brasileiro-italiano?), companheiro de muitas lutas pelo SUS, em diferentes partes do País. Mais uma vez estamos juntos, agora com as RASs, e sou muito grato, a ele, por me ter dado a oportunidade de editar esse livro pela OPAS/Brasil, instituição em que tive o privilégio de trabalhar e com a qual tenho um débito enorme pelas possibilidades que me ofereceu de crescer como profissional da saúde e de conhecer experiências de sistemas de atenção à saúde de vários países e dos muitos brasis. Essa segunda edição é uma forma de agradecer à OPAS por tanta generosidade comigo.

Scotti é um militante da saúde pública que se transformou numa das mais importantes lideranças nacionais em gestão estadual do SUS. Convivemos juntos desde que iniciou sua brilhante carreira de sanitarista, na década 70, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, tendo partilhado, com ele, momentos importantes da construção e da consolidação do SUS, em nosso estado e no Brasil. Sou grato a esse prezado amigo pela oportunidade de ter essa segunda edição patrocinada, também, pelo CONASS.

Agradeço à Dra. Eliane Regina da Veiga Chomatas, Secretária Municipal de Saúde de Curitiba, pela permissão para utilizar o estudo de caso do Programa Mãe Curitibana neste livro e, sobretudo, pelos ensinamentos que, ao longo dos anos, venho recebendo das autoridades e dos servidores daquela instituição e que me ajudaram muito a construir este trabalho.

CAPÍTULO 1 – AS SITUAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde – o objeto dos sistemas de atenção à saúde – certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (VON KORFF *et al*, 1997; HOLMAN E LORIG, 2000), e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e por fim, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (VON KORFF *et al*., 1997; SINGH, 2008).

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo são consideradas condições crônicas.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes.

As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdomen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida. As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas que, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que leva a condição crônica (LORIG *et al*., 2006).

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. De outra forma, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos tópicos de transformação em eventos agudos,

devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais.

Por fim, se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos, decorrentes de sua agudização, muitas vezes, causados pelo mal manejo dessas condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas podem se manifestar, em momentos discretos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

O quadro a seguir procura sintetizar as características que diferenciam as condições agudas e crônicas e a forma como são respondidas pelos sistemas de atenção à saúde.

Quadro 1: As diferenças entre as condições agudas e crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fontes: Von Korff (1997); Holman e Lorig (2000); Organização Mundial da Saúde (2003); Lorig *et al*. (2006)

AS SITUAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO MUNDO E NO BRASIL

As situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico.

Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas.

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfi-

ca e epidemiológica (CHAIMOVICZ, 1997). A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e, à medida que cresce a população idosa, incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes.

A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social.

Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países desenvolvidos duplicou e dos países em desenvolvimento quadruplicou. Esse fenômeno da urbanização, de um lado, acelerou a transição demográfica, mas, de outro, pressionou os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos. Por isso, menciona-se que as condições crônicas são doenças da urbanização.

Paralelamente ao processo de urbanização, desenvolveram-se estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde.

Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado.

As doenças crônicas e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Em 2005, dos 58 milhões de óbitos por todas as causas ocorridos no mundo, estima-se que 35 milhões (60,3%) ocorreram por doenças crônicas (25 milhões por doenças cardiovasculares e câncer), o dobro de mortes causadas por doenças infecciosas, incluindo HIV/aids, tuberculose e malária; desses, 80% aconteceram em países de renda baixa ou média. Nos próximos dez anos, 388 milhões de pessoas morrerão, no mundo, por doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Em 1995, havia 135 milhões de portadores de diabetes no mundo, 3/4 dos quais

localizados nos países em desenvolvimento. As projeções indicam que haverá 300 milhões de portadores de diabetes no ano de 2025 (KING *et al*., 1998). Em relação aos distúrbios mentais há, atualmente, mais de 400 milhões de pessoas portadoras dessas condições no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Nos Estados Unidos, a situação epidemiológica é fortemente marcada pelas condições crônicas: 133 milhões de americanos apresentam, pelo menos, uma doença crônica; as doenças crônicas são responsáveis por 70% das mortes e representam um terço da carga da doença antes dos 65 anos de idade; os gastos com a atenção às doenças crônicas representam mais de 75% de um total de 2 trilhões de dólares anuais despendidos em saúde; as doenças crônicas são responsáveis por 1/3 dos anos potenciais de vida perdidos na população de menos de 65 anos de idade; os custos diretos e indiretos do diabetes somam 174 bilhões de dólares anuais, os de artrites 128 bilhões de dólares anuais, os de doenças cardiovasculares 448 bilhões de dólares anuais e os custos diretos de câncer são de 89 bilhões de dólares anuais (HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES, 2004; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008).

No Reino Unido, seis em cada dez adultos apresentam uma doença crônica que exige cuidados de longa duração e que não pode ser curada. Essas pessoas, frequentemente, apresentam mais de uma doença crônica, o que torna a atenção mais complexa. Além disso, 80% dos atendimentos na atenção primária à saúde são por doenças crônicas e 2/3 das internações nos hospitais do Reino Unido são causadas por essas doenças (SINGH e HAM, 2006).

Nos Estados Unidos, cada dia, são diagnosticadas 4.100 pessoas com diabetes e, em consequência dessa doença, são feitas 230 amputações, 120 pessoas apresentam falência renal e 55 pessoas ficam cegas; situação semelhante pode ser observada na Europa (BENGOA, 2008). Nesse país, estima-se que, em 2015, 73% dos homens e 68% das mulheres terão sobrepeso; que as mortes por doenças crônicas crescerão 15%; que as mortes por diabetes aumentarão 44% (SPASOFF, 2011).

As doenças crônicas determinam impactos fortes: apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

O custo econômico das condições crônicas é enorme. Isso se dá porque: as pessoas portadoras das doenças reduzem suas atividades de trabalho e perdem emprego; os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças; os gestores de saúde sentem-se desconfortáveis com os pobres resultados em relação ao manejo dessas condições; e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições.

Há muitos estudos que dimensionam o custo econômico das condições crônicas em diferentes países. Coeficientes de prevalência de HIV/aids de 10 a 15%, que são bastante comuns atualmente, podem se traduzir numa redução na taxa de crescimento do PIB *per capita* de até 1% ao ano; a tuberculose produz encargos econômicos equivalentes a US$ 12 bilhões por ano; os custos do tratamento da asma em Cingapura constituem 1,3% dos custos totais da saúde nesse país; a perda de produtividade por doenças cardíacas nos Estados Unidos está estimada em US$ 6,45 bilhões por ano; o custo do diabetes é de, aproximadamente, US$ 2,2 bilhões por ano, na Índia; o custo anual estimado de HIV/aids chega a 1% do PIB na Índia; as despesas médicas com hipertensão nos Estados Unidos foram, em 1998, de US$ 108,8 bilhões, o que representou 12,6% do gasto sanitário do país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). No período de 2005 a 2015, as perdas econômicas da China, decorrentes de mortes prematuras causadas por doenças cardiovasculares e diabetes serão de, aproximadamente, 558 bilhões de dólares; na Rússia, devem atingir 300 bilhões de dólares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

As relações entre condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza.

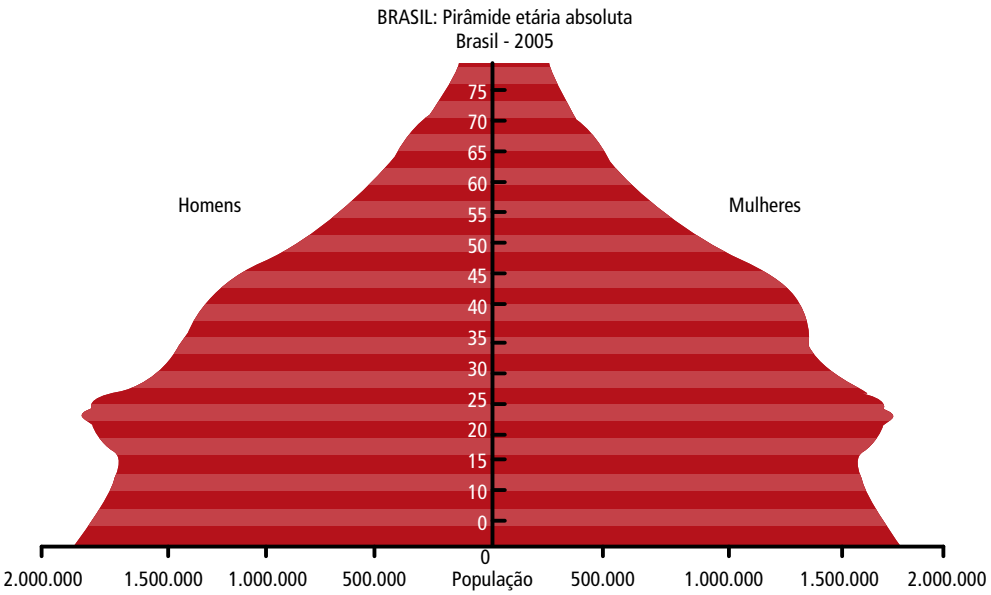
Essa ameaça das doenças crônicas está aumentando. As mortes causadas por doenças transmissíveis, por condições maternas e perinatais e por deficiências nutricionais, combinadas, devem diminuir 3% nos próximos 10 anos. Estima-se que, no mesmo período, os óbitos devidos às doenças crônicas devem aumentar em 17%. Isso significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos, no mundo, em 2015, 41 milhões (64,0%) serão por alguma doença crônica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

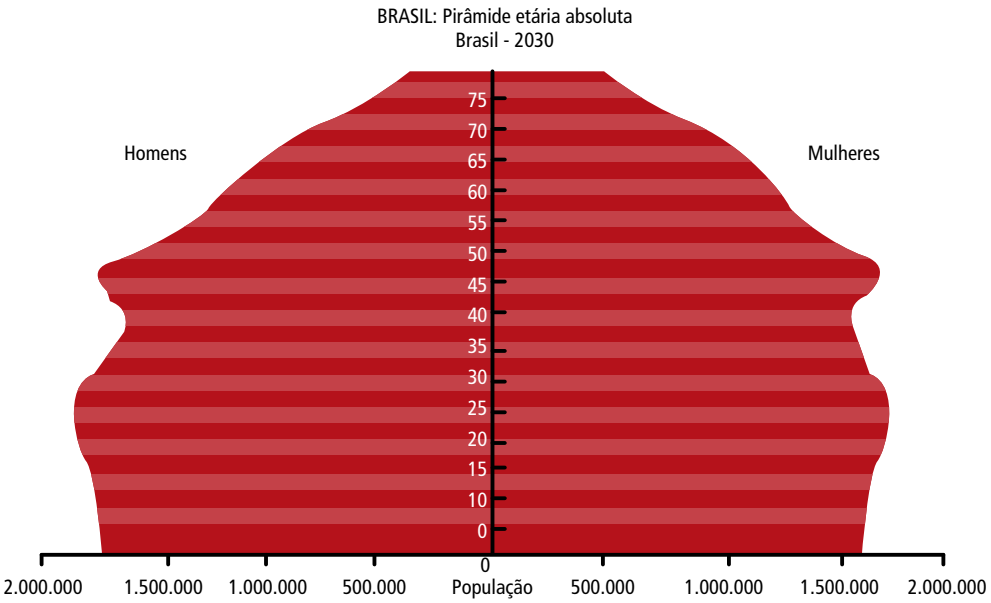
Por tudo isso, um importante epidemiologista afirma que as doenças crônicas constituem um problema considerável que tenderá a ser maior no futuro e que constituem a epidemia real (SPASOFF, 2011).

A situação das condições de saúde no Brasil não é muito diferente, ainda que singular, conforme se pode analisar através das mudanças das situações demográfica e epidemiológica.

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. Como se observa no Gráfico 1, o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas.

Gráfico 1: Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030.

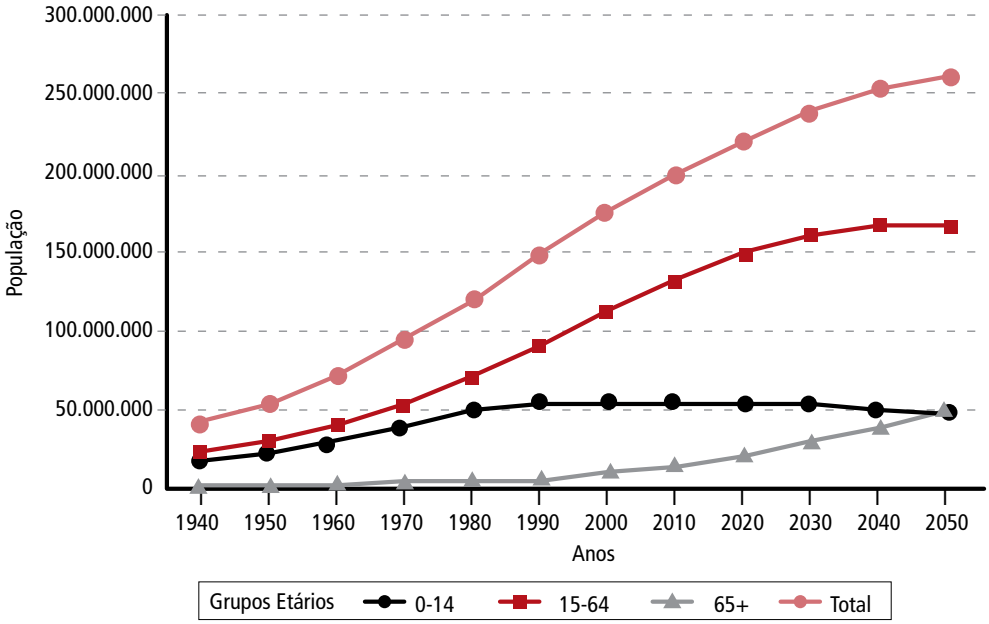




Fonte: IBGE (2004)

Tal como demonstra o Gráfico 2, a população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. Mas, como no Gráfico 1, manifesta-se um envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. O percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens.

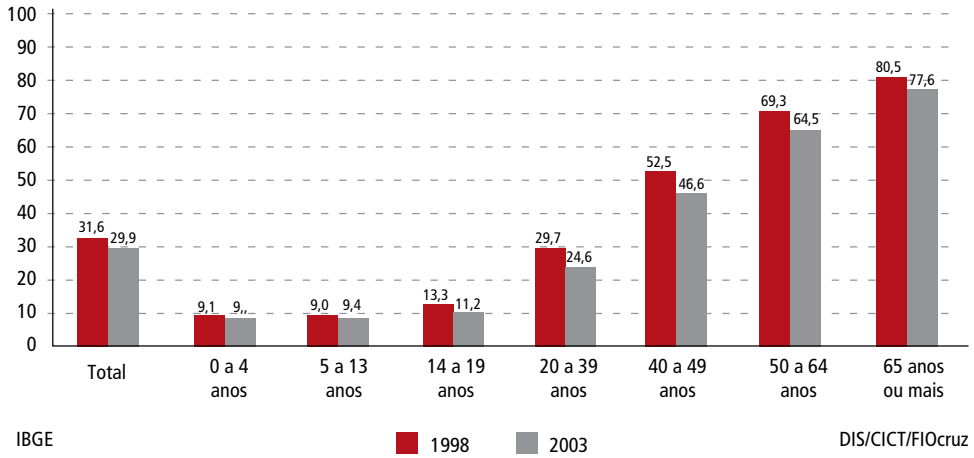
Gráfico 2: População total, segundo grandes grupos etários, Brasil, 1940 a 2050



Fonte: Brito (2007)

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade, conforme se vê no Gráfico 3.

Gráfico 3: Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doença crônica por idade. Brasil, 1998 e 2003



Fonte: Travassos *et al*. (2005)

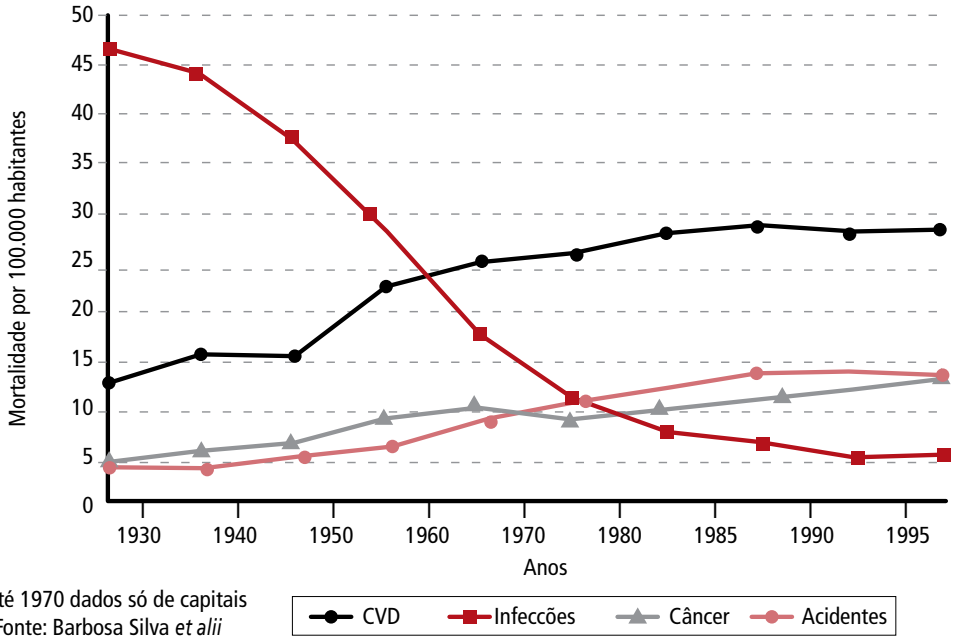
Os dados do Gráfico 3, provenientes da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2003) mostram que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de 65 ou mais anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica. Os resultados da PNAD 2008, mostraram que 71,9% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas selecionadas. Do total de pessoas, 31,3% reportaram doenças crônicas, o que significa 59,5 milhões de brasileiros. 5,9% da população declarou ter três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010).

Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga das doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, como se vê no Gráfico 4, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

Gráfico 4: Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, 1930 a 2003.



* Até 1970 dados só de capitais
Fonte: Barbosa Silva *et alii*

Fonte: Silva *et al*. (2006)

A Tabela 1 evidencia que a mortalidade proporcional, em 2004, foi determinada em 13,1% pelas doenças infecciosas e maternas, perinatais e nutricionais; em 12,6% por causas externas; e em 74,3% por doenças não transmissíveis. Isso significa que se somando as causas maternas e perinatais (3,2%) e as doenças não transmissíveis, 77,5% das mortes foram por condições crônicas.

Tabela 1: Mortalidade proporcional por categoria de causas de óbitos, com redistribuição das causas externas, Brasil, 2002 a 2004

CAUSAS	2002	2003	2004	TOTAL
Infecciosas, maternas, perinatais e nutricionais	129.795 (13,2%)	131.774 (13,2%)	132.000 (12,9%)	393.569 (13,1%)
Não transmissíveis	725.628 (73,9%)	743.902 (74,2%)	764.603 (74,7%)	2.234.133 (74,3%)
Externas	126.241 (12,9%)	126.657 (12,6%)	127.470 (12,4%)	380.368 (12,6%)
TOTAL	981.664 (100%)	1.002.333 (100%)	1.024.073 (100%)	3.008.070 (100%)

Fonte: Ministério da Saúde (2008e)

A Tabela 2 mostra que a mortalidade proporcional por doenças crônicas, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres.

Tabela 2: Mortalidade proporcional por doenças crônicas com redistribuição das causas mal definidas, por região, Brasil, 2004

REGIÕES	%
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudeste	75,6
Sul	78,5

Fonte: elaboração do autor

Do ponto de vista da morbidade, tomada na sua vertente da morbidade hospitalar, vê-se na Tabela 3 que, das 13 principais causas de internação no SUS, no ano de 2005, nove foram por condições crônicas, considerando-se as causas maternas e perinatais como condições crônicas.

Tabela 3: As principais causas de internações no SUS em valores porcentuais, Brasil, 2005.

CAUSA DE INTERNAÇÃO	%
Parto Normal	13,5
Pneumonia	6,9
Parto Cesáreo	4,9
Enteroinfecção	3,1
Insuficiência cardíaca	2,9
Curetagem pós-aborto	2,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,5
Acidente vascular-cerebral	1,5
Crise asmática	1,5
Hernorrafia inguinal	1,3
Crise hipertensiva	1,3
Pielonefrite	1,2
Diabetes	1,0

Fonte: SIH SUS (2005), elaboração do autor

Uma outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças.

A análise da carga de doença no Brasil, exposta na Tabela 4, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas – representam 75% da carga global de doenças no país, medidas em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs). Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença. Mas deve-se observar, ainda, que uma parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas, o que aumenta, além de dois terços, a presença relativa das condições crônicas na carga de doenças.

Tabela 4: Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998

GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fonte: Schramm *et al*. (2004)

A análise da Tabela 5 evidencia que das dez principais causas de AVAIs no país, apenas três, violência, infecções de vias aéreas superiores e acidentes de trânsito, não são condições crônicas. E que as seis principais causas de AVAIs são, todas, condições crônicas.

Tabela 5: As dez principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), Brasil, 1998.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	%
Diabetes mellitus	5,1
Doença isquêmica do coração	5,0
Doenças cérebro-vascular	4,6
Transtorno depressivo recorrente	3,8
Asfixia e traumatismo ao nascer	3,8
Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,4
Violência	3,3
Infecções de vias aéreas inferiores	2,9
Acidentes de trânsito	2,7
Doenças degenerativas do sistema nervoso central	2,6

Fonte: Schramm *et al*. (2004)

A prevalência dos fatores de risco no Brasil aponta no sentido de uma produção social de condições crônicas, já que eles respondem pela grande maioria das mortes por doenças crônicas e por fração significativa da carga de doenças devida a essas

condições de saúde. Observa-se na Tabela 6, resultado de pesquisa do Ministério da Saúde, que os fatores de risco estão significativamente presentes na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

Tabela 6: Porcentual de adultos com fatores de risco em capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, VIGITEL, 2007

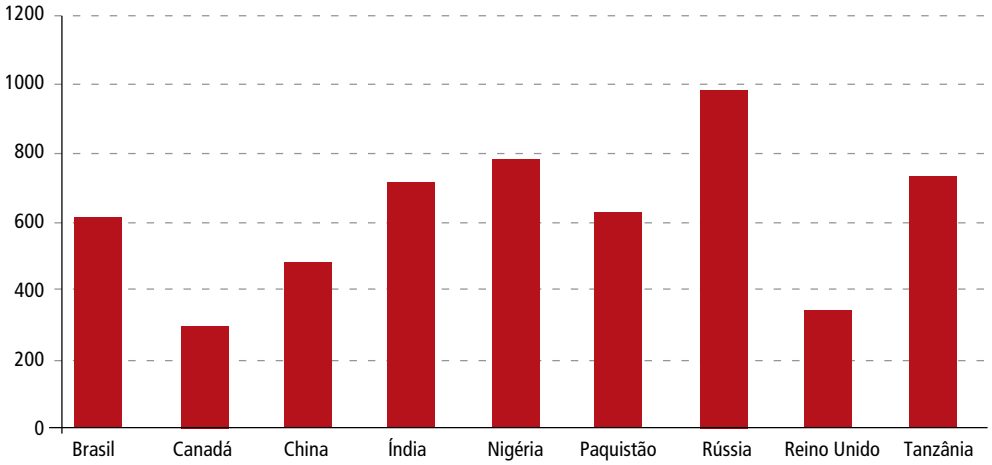
FATOR DE RISCO	% (VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO)
Tabagismo	11,5 – 21,7
Excesso de peso	33,4 – 49,7
Consumo regular de frutas e hortaliças	16,8 – 40,0
Atividade física no lazer	11,3 – 20,5
Consumo abusivo de álcool	13,4 – 23,1
Hipertensão arterial	13,8 – 26,9

Fonte: Ministério da Saúde (2009)

Observa-se, no Brasil, um processo de transição nutricional que resultou de mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados, facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e mais baratos e redução generalizada da atividade física. Essa transição nutricional favorece o incremento das condições crônicas.

A situação epidemiológica brasileira esconde uma epidemia oculta: a epidemia das doenças crônicas, o que pode ser constatado pelo exame do Gráfico 5.

Gráfico 5: Taxas de mortalidade ajustadas por idade por cem mil habitantes por doenças crônicas, em pessoas de 30 anos ou mais, em países selecionados, 2005

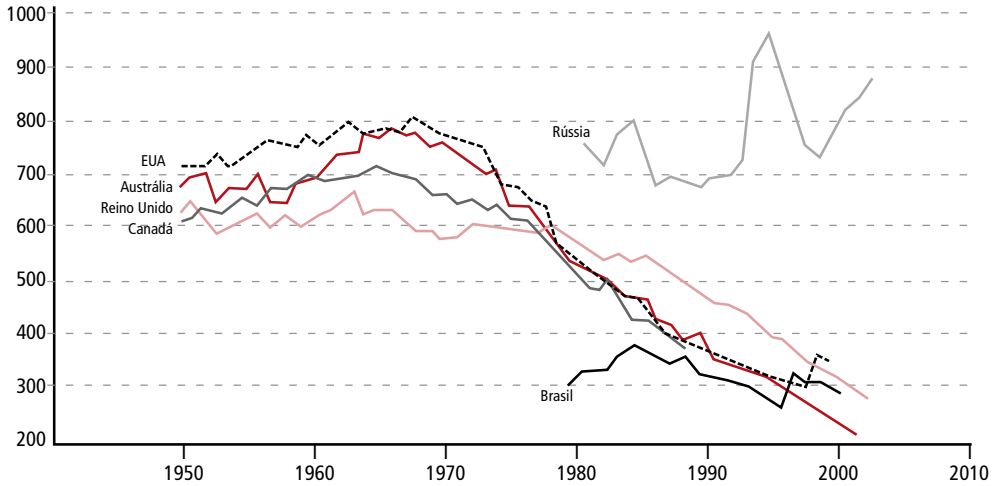


Fonte: World Health Organization (2005)

A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, quase 500 pessoas em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares-cerebrais.

Tomando-se as doenças cardiovasculares, conforme se vê no Gráfico 6, as taxas de mortalidade padronizadas por idade por cem mil habitantes, por doenças cardiovasculares, em pessoas com mais de 30 anos, caem sustentadamente nos países desenvolvidos, enquanto, no Brasil, apresentam tendência de queda em anos recentes, ainda que em patamares muito altos em termos de comparações internacionais. Com relação ao diabetes há um aumento da mortalidade por esta doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Gráfico 6: Taxas de mortalidade padronizadas por idades por cem mil habitantes por doenças cardiovasculares em homens de 30 anos ou mais, em países selecionados, 1950/2002



Fonte: World Health Organization (2005)

Boa parte das mortes por doenças crônicas poderia ser evitada. A estimativa é de que poderiam ser evitadas, no mundo, em 2015, com medidas de prevenção de doenças crônicas, 36 milhões de mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A Tabela 7 compara os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs) do Brasil com os países do Grupo América A que inclui os países americanos que apresentam taxas muito baixas de mortalidade infantil e de adultos (Canadá, Cuba e Estados Unidos).

Tabela 7: Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), taxas por mil habitantes, Brasil e Grupo América A

DOENÇAS CRÔNICAS	AVAIs BRASIL	AVAIs AMÉRICA A
Cânceres	154	100
Diabetes	12	3
Doenças neuro-psiquiátricas	43	42
Doenças cardiovasculares	31	14
Doenças respiratórias crônicas	19	8
Outras doenças crônicas	34	20

Fonte: Banco Mundial (2005)

A análise dos dados da Tabela 7 mostra que existe uma carga potencialmente evitável de doenças crônicas muito significativa, especialmente relacionada com as doenças cardiovasculares, com o diabetes, com as doenças respiratórias crônicas e com alguns tipos de câncer. Há que se observar ainda que, mesmo nesses países de melhores níveis de saúde, os do grupo América A, há, ainda, uma margem grande de carga evitável das doenças crônicas.

A forte prevalência de condições crônicas no Brasil tem repercussões econômicas significativas para o país.

A Tabela 8 indica que os gastos do SUS com as doenças crônicas foram responsáveis, em 2002, por 69,1% dos gastos hospitalares e ambulatoriais de nosso sistema público de atenção à saúde.

Tabela 8: Estimativa de gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS com doenças crônicas, 2002

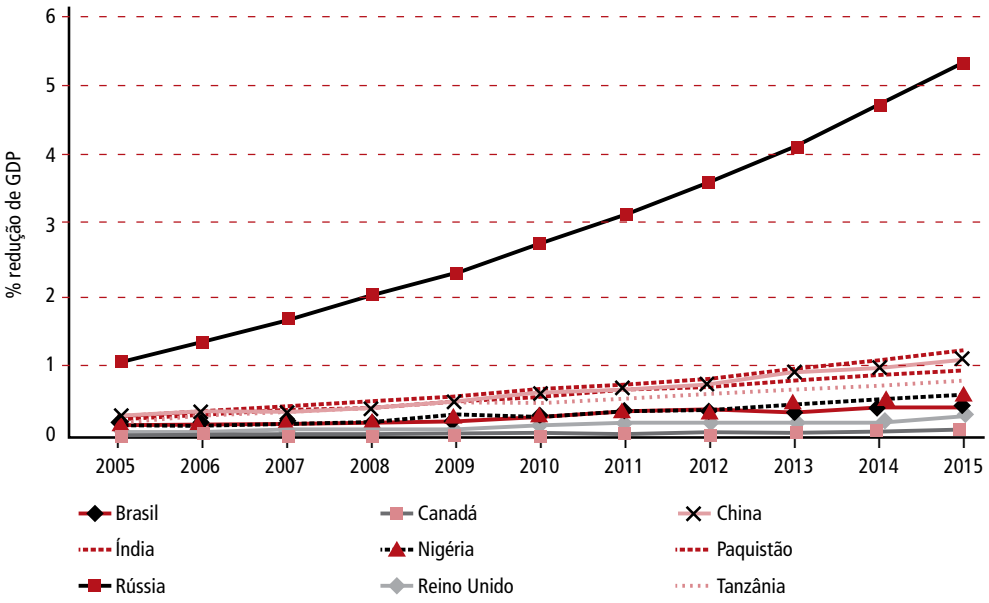
TIPO DE GASTO	VALOR EM R$	%
Gasto ambulatorial	3.824.175.399	35,0
Gasto hospitalar	3.738.515.448	34,2
Gasto total com doenças crônicas	7.562.690.848	69,2
Gasto total hospitalar e ambulatorial	10.938.741.553	100,0

Fonte: Ministério da Saúde (2005)

As consequências econômicas de um enfrentamento inadequado das condições crônicas no Brasil é que, no período de 2005 a 2015, as perdas financeiras decor-

rentes de mortes prematuras causadas por doenças cardiovasculares e diabetes são estimadas em, aproximadamente, 50 bilhões de dólares. A perda estimada em 2005 foi 2,7 bilhões de dólares e poderá atingir, em 2015, 9,3 bilhões de dólares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Isso significará, como se vê no Gráfico 7, que essas perdas poderão atingir 0,5% do PIB nacional em 2015.

Gráfico 7: Perdas de renda em porcentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes, em países selecionados, 2005/2015.



Fonte: World Health Organization (2005)

Concluindo, pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SANTOS-PRECIADO *et al*., 2003; SCHRAMM *et al*., 2004).

Há, contudo, padrões diferenciados de transição epidemiológica, especialmente, verificáveis nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos a transição fez-se, classicamente, por etapas sequenciais, segundo o modelo de Omram (1971). Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao se superporem uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública.

Por isso, em vez de falar transição epidemiológica nos países em desenvolvimento, é melhor dizer de acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado (FRENK *et al*., 1991) ou de dupla carga de doenças ou de duplo risco, caracterizada pela persistência de doenças infecciosas e desnutrição e pela escalada rápida das doenças crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil – define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Essa complexa situação epidemiológica tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde.

A SITUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos o cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002b).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Há, portanto, uma relação muita estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, vez que, ambas, constituem a transição da saúde (SCHRAMM *et al*., 2004).

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde (FRENK *et al*., 1991). Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção a crônicos, como resultado da ditadura das condições agudas (COLEMAN e WAGNER, 2008). Isso não está dando certo nos países desenvolvidos, isso não dará certo nos países em desenvolvimento.

Essa crise medular dos sistemas de atenção à saúde explica-se por fatores históricos, culturais e técnicos.

Ham faz uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. E afirma que nesse início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas. As razões estão resumidas numa citação que faz: "*O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalecentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas*" (HAM, 2007a).

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde afirma que, historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituem a principal preocupação dos sistemas de atenção à saúde. Os avanços da ciência biomédica e da saúde pública, verificados especialmente no século passado, permitiram reduzir o impacto de inúmeras doenças infecciosas. Por outro lado, houve um aumento relativo das doenças crônicas. E adverte: "*Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistema de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo*" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A razão cultural para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde está nas concepções vigentes sobre as condições crônicas e sobre as formas de enfrentá-las, o que implicam o seu negligenciamento. A Organização Mundial da Saúde sintetiza em dez enganos generalizados, as ideias equivocadas ou os mitos de que as doenças crônicas são uma ameaça distante ou menos importante que as condições agudas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

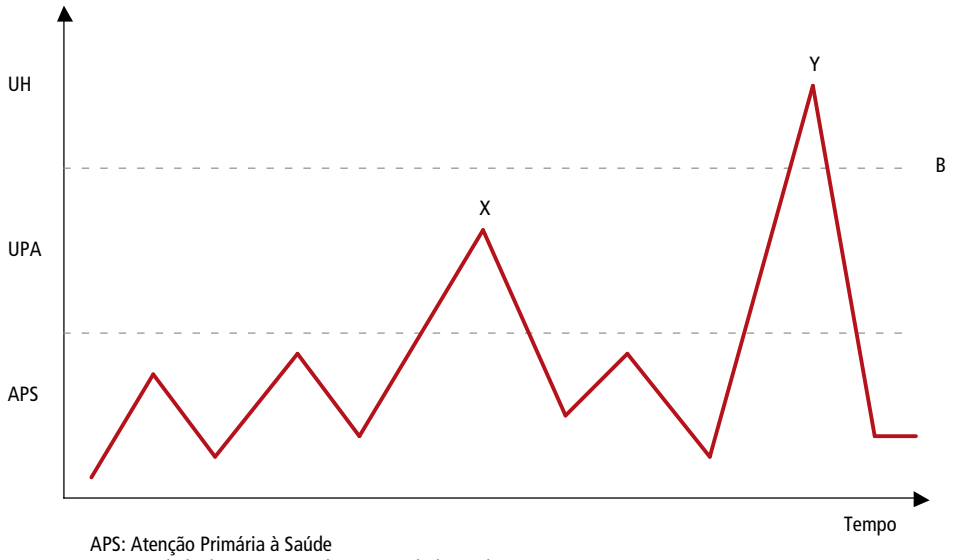
- Mito 1 – As doenças crônicas afetam principalmente os países de alta renda. Isso não é verdade porque quatro de cada cinco mortes por doenças crônicas acontecem em países de baixa e média renda.
- Mito 2 – Os países de baixa e média renda deveriam controlar as doenças infecciosas antes das doenças crônicas. Isso não é verdade porque esses países apresentam uma dupla ou tripla carga das doenças e estão no centro de antigos e novos desafios de saúde pública.
- Mito 3 – As doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas. Isso não é verdade porque, em geral, as pessoas mais pobres, mais provavelmente que as ricas, irão desenvolver doenças crônicas e é mais possível que morram em consequência disso.
- Mito 4 – As doenças crônicas afetam as pessoas de idade. Isso não é verdade porque quase metade das mortes causadas por doenças crônicas ocorre prematuramente, em pessoas com menos de 70 anos de idade, e um quarto das mortes são em pessoas de menos de 60 anos de idade.
- Mito 5 – As doenças crônicas afetam primordialmente os indivíduos do sexo masculino. Isso não é verdade porque as doenças crônicas, inclusive as doenças cardiovasculares, afetam mulheres e homens de maneira quase igual.
- Mito 6 – As doenças crônicas são resultados de estilos de vida não saudáveis. Isso não é verdade porque leva a uma vitimização das pessoas portadoras de doenças crônicas e a responsabilização individual só pode ter efeito total onde as pessoas têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões saudáveis.
- Mito 7 – As doenças crônicas não podem ser prevenidas. Isso não é verdade porque as principais causas das doenças crônicas são conhecidas e, se esses fatores de risco fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças cardíacas e do diabetes de tipo 2 poderiam ser evitados e 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos. A Tabela 7 atesta esse mito.
- Mito 8 – A prevenção e o controle das doenças crônicas são caros demais. Isso não é verdade porque há uma gama de intervenções sobre as doenças crônicas que são economicamente viáveis e propiciam um ótimo retorno para os investimentos, mesmo nas regiões mais pobres.
- Mito 9 – Meu avô fumou e viveu acima do peso até os 90 anos de idade. Isso não é verdade porque em qualquer população haverá certo número de pessoas que não demonstra os padrões típicos observados na grande maioria, o que não

significa que tabagismo e excesso de peso deixem de ser fatores de risco importantes nas doenças crônicas.

- Mito 10 – Todo mundo tem de morrer de alguma coisa. Certamente todos terão de morrer um dia, mas a morte não precisa ser lenta, nem prematura, nem com sofrimento prolongado. A morte é inevitável, mas o sofrimento desnecessário, não.

Por fim, a razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas – por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem. É o que se vê no Gráfico 8.

Gráfico 8: A lógica da atenção às condições agudas



APS: Atenção Primária à Saúde
UPA: Unidade de Pronto-atendimento Ambulatorial
UH: Unidade Hospitalar

Fonte: Adaptado, pelo autor, de Edwards *et al*. (1998)

Esse gráfico mostra o curso hipotético da severidade de uma doença, em uma pessoa portadora de uma condição crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, num determinado tempo, o grau de severidade da condição

crônica que pode ser gerido rotineiramente pelas equipes de atenção primária à saúde; o espaço entre a linha A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que pode ser respondido por uma unidade de pronto-atendimento ambulatorial; e, finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da condição crônica que necessita de atendimento numa unidade hospitalar. Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes do tipo 2. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal ou quando agudiza sua doença, busca o sistema e é atendida, na unidade de pronto-atendimento ambulatorial (ponto X); num segundo momento, apresenta uma descompensação metabólica e é internada numa unidade hospitalar (ponto Y). Contudo, nos intervalos entre esses momentos de agudização de sua condição crônica não recebe uma atenção contínua e proativa, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde. Esse sistema de atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. O portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de extremidades etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, autopercebidas pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais distais, intermediários e proximais, os fatores de riscos biopsicológicos e o gerenciamento da condição de saúde com base numa atenção primária à saúde de qualidade. Essa forma de atenção voltada para as condições agudas, concentrada em unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, não permite intervir adequadamente nos portadores de diabetes para promover o controle glicêmico, reduzir o tabagismo, diminuir o sedentarismo, controlar o peso e a pressão arterial, promover o controle regular dos pés e ofertar exames oftalmológicos regulares. Sem esse monitoramento contínuo das intervenções sanitárias não há como controlar o diabetes e melhorar os resultados sanitários e econômicos relativos a essa doença.

Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas através de sistemas de atenção à saúde, voltados para a atenção a eventos agudos, são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, pelos gestores, pelos profissionais de saúde e pela população que é sua grande vítima.

Por tudo isso, é imprescindível mudar, radicalmente, essa lógica, implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária

da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Além de se organizarem pela atenção às condições agudas e crônicas, os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração.

Essas duas maneiras de se analisarem os sistemas de atenção à saúde não aparecem, na prática social, de forma independentemente; ao contrário, os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.

Além da organização por componentes isolados ou por uma rede integrada – o que caracteriza mais fortemente os nomes de fragmentação e de redes de atenção à saúde – essas formas alternativas de organização dos sistemas de atenção à saúde apresentam outras diferenças marcantes, dada pelos fundamentos teórico-conceituais que as sustentam.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de "complexidades" crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vige no SUS. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção

básica, atenção de média e de alta complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, quando predominaram as condições agudas, o que não pode dar certo.

O Ministro da Saúde do País Vasco, na Espanha, assinala com propriedade: "*O paciente está mudando, o padrão de enfermidades está mudando, as tecnologias mudaram; contudo, o sistema de saúde não está mudando. Existe evidência crescente de que a forma atual de organização, financiamento e prestação de serviços de saúde não é compatível com um controle ótimo das doenças crônicas*" (BENGOA, 2008).

Os resultados de sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados para a atenção às condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas, são muito negativos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos. Em 2007, havia 23,6 milhões de pessoas portadoras de diabetes, 17,9 milhões com diagnóstico e 5,7 milhões sem diagnóstico, o que corresponde a 32% do total (NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2007). Um estudo mostrou que: 35% dos portadores de diabetes desenvolveram nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes tiveram cinco vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentarem um acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofreram algum tipo de amputação de extremidade; havia 144.000 mortes

prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1,5 milhão de anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual era 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tinha o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; e um portador de diabetes custava, anualmente, ao sistema de atenção à saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (BARR *et al*., 1996). Um estudo do National Committee for Health Assurance (2006), sobre a atenção ao diabetes pelos planos de saúde americanos, concluiu que, apesar dos altos custos do controle dessa doença, a hemoglobina glicada era usada em menos de 90% das pessoas usuárias para controle glicêmico; que 30% dos portadores de diabetes não são controlados; que menos de 70% dos portadores de diabetes apresentam valores de LDL inferiores a 130mg/dl; e que pouco mais de 50% dos portadores de diabetes realizam o exame oftalmológico anual. Outros programas de controle de condições crônicas norte-americanos apresentaram sérias deficiências. No controle da asma, 48% dos portadores da doença tomaram medicação regularmente e 28% inalaram esteróides; 65% das pessoas que tiveram infarto agudo do miocárdio fizeram uso de estatina e 33% conheceram o resultado de seu último exame de colesterol; uma pesquisa com 16 mil pessoas mostrou que 27% tinham hipertensão, que 15 a 24% tinham a hipertensão controlada, que 27 a 41% não sabiam que tinham hipertensão, que 25 a 32% estavam tratando a hipertensão, mas sem controlá-la, e que 17 a 19% sabiam que eram hipertensos, mas não buscavam tratamento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Esses resultados mostram uma situação ruim e custosa no controle das condições crônicas nos Estados Unidos.

Isso se dá no país que mais gastou recursos financeiros em saúde, em 2005: 15,2% do PIB e um valor *per capita* anual de US$6.350 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008c). O contraste entre os recursos investidos e os resultados sanitários levou uma importante instituição acadêmica daquele país a concluir que o sistema de atenção à saúde americano não funciona e que a solução de fazer mais do mesmo não é a saída. Ao contrário, é preciso mudar radicalmente a forma como o sistema tem operado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Os resultados da fragmentação não são diferentes no sistema público de atenção à saúde brasileiro e isso explica os parcos resultados sanitários obtidos no controle das condições crônicas pelo SUS. É o caso, dentre outros, do controle da hipertensão arterial sistêmica, descrito no Boxe 1.

Boxe 1: O controle da hipertensão arterial sistêmica no SUS

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo em torno de 20% da população adulta. Isso significa que há, aproximadamente, 20 milhões de portadores de hipertensão no país. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica varia de 5% na população de 18 a 24 anos a 58% na população de mais de 65 anos.

A análise da mortalidade indica que as três principais causas de morte, no Brasil, são, pela ordem, infartos agudos de miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca, todas relacionadas ao fator de risco hipertensão arterial. As taxas de mortalidade pela hipertensão arterial têm permanecido estáveis, nos últimos anos, em torno de 150 óbitos por cem mil habitantes na população de mais de 60 anos e de 20 óbitos por cem mil habitantes na população de 40 a 59 anos de idade. A taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral se estabiliza a partir de 2001, em torno de 45 óbitos por cem mil habitantes e a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em torno de 35 óbitos por cem mil habitantes.

Em relação à morbidade hospitalar, das dez principais causas de internações no SUS, quatro delas estão representadas por doenças cardiovasculares: insuficiência cardíaca, 4,3%; acidente vascular cerebral, 1,9%; insuficiência coronariana aguda, 1,0%; e crise hipertensiva, 1,3%. As internações por crise hipertensiva somam 135.000 por ano e custam 25 milhões de reais no ano; em geral, essas internações são consideradas, internacionalmente, como condições sensíveis à atenção ambulatorial. As internações por doenças cardiovasculares, em geral associadas às hipertensões arteriais sistêmicas, representam 7,4% do total de internações e consomem 13% dos recursos hospitalares do SUS (900 milhões de reais por ano).

O estudo da carga de doenças feito para o país mostrou que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 14% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs).

Estudos populacionais mostram que os fatores de risco estão fortemente presentes na população brasileira.

Frente a essa situação epidemiológica, o país vem, há anos, desenvolvendo uma política de controle da hipertensão arterial sistêmica que apresenta gastos significativos e crescentes sem, contudo, produzir resultados sanitários satisfatórios, já que as taxas de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica não apresentam tendência de queda.

Em relação à organização do sistema de atenção à saúde, praticado pelo SUS, observa-se que, em geral, não há diretrizes clínicas relativas ao controle da hipertensão arterial sistêmica, formuladas a partir da medicina baseada em evidências. Isso significa que a implementação do programa de hipertensão arterial sistêmica faz-se com grande variabilidade, já que não há parâmetros definidos em diretrizes clínicas que sejam de conhecimento dos profissionais de saúde encarregados de executar o programa nas unidades de saúde. Além disso, não há, como norma, a classificação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica por estratos risco.

A oferta de cirurgias cardíacas cresceu, nos últimos três anos, em 21%. Há muitos centros de cirurgias cardíacas que ofertam em torno de 50 cirurgias por ano e há, ainda, enorme pressão pelo credenciamento de novos centros. As taxas de mortalidade por cirurgias cardíacas estão estáveis e são muito superiores àquelas praticadas nos países desenvolvidos, o que se explica, em boa parte, pelo baixo volume de cirurgias realizadas nos diferentes centros. Os gastos com cirurgias cardíacas são crescentes e chegam a 420 milhões de reais ao ano.

Boxe 1: O controle da hipertensão arterial sistêmica no SUS

A oferta de consultas especializadas de cardiologia é de 50 consultas por mil habitantes/ano, o que corresponde ao padrão mínimo do Ministério da Saúde. Contudo, essa oferta está acima desse padrão em vários estados brasileiros, mas como não há estratificação de riscos das hipertensões arteriais sistêmicas e como essa estratificação não é um critério incorporado na PPI assistencial, pode-se inferir que a maior parte das consultas especializadas esteja sendo ofertadas a portadores de hipertensões arteriais sistêmicas de baixo e médio riscos. Ademais, a comunicação entre a atenção especializada e a APS, no manejo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, é precária ou inexistente. Muitas vezes, quando uma pessoa usuária é encaminhada ao médico especialista, esse profissional assume definitivamente o cuidado, sem comportar-se como interconsultor da atenção, o que ocorre em sistemas de saúde mais maduros, onde a maior parte das hipertensões são manejadas na atenção primária à saúde. Em boa parte, isso se deve ao fato de que os centros de especialidades médicas são unidades abertas, com entrada direta de portadores de hipertensão arterial sistêmica, e que funcionam sem coordenação com a atenção primária à saúde.

O controle da hipertensão arterial sistêmica na APS é definido como uma prioridade. Contudo, os portadores de hipertensão cadastrados no sistema hiperdia em relação à população de hipertensos estimada epidemiologicamente, é baixo. Não se faz um plano de cuidado para cada portador de hipertensão arterial sistêmica. Em geral, não há ações rotineiras de promoção da saúde e de enfrentamento de fatores de risco como a alimentação inadequada, o sobrepeso e a obesidade, a inatividade física, o consumo abusivo de álcool, o estresse social e o tabagismo, nas unidades de atenção primária à saúde.

A atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica é centrada no cuidado profissional prestado por médicos; o trabalho multiprofissional, essencial para a atenção a essa condição crônica, resume-se a uma atuação complementar do enfermeiro. Profissionais como nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos clínicos e educadores em saúde, compondo, organicamente, uma equipe de APS, são raros.

O manejo clínico está centrado, fortemente, na terapia medicamentosa. O número de unidades de medicamentos anti-hipertensivos aumentou significativamente nos últimos 3 anos. O consumo de captopril, comprimidos de 25 mg, cresceu 300% e o de propanolol, comprimidos de 40 mg, subiu 370%. Em geral, não se indica, para os 40% dos portadores de hipertensão arterial sistêmica leve e de baixo riscos, intervenções medicamentosas. Não obstante, em geral, esses milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica estão sendo medicalizados, utilizando, não raro, associações medicamentosas. Em geral, não há um programa de uso racional dos medicamentos anti-hipertensivos efetivo, estando a assistência farmacêutica voltada, fundamentalmente, para a logística dos medicamentos. Por isso, não há um cuidado farmacêutico, provido por farmacêuticos clínicos que, sequer, compõem as equipes de atenção primária à saúde.Também, não há um programa eficaz de farmacovigilância da medicação anti-hipertensiva.

Apenas 38% dos médicos de atenção primária à saúde receberam algum tipo de capacitação em hipertensão arterial sistêmica; esse percentual cai para 35% em relação aos enfermeiros. Em geral, não há programas de educação permanente para os profissionais de saúde envolvidos com a APS. Também, como norma, não há programas eficazes de educação em saúde, desenvolvidos, com base em diretrizes clínicas, para empoderar os portadores dessa condição de saúde e capacitá-los a atuar proativamente no seu próprio cuidado. O autocuidado apoiado, um instrumento fundamental de manejo efetivo das condições crônicas, não existe, em função da carência de equipes multiprofissionais.

Boxe 1: O controle da hipertensão arterial sistêmica no SUS

A APS não se comunica eficazmente com os níveis de atenção secundária e terciária. Em geral, não há prontuários clínicos eletrônicos, com possibilidade de ter um plano de cuidado para cada pessoa usuária, feito de forma colaborativa entre os profissionais de saúde e o portador da condição crônica, e de enviar lembretes e dar *feedbacks* para a equipe de saúde e para as pessoas usuárias.

Não há a possibilidade de a equipe de atenção primária à saúde agendar diretamente as consultas com os especialistas e as internações hospitalares, o que torna impossível o desempenho da função de coordenação do sistema de saúde pela APS. A ausência de uma APS efetiva que possa conter o risco evolutivo da doença leva a que uma resposta comum à hipertensão arterial sistêmica seja dada nos momentos de agudização, pelas unidades de pronto-atendimento ambulatorial ou hospitalar.

Ao longo do tempo, essa forma de enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica, focada nos seus momentos de agudização, através de pronto-atendimento ambulatorial ou hospitalar, levará, inexoravelmente, às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes.

Ademais, a ausência de uma concepção sistêmica de rede de atenção à saúde gera soluções econômicas inaceitáveis.

CUSTO/EFETIVIDADE, MEDIDO EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAIS) PARA INTERVENÇÕES EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

INTERVENÇÃO	CUSTO POR AVAI (em US$)	AVAIs EVITADOS POR US$ 1 MILHÃO de US$
Taxação de cigarro	3-50	20.000 – 330.000
Tratamento do infarto com aspirina e betabloqueador	10 – 25	40.000 – 100.000
Tratamento continuado do infarto com e do AVC com a combinação de 4 medicamentos genéricos	700 – 1.000	1.000 – 1.400
Cirurgia por revascularização do miocárdio	Mais de 25.000	Menos de 40

Observa-se na tabela que o custo por ano de vida ganho para o aumento do imposto sobre cigarros é de 3 a 50 dólares e para cada milhão de dólares investido nessa tecnologia ganham-se de 20 a 330 mil anos de vida de qualidade. Na outra ponta, o custo por ano de vida ganho por cirurgia de revascularização do miocárdio é de mais de 25 mil dólares e para cada milhão de dólares investido nessa tecnologia ganham-se menos de 40 anos de vida de qualidade. Portanto, a forma de ação do SUS em relação às doenças cardiovasculares, com alta concentração de gastos na atenção terciária hospitalar, além de determinar resultados sanitários pobres, produz, também, resultados econômicos ruins.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que a prevalência da hipertensão arterial em adultos foi de 33,7%, sendo que 49,2% desconheciam ser hipertensos; 10,4% tinham conhecimento de ser hipertenso, mas não seguiam o tratamento; 30,1% seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado e 10,4% seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle.

A razão principal desses precários resultados, sanitários e econômicos, no controle da hipertensão arterial sistêmica, reside no enfrentamento de uma condição crônica por meio de um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para a atenção às condições e aos eventos agudos.

Fontes: Noronha *et al*. (2003); Schramm (2004); Gus *et al*. (2004); Banco Mundial (2005);Ministério da Saúde (2005)

Os resultados do controle da hipertensão arterial sistêmica no Brasil mostram que o sistema atual, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos, episódico e reativo não funciona e que são necessárias mudanças profundas.

As diferenças mais marcantes entre os sistemas de atenção à saúde estão presentes nas categorias de organização fragmentação/integração e de foco da atenção condições agudas/condições crônicas. Mas há muitas outras características que diferenciam os sistemas fragmentados das redes de atenção à saúde. É o que se mostra no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fontes: Mendes (2001b); Fernandez (2004)

Em conclusão, o problema central dos sistemas de atenção à saúde, em todo o mundo, está na incongruência entre uma situação de saúde de transição epidemiológica completa nos países desenvolvidos ou de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento, e uma resposta social inscrita num sistema fragmentado

de atenção à saúde, voltado para as condições agudas e para os eventos agudos das condições crônicas.

Não é diferente no Brasil. A partir das experiências internacionais e nacional, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.

Um dos mais importantes documentos da saúde pública contemporânea, a Carta de Liubliana, firmada pelos Ministros de Saúde europeus afirma: "*Autocuidado, atenção familiar e outros cuidados informais, bem como o trabalho de uma variedade de instituições sociais, necessitam de ser postos em estreito contato com os serviços formais de saúde. Isso requer comunicação contínua e sistemas de referência e informação apropriados. Estratégias bem desenhadas são necessárias para levar a atenção hospitalar aguda para a atenção primária à saúde, a atenção comunitária, o hospital/dia e a atenção domiciliar, onde seja necessário*" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O fracasso da fragmentação da atenção à saúde parece ser uma expressão temática desse tipo de organização no conjunto dos sistemas econômicos e sociais. Há evidências de que a organização em silo, ou seja, um sistema de administração incapaz de operar reciprocamente com outros sistemas com os quais se relaciona, tem sido um fracasso em todos os campos e em todos os países (FRIEDMAN, 2007).

Um documento de posição do Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde afirma que o enfrentamento das condições crônicas exige uma mudança nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazos. No curto prazo, as ações principais são: a criação de uma consciência geral sobre os problemas das condições crônicas; o desenvolvimento de políticas de saúde pública que foquem os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais; a instituição de incentivos para a integração da atenção primária, secundária e terciária à saúde; o estímulo das ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças por meio de processos educacionais e incentivos financeiros; o reconhecimento das pessoas usuárias como membros das equipes de saúde; o incentivo para as ações de autocuidado; a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência para indicar as relações entre os diferentes serviços; a implantação de tecnologias de informação que permitam compartilhar as informações entre os diversos serviços; a estratificação da população por riscos; e a integração com serviços comunitários. No médio prazo,

as ações principais são: a definição de políticas nacionais de controle das condições crônicas; a definição de políticas e instrumentos relativos aos fatores de riscos; o uso de indicadores de desempenho e de programas de qualidade; a utilização de ferramentas baseadas em evidências, como a gestão de caso e o trabalho multiprofissional; a introdução de incentivos financeiros vinculados a desempenho; a definição de políticas para incremento da equidade; e o estímulo a relações colaborativas entre os profissionais de saúde e os prestadores de serviços. No longo prazo, as ações principais são: o oferecimento de instrumentos de suporte às decisões para os profissionais de saúde; o empoderamento de grupos comunitários; a alocação de recursos financeiros com base na carga de doenças; a melhoria das equipes de saúde para manejar as condições crônicas; e a educação permanente dos profissionais de saúde. Essas ações apresentam forças de evidências diferentes e umas são mais fáceis de serem aplicadas que outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O coração das propostas de novos desenhos para a atenção às condições crônicas é um sistema coordenado e contínuo, baseado na cooperação entre gestores, prestadores e pessoas usuárias. Há evidência de que as pessoas usuárias dos serviços de saúde valorizam muito a coordenação dos cuidados de saúde e reinvidicam recebê-la (SCHOEN *et al*., 2007; TURNER *et al*. 2007).

Essa agenda de enfrentamento das condições crônicas está inteiramente contida na proposta das RASs. É o que se considera nos capítulos subsequentes.

Há de se reconhecer que os sistemas de atenção à saúde são muito resistentes às mudanças, mas a situação é muita séria e clama por mudanças profundas e urgentes (SINGH, 2008). O preço de não mudar será muito alto, seja econômica, seja sanitariamente.

CAPÍTULO 2 – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA, FUNDAMENTOS, CONCEITO E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica que se faz não é uma revisão sistemática, mas abrange trabalhos realizados nos Estados Unidos, Canadá, Europa, América Latina e Brasil, uma boa parte, constituída de revisões sistemáticas. Constitui um resumo de uma revisão bibliográfica extensa feita por Mendes (2007a).

As propostas de RASs são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento.

Na realidade, a proposta de RASs é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964).

No ambiente dos Estados Unidos, o trabalho seminal é de Shortell *et al*. (1993) que propôs superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida. Sua proposta se baseou na análise empírica de 12 sistemas nos quais identificou os obstáculos à integração e sugeriu formas de superação da fragmentação. Shortell *et al*. (1995) avançaram a partir do exame das experiências bem-sucedidas de alguns hospitais comunitários que se explicaram por um conjunto de características que conformavam organizações integradas de atenção à saúde: voltadas para o contínuo dos cuidados, para a promoção e manutenção da saúde, para uma população definida e para a gestão de uma rede de serviços. Todd (1996) identificou três estágios na integração dos sistemas de atenção à saúde americanos: no estágio 1, as unidades funcionavam fragmentadamente e competindo entre si; no estágio 2, deu-se um movimento de fusão de unidades de saúde em busca de economia de escala; e no estágio 3, chegou-se a uma integração vertical com o surgimento de um sistema integrado de atenção à saúde. Os fatores-chave na integração dos sistemas foram: eficácia dos sistemas de informação, reforço da APS, a integração clínica, aumento da produtividade dos serviços hospitalares e realinhamento dos incentivos financeiros, especialmente a superação do pagamento por procedimentos. Além disso, o autor redefiniu o conceito de cadeia de valor na atenção à saúde, tirando o foco das condições agudas e dirigindo-o para as condições crônicas, o que significou dar

centralidade às ações promocionais e preventivas. Griffith (1997) analisou o movimento de transformação de hospitais comunitários em organizações integradas de atenção à saúde e identificou os fatores de sucesso: a combinação de liderança interna e externa, a maior participação dos médicos, o fortalecimento da APS e a introdução da gestão da clínica, a partir da implantação de diretrizes clínicas. Pointer *et al*. (1997) fizeram uma síntese histórica dos sistemas integrados de saúde e identificaram os elementos centrais nesses sistemas: a responsabilização por uma população, o foco na melhoria dos níveis de saúde dessa população, a oferta de um contínuo de serviços, a coordenação dos cuidados pela APS, a integração clínica e o pagamento por capitação. Coile (1997) sustentou que o futuro dos sistemas de atenção à saúde está em integrarem-se em RASs, baseadas na cooperação mais que na competição, e numa cooperação que se expressasse operacionalmente em: a visão compartilhada da rede, a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, a integração horizontal e vertical dos serviços e o foco na qualidade. Robinson e Steiner (1998) produziram uma revisão sistemática, incluindo 70 trabalhos, que mostrou que as mudanças produzidas pela atenção gerenciada alteraram os padrões de cuidados sem prejudicar os resultados sanitários e que as tecnologias de gestão da clínica foram, em geral, efetivas quando utilizadas nessas organizações. Byrnes *et al*. (1998) analisaram as relações entre os sistemas integrados de saúde e a gestão da clínica mostrando, a partir de um estudo de caso, que em sistemas bem desenhados, houve uma sinergia positiva entre esses dois elementos. Young e McCarthy (1999) recuperaram a definição clássica de sistemas integrados de saúde para, a partir dela, definir os seus componentes fundamentais que são: a participação de mais de um hospital, a participação de unidades de cuidados subagudos, a integração clínica, o pagamento prospectivo incluindo a capitação e os sistemas de informação potentes estruturados em redes. Em relação à integração clínica, enfatizaram o acesso a registros clínicos uniformizados, a programação feita a partir das diretrizes clínicas e o compartilhamento de sistemas de apoio à clínica. Enthoven (1999) defendeu os sistemas integrados de saúde como forma de superar a crise do sistema de atenção à saúde americano e afirmou que, do ponto de vista econômico, as vantagens da integração derivaram do sistema baseado em populações definidas, da eficiência da atenção no lugar certo, da integração entre diferentes profissionais de saúde e da coordenação da APS. O Institute of Medicine (1999) constatou que as mortes por iatrogenia médica são a terceira causa de falecimento nos Estados Unidos e que essas mortes são, em sua grande maioria, evitáveis. Em sequência, num novo trabalho, o Institute of Medicine (2001) produziu um trabalho sobre a qualidade da atenção à saúde nos Estados Unidos e concluiu que o sistema, tal como está organizado, não é passível de ser melhorado. O sistema é fragmentado, faltam informações clínicas, os processos de atenção estão pobremente desenhados, com duplicação desnecessária de serviços. Esse sistema caro produziu um crescente contingente de cidadãos sem cobertura de saúde, aproximadamente 46 milhões de

pessoas. As mudanças no sistema de atenção à saúde deverão fazer-se nas seguintes direções: voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, eliminar os registros clínicos feitos à mão, promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema. Wan *et al*. (2002) verificaram que os sistemas mais integrados apresentaram maior potencial de prover um contínuo de cuidados coordenado e maior eficiência no âmbito hospitalar. As razões foram a integração de processos e serviços, a estrutura de governança, o trabalho multidisciplinar, a coordenação do cuidado, a integração clínica e os sistemas integrados de informação. Lee *et al*. (2003) analisaram hospitais comunitários que se estruturaram em redes e verificaram que esse tipo de organização atendeu melhor às necessidades das populações que outros hospitais do sistema Medicare. Palmer e Somers (2005) trabalharam a partir do conceito de revolução da longevidade que implicará a duplicação do número de idosos em 2030 e concluíram que os sistemas integrados de saúde representaram uma importante oportunidade para a obtenção de melhores resultados sanitários e maior custo/efetividade para esse grupo de pessoas que envolve serviços de custo mais altos. Enthoven e Tollen (2005) afirmaram que o sistema de atenção à saúde americano, baseado na competição, não está funcionando, uma vez que os custos continuam se elevando e a qualidade está longe de ser aceitável. Mostraram que uma das soluções propostas, a de encorajar os consumidores a se tornarem mais informados e mais responsáveis financeiramente, irá agravar o problema. Sugeriram que a saída está na implantação de sistemas integrados de saúde através de serviços baseados em diretrizes clínicas construídas com base em evidências, de equipes de saúde que compartilhem objetivos comuns, da oferta de um contínuo de serviços bem coordenados, do uso de prontuários clínicos integrados, da obtenção de ganhos de escala e do alinhamento dos incentivos financeiros. Shi *et al*. (2008) descreveram quatro tipos de organizações de atenção integrada: a prática clínica em equipes multiprofissionais que combina um grupo médico com um plano de seguro; a prática clínica em equipes ou sistemas de prestação de serviços integrados que combina um grupo médicos ou de hospitais, mas sem um plano de seguro; redes de médicos independentes com incentivos alinhados para compartilhar diretrizes, supervisionar os resultados e dividir os serviços administrativos; e redes de médicos ou de clínicas financiadas pelos governos. Shortell e Casalino (2008) propuseram a criação de sistemas responsáveis de atenção, definidos como entidades que implementam processos organizados para melhorar a qualidade e controlar os custos e que se responsabilizem pelos resultados.

No sistema público de atenção à saúde do Canadá, a experiência de redes de atenção à saúde se desenvolveu, em geral, sob a forma de sistemas integrados de saúde. Leat *et al*. (1996) fizeram um diagnóstico do sistema de atenção à saúde de

diversas províncias canadenses e constataram a fragmentação. Daí propuseram a integração desses sistemas por meio da definição de uma população de responsabilidade, do pagamento por capitação, da instituição de médicos de família como porta de entrada, da oferta de serviços integrais, do reforço das informações em saúde e do planejamento com base nas necessidades da população. Girard (1999) descreveu a experiência da implantação das redes de atenção à saúde na província de Ontário e definiu suas etapas: a institucionalização de um comitê, a definição dos pontos de atenção à saúde e a formulação das modalidades de atenção. O Canadian Institute for Health Information (2003) avaliou a participação dos hospitais na província de Ontário e concluiu que 70% dos hospitais participaram de uma ou mais experiências de integração, 64% referiram pertencer a uma aliança estratégica e 59% mostraram estar integrados com centros de saúde comunitários e unidades de saúde mental. Champagne *et al*. (2003) repercutiram as conclusões do Comitê Clair para a melhoria do sistema de atenção à saúde do Canadá: o sistema baseado na necessidade dos cidadãos, a população adscrita por equipe de saúde, a integração da prevenção e da cura, a integração da saúde com a assistência social, a valorização da clínica e a criação de corredores de serviços. Marchildon (2005) mostrou as mudanças que se fizeram com a integração dos sistemas de atenção à saúde com base na APS: a delegação de procedimentos a enfermeiros, os investimentos em tecnologia da informação, a introdução de pagamento por capitação, a instituição de pontos de atenção à saúde não convencionais e o desenvolvimento da telemedicina em regiões de baixa densidade demográfica.

Nos sistemas públicos de atenção à saúde da Europa Ocidental, as RASs têm sido introduzidas crescentemente. O trabalho precursor foi o clássico Relatório Dawson (DAWSON, 1964), cujos pontos essenciais foram: a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais. Saltman e Figueras (1997) analisaram as reformas da saúde na Europa e dedicaram um capítulo ao processo de substituição que reorganiza as relações entre os diferentes pontos de atenção à saúde dos sistemas. Esse processo de reorganização da atenção à saúde, por meio da substituição, consolidou-se a partir do Relatório Dekker, na Holanda (DEKKER, 1988). Esses processos tiveram um grande impacto na atenção hospitalar, o que determinou menos hospitais, com maior escala e menos leitos por habitante. Esse processo tem levado os decisores a uma escolha: fechar leitos ou fechar hospitais, sendo mais correto fechar hospitais. Os principais elementos da substituição hospitalar foram: o uso de hospitais/dia, a introdução de tecnologias minimamente invasivas, a redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a introdução da gestão da clínica nos hospitais e o uso das tecnologias de revisão do uso dos serviços. Edwards *et al*. (1998) reiteraram os achados do trabalho anterior de mudanças profundas na atenção hospitalar na Europa:

a terceirização de serviços de apoio, a reengenharia de processos, os programas de qualidade e os contratos internos. Isso decorreu de uma visão sistêmica que procurou integrar as atenções hospitalares e ambulatoriais e a institucionalização de pontos de atenção novos como a atenção domiciliar, os centros de enfermagem, os hospitais/dia e os centros de assistência social. Suñol *et al*. (1999) relataram a implantação de planos de atenção integral na Espanha com a seguinte estrutura: a atenção à população sadia, a atenção aos fatores de risco, o diagnóstico e o primeiro tratamento, a fase inicial de tratamento da doença, a fase avançada do tratamento da doença e a fase terminal. Micaleff (2000) estudou as RASs na França que se dirigiram a alguns problemas como HIV/aids, drogadição, diabetes e hepatite C. A introdução das redes foi feita com alguns limites: um limite ideológico por sua origem no sistema americano, um limite cultural pela tradição de fragmentação e um limite financeiro pela dificuldade de superar o pagamento por procedimentos. Hildebrandt e Rippman (2001) falaram das RASs na Alemanha que se implantaram para superar a enorme fragmentação do sistema de atenção à saúde tradicional. A partir de janeiro de 2000, a legislação sanitária induziu a constituição de RASs, caracterizadas por: integração médica e econômica dos serviços, integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares, integração dos serviços farmacêuticos e de enfermagem, continuidade dos cuidados e os incentivos para as ações promocionais e preventivas. Essa legislação tornou obrigatória a adoção da tecnologia de atenção gerenciada para algumas condições crônicas. Warner (2001) centrou-se no exame das cadeias de cuidados introduzidas na Suécia, Holanda e Reino Unido e definiu seus fatores críticos: a atenção centrada nas pessoas usuárias, o controle ativo dos fluxos dentro do sistema, os sistemas logísticos articulados pelos interesses das pessoas usuárias, os sistema de informação altamente integrados, a entrada única na cadeia, a ausência de barreiras econômicas e a colocação dos serviços sob gestão única. Healy e McKee (2002) trataram da evolução dos hospitais nos países europeus, com forte presença da integração horizontal pela via das fusões ou fechamentos de hospitais, em busca de maior eficiência de escala e de maior qualidade dos serviços. A Alemanha fechou 7% de seus leitos entre 1991 e 1999, a Inglaterra e a Irlanda fecharam 1/3 de seus hospitais entre 1980 e 1990, a Bélgica definiu por lei que os hospitais devem ter, pelo menos, 150 leitos, na Dinamarca houve fusões de pequenos hospitais e na França um plano estratégico previu a redução de 4,7% dos leitos. Esses autores constataram que nos lugares onde se introduziram mudanças por meio de políticas de mercado, a competição levou ao aumento de hospitais e de número de leitos. Fernandez (2004), com base na experiência espanhola, mostrou a imperativa necessidade da implantação de sistemas integrados de saúde para superar os graves problemas decorrentes dos sistemas fragmentados vigentes nas diversas Comunidades Autônomas do país. Produziu um quadro de diferenciação entre os sistemas fragmentados e os sistemas integrados nas seguintes dimensões: racionalização dos serviços, oferta dos serviços, modelo de atenção, processo de atenção, financiamento e distribuição dos recursos, estrutura

organizativa, organização do trabalho, papel da comunidade, relação público/privada e informação e tecnologia de saúde. Peray (2003) descreveu o modelo de integração em redes da Catalunha, Espanha, realizado em três níveis: a APS, a atenção especializada e a atenção sociosanitária. Além disso, as redes de atenção à saúde construíram-se por meio dos mecanismos de integração horizontal e vertical e utilizaram vários mecanismos de integração como a fusão de hospitais, a coordenação dos laboratórios clínicos, a utilização de diretrizes clínicas, a medicina familiar, os prontuários clínicos únicos e a relação estreita entre médicos de família e especialistas. Giovanella (2004) examinou o processo de RASs na Alemanha que se fez a partir dos meados dos anos 90 através de redes de consultórios médicos, o modelo do clínico geral coordenador, os programas de atenção gerenciada e os programas de atenção integrada. Vasquez *et al*. (2005) mostraram o surgimento das organizações sanitárias integradas na Catalunha, Espanha, que se estruturaram em torno de um hospital e que se responsabilizaram pela cobertura de serviços integrados de APS, atenção especializada e atenção sociosanitária para uma população definida. Erskine (2006) afirmou que a organização da saúde na Europa deve passar pela constituição de redes regionais de atenção com o fortalecimento da APS para que se encarregue da coordenação do sistema, com a diminuição dos hospitais e com maior escala, com o uso intensivo de tecnologia da informação, com o reforço da atenção domiciliar e dos centros de enfermagem, com o uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências e com integração gerencial. Vargas *et al*. (2007), analisando a experiência de redes de atenção à saúde na Catalunha, feita por meio de organizações sanitárias integradas a partir de hospitais (integração para trás), mostraram que esse modelo aparenta contradições porque se, de um lado, os hospitais apresentam maior capacidade organizativa, por outro, induzem uma visão hospitalocêntrica que gera ineficiência alocativa e constrange as inovações. Ham (2007b) analisando a reforma recente do sistema de atenção à saúde do Reino Unido mostrou que ela esteve concentrada em instrumentos indutores da competição, mas que o próximo estágio da reforma deverá se fazer com mecanismos de colaboração por meio da implantação de RASs. Na Noruega, o Norwegian Directorate of Health (2008) constatou que o sistema de atenção à saúde foi importante para a criação de um Estado de bem-estar, mas que precisa se adaptar às novas necessidades de saúde, dominadas pelas condições crônicas, implantando modelos de atenção crônica articulados em sistemas mais integrados. Bengoa (2008) analisou a crise dos sistemas de saúde europeus, com foco na Espanha, determinada pela emergência das condições crônicas e propôs novos modelos de atenção à saúde que se caracterizam por: pessoas usuárias ativas e conectadas com o sistema de atenção à saúde; a adoção de modelos de atenção às condições crônicas como o modelo da pirâmide de risco da Kaiser permanente e o modelo de atenção crônica do MacColl Institute for Healthcare Innovation; ao alinhamento das políticas de saúde pública com a reforma dos serviços de saúde; e a recuperação da visão de sistema.

Na América Latina as redes de atenção à saúde são incipientes. Há relatos de experiências no Peru (MINISTÉRIO DE SALUD DE PERU, 1999), na Bolívia (LAVADENZ *et al*., 2001), na Colômbia (CAJIGAS, 2003; VÁZQUEZ E VARGAS, 2006), na República Dominicana (SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL, 2006), no México (ESTRADA *et al*.,2006), mas a experiência mais consolidada parece ser a do Chile, onde as RASs têm sido discutidas há tempo e constituem uma política oficial do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DE SALUD DE CHILE, 2005; FÁBREGA, 2007). A Organização Pan-Americana da Saúde elaborou um documento de posição sobre redes integradas de serviços de saúde que faz uma análise crítica dos sistemas fragmentados e de suas causas; conceitua os sistemas integrados de serviços de saúde e identifica suas diferentes modalidades; estabelece seus atributos essenciais; define os instrumentos de política pública e os mecanismos institucionais para conformá-los; e propõe uma rota para a implantação desses sistemas na Região das Américas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

No Brasil, o tema tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente. Mendes (1998), sem falar explicitamente das RASs, mencionou movimentos imprescindíveis à sua concretização sob a forma de uma reengenharia do sistema de atenção à saúde. A Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2000) relatou uma experiência pioneira de constituição de sistemas microrregionais de saúde que tinha como objetivo integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização. Mendes (2001b) tratou de uma proposta sistemática de construção de RASs no SUS. Fez uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro e propôs como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (2001) implantou um sistema integrado de saúde na região de São Pedro, projeto que foi avaliado por Silva (2004). Jimenez *et al*. (2001) descreveram o surgimento e a consolidação de uma experiência pioneira de uma rede temática de atenção à mulher e à criança, o Programa Mãe Curitibana, que vem apresentando nos seus 12 anos de vida, resultados extremamente favoráveis. A partir dessa matriz e por decisão da VI Conferência Municipal de Saúde instituiu-se, no município, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2002). Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmaram que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação

próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Isso se fará por meio de um "sistema sem muros", eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado – ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados. O Banco Mundial (WORLD BANK, 2006) fez uma avaliação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde de Curitiba que permitiu identificar os pontos fortes da experiência de RAS implantada, especialmente no seu componente de atenção primária à saúde, muitas delas referentes às redes de atenção à saúde. O Governo de Minas Gerais, nos seus planos de governo 2003/2010, colocou as redes de atenção à saúde como prioridade, identificando e implantando, em escala estadual, quatro redes temáticas principais: a rede de atenção à mulher e à criança (Rede Viva Vida), a rede de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes (Rede Hiperdia), a rede de atenção aos idosos (Rede Mais Vida) e a rede de atenção às urgências e às emergências (MARQUES *et al*., 2010). O Instituto Nacional de Câncer (2006) sugeriu uma atenção em redes para as doenças oncológicas, estruturando-se linhas de cuidado que integrem as atenções primária, secundária e terciária. LaForgia (2006) discutiu a temática das RASs e fez uma crítica à fragmentação do SUS e ao desalinhamento do sistema. Para superar esses problemas, propôs RASs que coordenem o sistema, reduzam as redundâncias, alinhem os objetivos com os incentivos financeiros, promovam a integração clínica e coordenem os mecanismos de governança. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006) elaborou e aplicou, interna e externamente, nas microrregiões sanitárias, uma oficina de redes de atenção à saúde. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006a), num documento de posição, colocou como um dos desafios do SUS promover o alinhamento da situação epidemiológica brasileira com o modelo de atenção à saúde do SUS, por meio da implantação de RASs. Posteriormente, desenvolveu e vem aplicando, em Secretarias Estaduais de Saúde, oficinas de redes de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006b). Fleury e Ouverney (2007) lançaram um livro sobre a gestão de redes em que tratam dos fundamentos conceituais sobre o tema e exploram, em profundidade, as estratégias de regionalização e os padrões de governança do SUS. O Ministério da Saúde (2008a) analisou historicamente as RASs no SUS, estabeleceu as razões para a sua adoção, definiu o seu conceito e os seus princípios, formulou um processo de transição para as RASs por meio dos territórios integrados de atenção à saúde e as linhas de cuidado e propôs as diretrizes para sua implantação. Silva *et al*. (2008) apresentaram uma proposta de construção de RASs no SUS que pode ser considerada uma posição oficiosa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e que envolveu: considerações sobre o marco legal; conceito, modelo e diretrizes; redes e pacto pela saúde; e diretrizes operacionais de

implantação. Kuschnir e Chorny (2010) fizeram uma contextualização do debate sobre as RASs, com base na discussão da integração/coordenação do cuidado, desde sua origem dawsoniana, examinaram as experiências britânicas e dos Estados Unidos e discutiram o documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde, Representação do Brasil, lançou um documento, com seus fundamentos no documento de posição regional, que traz contribuições sobre as RASs coordenadas pela APS. O documento versa sobre: as RASs como resposta à crise global dos sistemas de saúde; a crise contemporânea dos sistemas de saúde; o desafio da implantação das RASs no Brasil; as RASs e as relações interfederativas; o papel do Mnistério da Saúde na promoção das RASs; e o papel de coordenação das RASs pela APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011). Nos últimos anos, as experiências de RASs têm acontecido em diversos estados brasileiros, em geral sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob a forma de redes temáticas: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e outros. Vários municípios, com a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde, têm implantado RASs: Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinvile, Rio de Janeiro, São Paulo, municípios da Região de Campinas e muitos outros. A conjunção desses movimentos e de outras iniciativas propiciou que se consensasse, na Comissão Intergestores Tripartite, um posicionamento do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, sobre RASs que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Esse movimento universal em busca da construção de RASs está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde.

Há evidências, provindas de vários países, de que as RASs melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde.

Weingarten *et al*. (1985) evidenciaram que a atenção integrada a crianças portadoras de asma promoveu a melhoria da capacidade respiratória. McInnes e McGhee (1995), num ensaio randomizado feito com 554 portadores de hipertensão, mostraram que a integração da atenção primária e especializada proporcionou serviços mais custo/efetivos que a forma convencional. Osman *et al*. (1996) mostraram que a atenção integrada diminuiu as referências de portadores de asma para os especialistas. Bernabei *et al*. (1998), num ensaio randomizado feito com 200 idosos frágeis, constataram que a atenção integrada levou a menos internações hospitalares, a menos consultas na atenção primária à saúde, a melhor capacidade

funcional dessas pessoas e a um sistema mais custo/efetivo. McCulloch *et al*. (1998) analisaram 200 sistemas de atenção ao diabetes que atendiam 15.000 usuários e verificaram que a provisão de suporte integrado para a APS melhorou a satisfação das pessoas usuárias e o uso dos recursos. Byng *et al*. (1998) verificaram que os sistemas integrados determinaram uma maior satisfação das pessoas usuárias com os serviços de saúde mental. Llewellyn-Jones *et al*. (1999), num ensaio clínico feito com 220 idosos, verificaram que a integração do cuidado contribuiu para a redução dos quadros depressivos. Reuben *et al*. (1999), num ensaio randomizado feito com 363 pessoas idosas, mostraram que a integração diminuiu as incapacidades funcionais e melhorou a qualidade de vida dessas pessoas. Wagner *et al*. (1999) avaliaram 72 sistemas que utilizaram alguma forma de integração e concluíram que os programas que integravam a atenção primária à saúde com os outros níveis e que tinham uma população adscrita foram mais efetivos e que seus usuários estavam mais satisfeitos. Malcom *et al*. (2000) sugeriram que a integração entre a atenção primária e especializada permitiu a identificação de pessoas com alto risco de hospitalização e reduziu o uso de serviços especializados. Simon *et al*. (2001), num ensaio clínico randomizado, mostraram que a integração dos cuidados da depressão crônica, melhorou a qualidade da atenção a custos moderados. Wagner *et al*. (2001) estudaram a atenção ao diabetes em 23 centros e concluíram que a integração do cuidado propiciou melhorias nos processos e nos resultados da atenção. Doughty *et al*. (2002), num ensaio clínico randomizado feito com 197 portadores de insuficiência cardíaca, concluíram que a integração da atenção primária e secundária permitiu reduzir as reinternações hospitalares. Unutzer *et al*. (2002), num ensaio clínico randomizado realizado em 18 serviços integrados, concluíram que a integração contribuiu para a redução dos sintomas depressivos e sua severidade, melhorou a adesão aos tratamentos, aumentou a satisfação com a atenção recebida e incrementou a qualidade de vida. Gilbody *et al*. (2003), numa revisão sistemática de 36 estudos, identificaram que a integração da APS em rede melhorou a atenção à depressão. Polonsky *et al*. (2003), num ensaio randomizado, feito em 167 portadores de diabetes com pobre controle glicêmico, verificaram que o grupo que recebeu atenção integrada obteve melhores resultados que os que foram manejados de forma fragmentada. Griffin e Kinmonth (2004), numa revisão Cochrane, feita em 1.058 pessoas, verificaram que uma atenção integrada ao diabetes, com base na APS, diminuiu os índices glicêmicos mais fortemente que a atenção centrada no hospital. Katon *et al*. (2004), num ensaio clínico feito em 329 portadores de diabetes e depressão, concluíram que os modelos de atenção integrada melhoraram resultados selecionados em pessoas portadoras de co-morbidades. Smith *et al*. (2004), num estudo randomizado em 30 sistemas de atenção ao diabetes, verificaram que os mecanismos de integração determinaram significativas melhorias na prestação dos serviços e nos resultados psicossociais. Vetter *et al*. (2004), num ensaio clínico, constataram que o efeito da integração

entre os enfermeiros e os trabalhadores comunitários produziu melhores resultados clínicos no diabetes. Singh (2005a), analisando 14 revisões sistemáticas e 29 ensaios randomizados, encontrou evidências de que as RASs melhoraram o uso dos recursos e alguns resultados clínicos selecionados e reduziram os custos da atenção. Nuño (2008) afirmou que existem evidências sólidas de que os enfoques e intervenções dos sistemas integrados mostraram resultados positivos em vários âmbitos e patologias. Rosen e Ham (2008) afirmaram que a integração de gestores e prestadores de serviços melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e que teve algum impacto sobre os custos da atenção à saúde.

OS FUNDAMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RASs, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima.

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

ECONOMIA DE ESCALA, QUALIDADE E ACESSO

Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RASs. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de

economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2002b).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala.

A busca de escala é uma condição imprescindível para um sistema de atenção à saúde eficiente. Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostraram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala são encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão se tornar importantes em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS *et al*., 1997; ANDRADE *et al*., 2007).

Outro fator importante para o desenvolvimento das RASs é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados. Por exemplo, é comum concentrarem-se os médicos subespecialistas e desconcentrarem-se os médicos de família que, em geral, são ou deveriam ser mais numerosos.

Um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades das pessoas; implicam programas de controle de qualidade; são ofertados em tempo oportuno; são seguros para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; fazem-se de forma humanizada; satisfazem as expectativas das pessoas usuárias; e são equitativos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; DLUGACZ *et al*., 2004).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que costuma haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Essa relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em

maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER *et al*. 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde, devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade. Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (BANTA E BOS, 1991). No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade (FERGUSON *et al*., 1997). Nos Estados Unidos, verificou-se que a escala, numa determinada condição de saúde, permitiu melhores resultados econômicos e sanitários, como é o caso St. Luke's Episcopal Hospital que já realizou mais de 100 mil cirurgias de revascularização do miocárdio, e que o efeito combinado de escala, experiência e aprendizagem geraram um círculo virtuoso que aumentou o valor dos serviços para as pessoas (PORTER E TEISBERG, 2007). Essas relações entre escala e mortalidade são fortes em cirurgias de revascularização do miocárdio, angioplastias coronarianas, aneurisma de aorta abdominal e cirurgia de câncer de esôfago. O mesmo parece ocorrer no campo do diagnóstico como mostram Smith-Bindman *et al*. (2005) ao verificar que os diagnósticos de câncer de mama são mais precisos quando o radiologista lê um número maior de mamografias por ano. Um seminário realizado para examinar as relações entre escala e qualidade concluiu que em 2/3 dos trabalhos examinados houve uma associação entre volume e qualidade e que o volume de serviços realizados é a melhor *proxy* disponível para a qualidade em grande parte dos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). No Rio de Janeiro, verificou-se uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e as taxas de mortalidade por essas cirurgias (NORONHA *et al*., 2003).

Diante dessas evidências, as RASs devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços.

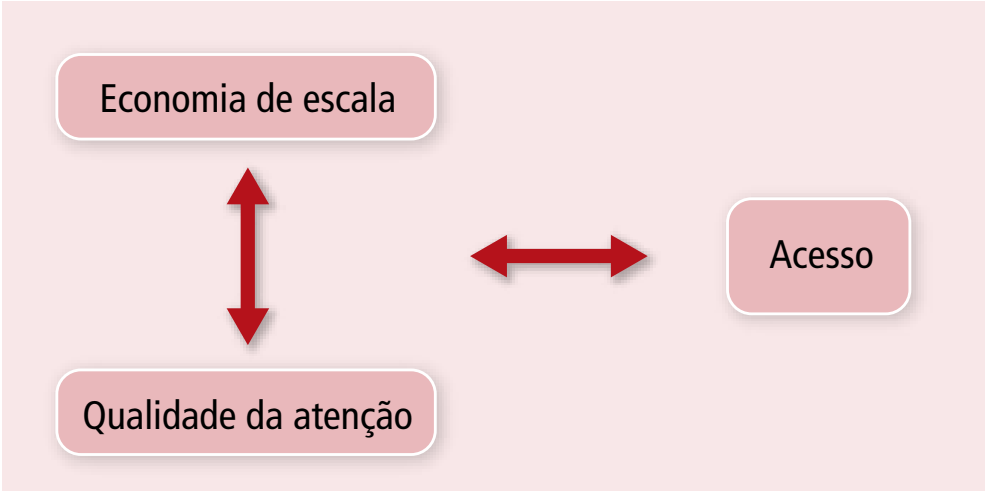
Para Donabedian (1973), o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte etc. Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; a

aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Frenk (1985) desenvolveu o conceito de acesso através da complementaridade entre as características da oferta e da população, onde a acessibilidade é uma relação formal entre um conjunto de obstáculos para buscar e obter atenção (resistência) e as capacidades da população para processar e alcançar essa atenção (poder de uso), assumindo que vários ajustes entre o poder de uso da população e as resistências da oferta são possíveis, num mesmo nível de acessibilidade. Para o Institute of Medicine (1993) a importância do acesso centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das pessoas. O acesso refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços/tecnologias de reconhecida efetividade, interessando saber se oportunidades de bons resultados (alteração positiva nas condições de saúde) estão sendo perdidas por problemas de acesso. Andersen (1995) considerou o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. A acesso é definido por fatores individuais como: os fatores predisponentes que são anteriores aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necesidades de saúde, as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde. Para Carr-Hill *et al*. (1997), o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde. Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos. A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Travassos e Martins (2004) argumentaram que o conceito de acessibilidade é mais comum que o de acesso e que prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de atenção à saúde associada à oferta. Quanto à abrangência do conceito, observaram uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Não obstante a tendência recente de empregar-se o conceito baseado

em resultados, ressaltaram a importância de manterem-se as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso de efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um desses processos corresponde a um modelo explicativo distinto.

As RASs têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde, conforme se vê na Figura 1 a seguir.

Figura 1: A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários



A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der – como costuma ocorrer em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

INTEGRAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL

Na construção de RASs devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados a concepções referentes às cadeias produtivas.

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, consequentemente, maior eficiência e competitividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de Internet. A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço etc. No desenvolvimento das redes de atenção à saúde os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só, alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá, também na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

A integração vertical, nas redes de atenção à saúde, se faz através de uma completa integração, como nas redes de propriedade única (por exemplo, a rede da Kaiser Permanente nos Estados Unidos) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, onde podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical da saúde, manifesta-se uma singular forma de geração de valor na rede de atenção, o valor em saúde, o que se aproxima do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas.

O PROCESSO DE SUBSTITUIÇÃO

Os processos de substituição são importantes para que se possa alcançar o objetivo das RASs de prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. A proposta de substituição surgiu, na Holanda, com o Relatório Dekker, como um instrumento básico da reforma sanitária que se propôs naquele país (DEKKER, 1988).

A substituição é definida como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Em outros termos, numa RAS, unidades de saúde, equipes e processos podem ser reorganizados para se produzirem melhores resultados sanitários e econômicos (SALTMAN e FIGUERAS, 1997).

A substituição pode ocorrer, nas RASs, nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica (HAM *et al*., 2007a). A substituição locacional muda o lugar em que a atenção é prestada, por exemplo, do hospital para o domicílio; a substuição tecnológica muda a tecnologia ofertada, como, por exemplo, a utilização de medicamentos efetivos em casos de úlceras de estômago ao invés de cirurgia; a substituição de competências clínicas muda o *mix* de habilidades, como na delegação de funções de médicos para enfermeiros; a substituição clínica faz a transição do cuidado profissional para o autocuidado apoiado. Essas formas de substituição podem ocorrer isoladamente ou em conjunto.

Há evidências de que a substituição locacional por meio da atenção domiciliar, do uso de equipamentos comunitários, do uso de centros de enfermagem, do uso de hospitais/dia, do uso da APS como porta de entrada e do uso de teleassistência, apresenta resultados clínicos positivos e reduz os custos da atenção (PARKER, 2006; JOHNSTON, 2008). As evidências sobre os efeitos positivos da substituição clínica pela introdução do autocuidado apoiado são abundantes. Uma avaliação de cinco experiências de substituição realizadas no Reino Unido mostrou que os projetos apresentaram, em geral, resultados positivos (HAM *et al*., 2007b).

OS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS

As RASs podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários. As redes das organizações privadas, ainda que se dirijam a uma população definida, em geral, prescindem de territórios sanitários. Também, os sistemas públicos de saúde baseados no princípio da competição gerenciada, como se organizam por uma forma singular de competição, não necessitam de uma base populacional/territorial (ENTHOVEN,

1988). É o caso, por exemplo, do sistema de atenção à saúde da Colômbia. Ao contrário, os sistemas públicos de atenção à saúde que se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada (CHRISTIE, 1996), como é o caso do SUS, convocam necessariamente uma base populacional/territorial. Ou seja, nesses sistemas públicos de cooperação gerenciada há que se instituírem os territórios sanitários.

A análise dos territórios sanitários se faz, mais detalhadamente, adiante nesse capítulo, na discussão da governança das RASs.

OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Outro conceito fundamental na construção das redes de atenção à saúde é o de nível de atenção à saúde.

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RASs.

Na prática social, ao se construírem as RASs, há que se combinarem os territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde.

O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação.

Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos.

Tapscott (2011) entende que as redes são uma característica fundamental das sociedades pós-industriais: "*Na era industrial, tudo é feito para a massa. Criamos a produção de massa, a comunicação de massa, a educação de massa, a demo-*

cracia de massa. A característica central da sociedade industrial é que as coisas começam com um (aquele que tem o conhecimento) e chegam a muitos (aqueles que não têm o conhecimento)... O fluxo é sempre no sentido de um para muitos. No sistema de saúde eu sou o médico, porque tenho o conhecimento, e os outros são os pacientes, não apenas porque estão doentes, mas porque não têm o conhecimento. De novo, é de um para muitos...Na sociedade pós-industrial, o conhecimento será transmitido não mais de um para muitos, mas de um para um ou de muitos para muitos. Será a era da inteligência em rede, num sistema de colaboração de massa" .

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. As organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides hierárquicas e por um modo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo tendem a ser substituídas por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OUVERNEY, 2008).

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY e OUVERNEY, 2007). A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF e LINDSAY, 1983).

As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e *status*, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY e PAGE, 1998). Por outro lado, certas características das redes limitam

sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas (*accountability*); o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY e OUVERNEY, 2007).

Todos esses elementos conceituais e operacionais considerados para as redes em geral devem estar presentes, no plano setorial, nas RASs.

Há, na literatura internacional, várias definições de RASs.

Uma definição muito conhecida é a de um grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos e que caracteriza essas redes pela presença dos seguintes atributos: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um contínuo de atenção; sistemas de informação que ligam as pessoa usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados. Com base nesses elementos definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como *"redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população"* (SHORTELL *et al*.,1996).

A Organização Mundial da Saúde considera que as RASs contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como *"a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde"* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

A Organização Pan-Americana da Saúde sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento: a população/território definida, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços

de saúde que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde pública, de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, sob um único guarda-chuvas institucional; a APS que atua, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares; a existência de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados; a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; o sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; a gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde; o sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde; o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e a ação intersetorial ampla. Com base nesses atributos conceitua as redes integradas de serviços de saúde como "*uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve*" (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) explicita os atributos de uma RAS: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo,

clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados. Com base nesses atributos define RAS como *"arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"*.

Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos (AGRANOFF e LINDSAY, 1983; PODOLNY e PAGE, 1998; CASTELL, 2000; FLEURY e OUVERNEY, 2007), nas conceituações e nos atributos anteriormente referidos, agregando características operacionais temáticas, pode-se definir as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008).

Para Borzel (1997), as redes são relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si, no suposto de que a cooperação é a melhor forma de alcançar esses objetivos.

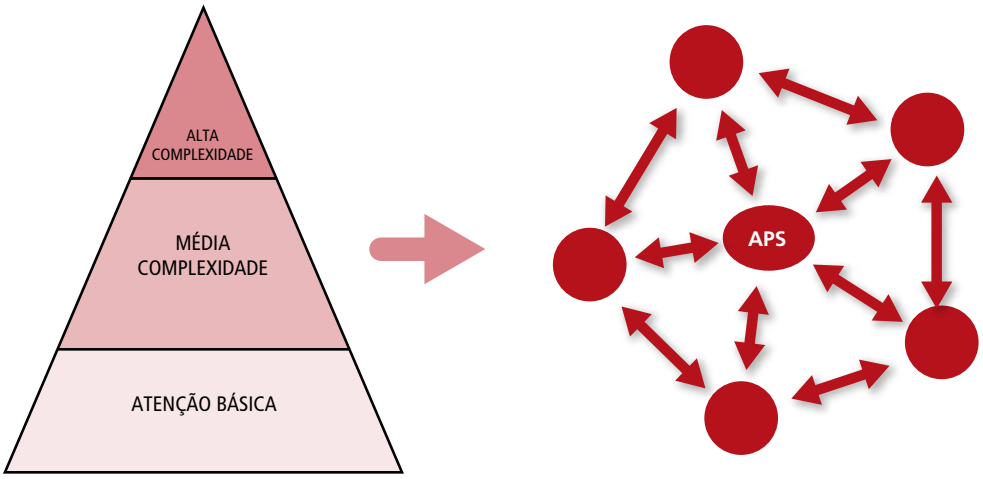
Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. Vistas de outra forma, as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam a redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Ao contrário, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós de forma que os diversos ramos estão interconectados (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. É o que se vê na Figura 2.

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Contudo, as RASs apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS.

As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER e TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e paliação).

A RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adscrita que é, a ela vinculada, na APS.

Somente a atuação de uma RAS vai gerar valor para a população. O valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A POPULAÇÃO

O primeiro elemento das RASs, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RASs.

Como se viu, as RASs, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades dessas redes, sejam privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita. Assim, as RASs, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RASs, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

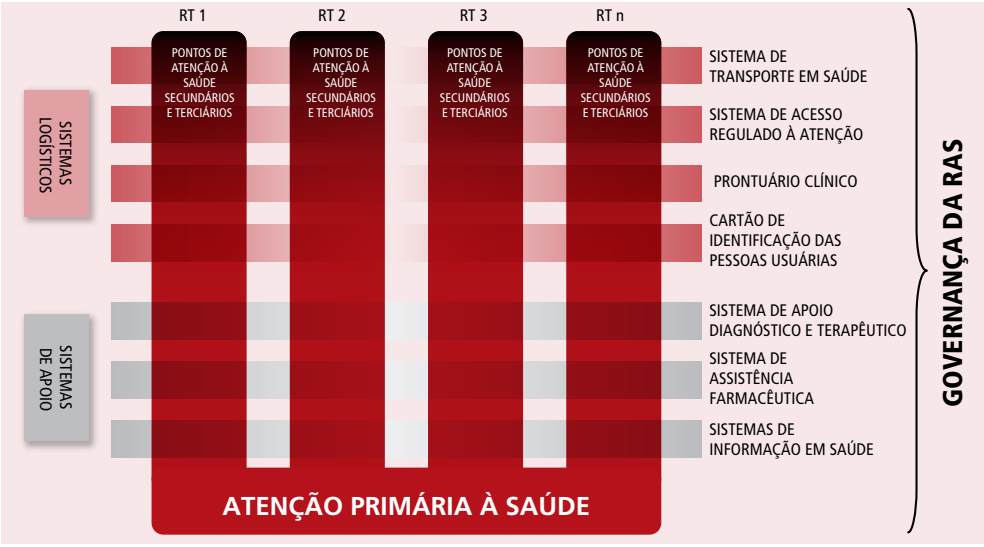
A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Numa rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede.

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 3.

Figura 3: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



A observação detalhada da Figura 3 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, as redes de atenção às doenças respiratórias etc.

Essa visão de redes de atenção à saúde temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente por meio de recursos especializados (MILLS, 1983). Por exemplo, um programa vertical de tuberculose já se organizou, tempos atrás, com um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose etc. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles de se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; CRUZ *et al*., 2003). Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade (ATUN *et al*., 2008). De qualquer forma, as RASs, ainda que estruturadas tematicamente, são incompatíveis com os programas verticais, já que, nelas, conforme se vê na Figura 3, somente os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são verdadeiramente temáticos. Diferentemente, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal nas RASs.

Recentemente, vem-se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da falsa dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, onde se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e, sobretudo, a APS (FRENK, 2006; UPEKLAR e RAVIGLIONE, 2007; OOMS *et al*., 2008). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, é por meio das RASs.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RASs manifesta-se numa parte temática restrita, exclusivamente, aos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

O CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela APS (Unidade de APS ou equipe do PSF).

As dificudades de entender o papel protagônico da APS envolvem as dimensões política, cultural e técnica. Mas há de se reconhecer que a hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados prioritariamente para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas, está na base da desvalorização da APS. O que é fortalecido por um sistema de pagamento por procedimentos baseado na densidade tecnológica dos diferentes serviços.

A mudança dos sistemas fragmentados para as RASs só poderá ocorrer, consequentemente, se estiver apoiada numa APS robusta e de qualidade. Há, na literatura internacional e nacional, evidências que dão sustentação a essa tese. Por isso, faz-se, aqui, uma breve revisão bibliográfica, não sistemática, sobre a importância da APS nos sistemas de atenção à saúde.

A expressão atenção primária foi cunhada, em 1920, pelo Relatório Dawson que mencionava os Centros de Atenção Primária à Saúde como o foco central do processo de regionalização no Reino Unido (DE MAESENEER *et al*., 2008). O conceito consagrou-se a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, em Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). A declaração final, produzida pela Conferência, criou a consigna de *Saúde para Todos* no ano 2000 e definiu a APS como "*a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção*" . Essa definição continha duas perspectivas fundamentais: a APS seria o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com esse sistema; e seria parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social.

As declarações de Alma-Ata foram reinterpetradas por grupos que consideravam-nas válidas no longo prazo, mas que seria melhor atuar, pragmaticamente, num conjunto restrito de intervenções altamente custo/efetivas que impactassem a mortalidade e a morbidade dos países e regiões mais pobres. Em função disso, surgiram, ao longo do tempo, várias definições e experiências práticas que incluíram a atenção a pessoas pobres de regiões pobres, por meio de tecnologias de baixa densidade, por meio da atenção primária seletiva (UNGER & KILLINSWORTH, 1986) ou da atenção primitiva (TESTA, 1989) ou da oferta de uma cesta básica de serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 1993).

Uma grande dificuldade na definição precisa da APS está na ambiguidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas: simples ou básico, ponto de primeiro contato, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde etc. Mas não há dúvidas que a expressão primária foi conotada para expressar o atributo essencialíssimo da APS, o do primeiro contato.

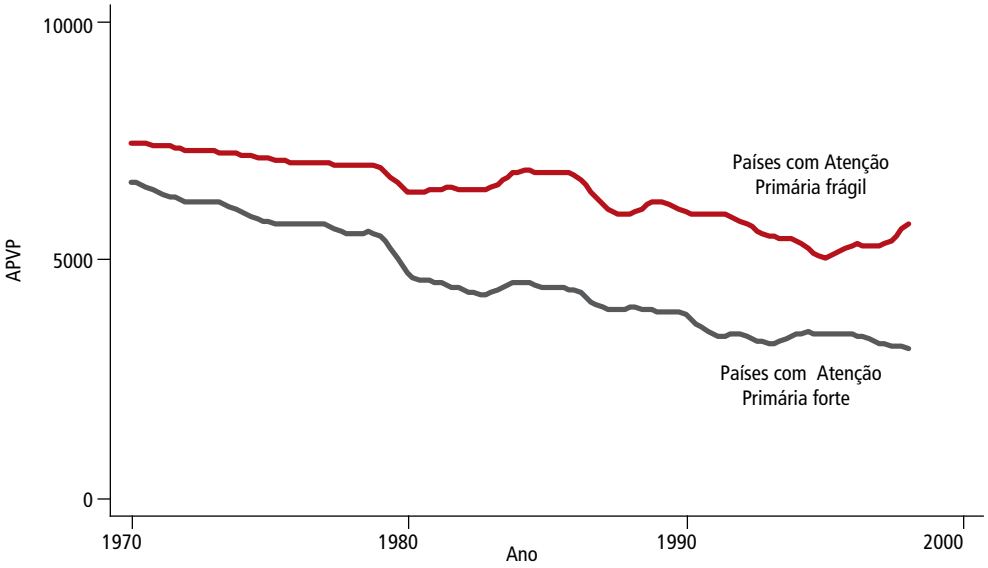
O Institute of Medicine (1978), paralelamente a Alma-Ata, estabeleceu os atributos da APS: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a transparência. Esses atributos foram ampliados por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária como necessários para conformar a APS como uma estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde como um todo e que orienta os recursos para as necessidades da população e coloca menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas para as condições e eventos agudos e praticadas, principalmente, nos hospitais.

Um estudo clássico (Starfield, 1991) comparou a associação da APS com resultados sanitários em 11 países desenvolvidos. Cada país foi classificado de acordo com quatro características da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e de acordo com características políticas: equidade na distribuição dos serviços, cobertura universal ou quase-universal garantida com recursos públicos, co-pagamento inexistente ou baixo, percentual de médicos que não eram médicos de APS e renda dos médicos de APS em relação aos médicos especialistas. Um resultado importante foi que as características da APS estavam associadas com as características políticas; outro, também importante, foi que os países com baixo escore para a atenção primária à saúde obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação aos indicadores da saúde infantil. Saltman e Figueras (1997) analisaram o papel da APS nas reformas sanitárias européias e defenderam que sua função principal está no crescente número de países que dão, a ela, o controle sobre parte ou sobre a totalidade do orçamento do sistema de saúde. O exemplo mais conhecido é do Reino Unido onde grupos de médicos generalistas recebem recursos para se responsabilizarem por outros serviços para as pessoas usuárias, como cirurgias eletivas, visitas

domiciliares, assistência farmacêutica ambulatorial e cuidados comunitários, num processo denominado de *fundholding*. Arranjos similares têm sido desenvolvidos em relação à atenção hospitalar na Finlândia, em alguns *counties* suecos (especialmente em Dalarna), em algumas regiões da República Russa (notavelmente em Kemarova) e em alguns sistemas de seguro social da Alemanha (caso de Berlim). A APS, por esses mecanismos, responsabiliza-se por 20% dos gastos em atenção hospitalar no Reino Unido e por 100% desses gastos na Finlândia e Suécia. Esse movimento exige que a APS, além de sua tradicional função de resolução dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de coordenação do sistema de atenção à saúde. Cabe à APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais. Colin-Thome (2001) propôs uma nova prática da APS com base na atenção gerenciada. Essa nova APS articula a prática tradicional com um conceito ampliado de cuidados primários, a nova saúde pública, com o movimento da nova gestão pública. Da APS tradicional herda a coordenação, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado e a função de porta de entrada, voltados para a atenção individual às pessoas usuárias. Mas essa concepção deve ser superada por um enfoque mais amplo, em que o objetivo da APS é produzir mais saúde, ao menor custo para a população; em que se oferte atenção à saúde de alta qualidade, o que implica a adoção da governança clínica, a partir da medicina baseada em evidência; em que a coordenação do cuidado se faça de forma mais sistemática e estruturada com clareza dos papéis e responsabilidades e forte monitoramento; em que a gerência da utilização dos serviços vá além da APS para atingir os outros níveis do sistema; onde as medidas de atenção individual estejam integradas com ações coletivas sobre a população adscrita à APS, principalmente sobre os fatores ambientais e os comportamentos e estilos de vida; em que uma nova gestão pública se faça com foco em resultados concretos para a população adscrita à APS e com incentivos para resultados; e em que a integração do cuidado se faça sob a coordenação da APS, o que configura uma proposta de organização do sistema em redes de atenção à saúde. A Organização Mundial da Saúde (2003) reiterou, como uma política central em escala internacional, a APS, propondo mudanças nas concepções de Alma-Ata. A reafirmação dos princípios da APS constitui a proposta contemporânea dos responsáveis pela saúde mundial que deve ter vigência no início do século XXI. O relatório propôs um novo enfoque sistêmico contido num modelo de sistema de atenção à saúde baseado na APS. Esse novo modelo permite resolver o conflito potencial entre a APS, entendida como nível diferenciado de atenção, e sua acepção como enfoque geral da prestação de serviços responsivos e equitativos. Assim, um sistema de atenção à saúde baseado na APS: estará fundado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial; centrar-se-à nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções da saúde pública; criará as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e ex-

cluídos; organizará uma atenção integrada e sem fissuras que vinculará a prevenção, a atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços; e avaliará continuamente a situação para procurar melhorar o desempenho do sistema. O modelo de atenção integrada reverte a atenção aos portadores de condições crônicas através dos cuidados inovadores para as condições crônicas e fortalece o sistema de atenção à saúde baseado na APS. Macinko *et al*. (2003) mostraram que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico que tinham uma APS mais forte foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil. É o que se observa no Gráfico 9.

Gráfico 9: Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) em relação à qualidade da atenção primária à saúde em 18 países da OECD, período 1970 a 2000



Fonte: Macinko *et al*. (2003)

Quanto mais forte a orientação dos países para a APS, menores as taxas de mortalidade por todas as causas, as taxas de mortalidade prematura por todas as causas e as taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. O estudo permitiu estimar que aumentando o escore da qualidade da atenção primária de um país em 5 pontos, poder-se-ia reduzir a mortalidade prematura por asma e bronquite em 6,5% e a mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório em 15%. Outra área analisada foi a do impacto da APS na redução das disparidades em saúde. Verificou-se que maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas com melhores resultados sani-

tários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de APS apresentava um maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil, em áreas de alta desigualdade social. A associação entre uma maior oferta de médicos de APS e a diminuição da mortalidade total foi quatro vezes maior na população afro-americana que na população branca. Uma boa APS esteve associada com reduções nos efeitos adversos da desigualdade de renda na saúde. Há estudos que mostraram que uma adequada oferta de médicos de APS reduz as disparidades em saúde em grupos raciais e socioeconômicos. As amputações de extremidades inferiores por diabetes, no Reino Unido, não se diferenciaram entre negros e brancos, mas nos Estados Unidos foram duas a três vezes maiores nos negros que nos brancos; em boa parte, esses resultados refletiram a qualidade da APS nos dois países. Outros estudos demostraram relações consistentes entre a APS e melhorias na equidade da atenção em países como Bolívia, México e Costa Rica. O mesmo se observou em países africanos. Uma outra área explorada foi a associação da oferta de APS e os custos do sistema de atenção à saúde. Regiões com maiores taxas de médicos de família por população apresentaram menores custos totais do que regiões com menores taxas, provavelmente por causa da maior oferta de cuidados preventivos e da presença de menores taxas de hospitalização. Estudos comparativos internacionais mostraram que os países com APS mais frágil tiveram custos mais altos. A revisão permitiu aos autores concluírem que os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; a gestão precoce dos problemas de saúde; a contribuição acumulada da APS a um cuidado mais apropriado; e o papel da APS na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas. Na Europa, o Health Council of the Netherlands (2004) promoveu uma revisão sistemática sobre a APS. O documento fez um estudo extenso das evidências do impacto dos sistemas que apresentaram forte APS em relação aos que apresentaram fraca APS em termos de resultados sanitários, custos, equidade e satisfação dos pacientes (VUORI, 1985; HJORTDAHL, 1992; INSTITUTE OF MEDICINE, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; BLENDON *et al*., 2002; REID, 2002; ANSARI *et al*., 2003; O'MALLEY *et al*., 2003; ATUN, 2004; DOCTEUR e OXLEY, 2004; GREB *et al*., 2004; JONES *et al*., 2004; KERSSENS *et al*., 2004; SILVA e VALENTINE, 2004; VAN DOORSLAER *et al*., 2004). A conclusão do trabalho foi que há evidência de uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma APS forte, a porta de entrada e o pagamento por lista de pessoas usuárias adscritas a um médico generalista, estiveram associadas a menores gastos dos sistemas de atenção à saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e eficiência, o estudo mostrou a superioridade dos sistemas com APS forte. Contudo, não há evidência da mesma superioridade em relação às iniquidades relativas aos níveis de renda da população. A Health Evidence Network (2004) fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas

de atenção à saúde com base na APS. Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistema de atenção à saúde com base na atenção especializada. As evidências mostraram que os sistemas baseados numa forte APS estiveram associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte APS estiveram associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Os sistemas de atenção à saúde nos países de baixa renda com forte APS tenderam a ser mais equitativos e mais acessíveis. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostraram que a orientação para especialistas está associada à iniquidade no acesso. No campo operacional, a maioria dos estudos que compararam serviços que deveriam ser providos, seja pela APS, seja pela atenção especializada, mostraram que a utilização dos cuidados primários reduziu custos, aumentou a satisfação das pessoas usuárias, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado ou nos resultados sanitários. A maioria dos estudos que analisaram a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostraram que essa mudança foi mais custo/efetiva. A expansão dos serviços primários pode, nem sempre, reduzir os custos porque identifica as necessidades não atendidas de saúde da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços. A Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento de posição sobre a atenção primária à saúde (PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005) que foi sustentado por uma revisão bibliográfica ampla em que se destacam trabalhos avaliativos de vários autores realizados em diferentes partes do mundo (SHI, 1994; STARFIELD, 1994; BINDMAN *et al*., 1995; CASANOVA e STARFIELD, 1995; CASANOVA *et al*, 1996; STARFIELD, 1996; WEISS e BLUSTEIN, 1996; REYES *et al*., 1997; BOJALIL *et al*., 1998; FORREST e STARFIELD, 1998; RAJMIL *et al*., 1998; RADISH *et al*., 1999; VAN DOORSLAER *et al*., 1999; BILLINGS *et al*., 2000; GILL *et al*, 2000; ROSENBLATT *et al*., 2000; GRUMBACH; 2002; STARFIELD e SHI, 2002; MACINKO *et al*., 2003; BERMUDEZ-TAMAYO *et al*., 2004; CAMINAL *et al*, 2004; GILSON e McINTYRE, 2004; GWATKIN *et al*., 2004; PALMER *et al*, 2004; ROSERO, 2004a; ROSERO, 2004b). Esses estudos internacionais mostraram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades do excluídos; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde; liberaram recursos para atender às necessidades dos excluídos; empoderaram grupos vulneráveis; minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, que são mecanismos que geram iniquidades

nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal. Estudos sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram que os sistemas baseados na APS que asseguraram acesso e primeiro contato, melhoraram os resultados sanitários, beneficiaram outros níveis do sistema e permitiram reduzir internações hospitalares, especialmente em anginas, infecções urinárias, doença pulmonar obstrutiva crônica e infecções da garganta, ouvido e nariz. Pessoas que tiveram uma fonte regular de APS durante sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de atenção à saúde, apresentaram menos hospitalizações e utilizaram menos as unidades de emergência. Na região das Américas, as experiências da Costa Rica mostraram que a reforma baseada na APS melhorou os resultados sanitários e a equidade; para cada 5 anos adicionais após essa reforma, a mortalidade infantil foi reduzida em 13% e a mortalidade de adultos foi reduzida em 4%, independentemente de melhorias em outros determinantes sociais da saúde. As evidências levantadas demonstraram que para a APS beneficiar a população, os serviços deviam ter boa qualidade técnica. Macinko *et al*. (2004), mostraram que as pessoas usuárias que tiveram experiências mais sólidas de APS autorreportaram melhores estados de saúde em dois municípios brasileiros: Petrópolis e Porto Alegre. Macinko *et al*. (2006) fizeram um estudo sobre o PSF por meio de uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e saneamento, com a renda média, com a escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiros por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes. Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no país foi a escolaridade das mulheres, seguido da ampliação da oferta do PSF. O estudo demonstrou que um aumento de 10% na cobertura do PSF foi responsável por uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso à água foi responsável por uma diminuição de 3,0% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda *per capita* apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.

Essa revisão bibliográfica, feita com estudos realizados em diferentes países e em tempos diversos, permite concluir que há evidências robustas sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde. Isso permite afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e

de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

Não é por outras razões que a Organização Mundial da Saúde, no seu Relatório sobre a Saúde Mundial de 2008, propôs, no título do documento, uma nova consigna: *"Atenção primária à saúde, agora mais que nunca"* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d). Isso implica reconhecer que, após 30 anos da Reunião de Alma-Ata, o foco do movimento da atenção deve mudar numa direção expressa no Quadro 3.

Quadro 3: O sentido das mudanças na implementação da reforma da atenção primária à saúde

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR DA REFORMA DA APS	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Concentração em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability*
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

Fonte: World Health Organization (2008d)

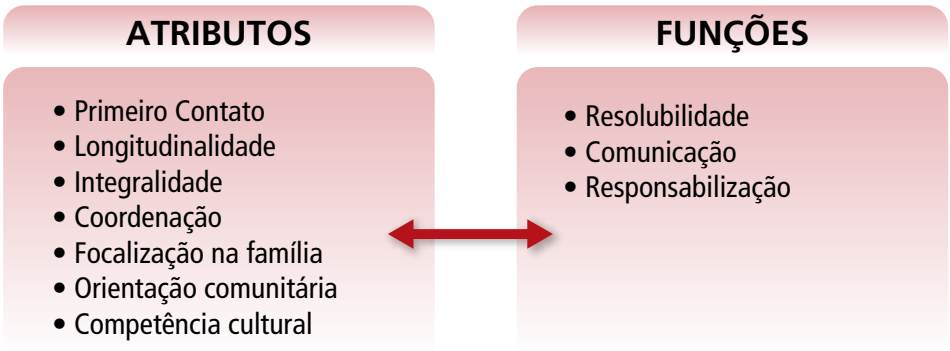
Esses sentidos de mudança da APS, propostos pela Organização Mundial da Saúde, estruturam-se em grandes grupos de intervenções que refletem as convergências entre as evidências sobre: o que é necessário para uma resposta efetiva aos desafios da saúde no mundo de hoje; os valores da equidade, da solidariedade e da justiça social que dirigem o movimento da reforma da APS; e as expectativas crescentes da população nas sociedades modernas. Esses grupos são: as reformas em busca da cobertura universal para atingir a equidade em saúde; as reformas na prestação dos serviços de saúde para construir um sistema de atenção à saúde centrado nas pessoas; as reformas na liderança dos sistemas de atenção à saúde para tornar as autoridades mais confiáveis; e as reformas nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades.

As reformas em busca da cobertura universal devem assegurar que os sistemas de atenção à saúde contribuam para a equidade em saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social movendo-se principalmente na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar os serviços de saúde, especialmente a APS, a partir das necessidades e das preferências das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo cambiante e capazes de produzir melhores resultados sanitários. As reformas na liderança devem procurar superar, de um lado, um estilo de gestão centralizado, de tipo comando-controle, e, de outro, uma destituição regulatória do Estado, construindo uma nova liderança inclusiva, participativa e negociadora, requerida pela complexidade dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. As reformas nas políticas públicas devem articular a APS com a saúde pública e desenvolver uma integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

As mudanças da APS implicam que ela seja apropriada como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e, não meramente, como um programa para pobres em regiões pobres ou como um nível de atenção à saúde exclusivamente (VUORI, 1985). A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde.

Uma APS de qualidade, como parte integrante das RASs, deverá, como se vê na Figura 4, estruturar-se segundo sete atributos e três funções.

Figura 4: Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde



Fontes: Mendes (2002a); Starfield (2002)

Só haverá APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs. A focalização na família implica considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. A competência cultural exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias

Da mesma forma, uma APS de qualidade só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.

Trazendo essas considerações para a realidade brasileira do SUS, a implantação dessa nova APS significará superar o paradigma atual da atenção básica e instituir, em seu lugar, um novo paradigma, o da atenção primária à saúde.

Uma análise histórica da APS desde o início do século XX até o presente momento permite identificar oito ciclos de sua expansão no País (MENDES, 2002a).

O primeiro ciclo foi o do modelo da rede local permanente, vigente nos primeiros anos do século passado; o segundo ciclo foi o dos centros de saúde-escola, instituídos pelo Prof. Paulo Souza na Universidade de São Paulo, nos anos 20; o terceiro ciclo foi o dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), parte do esforço de guerra, a partir dos anos 40; o quarto ciclo foi o dos centros de saúde implantados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em todo País, que teve seu auge nos anos 60; o quinto ciclo foi o dos programas de extensão de cobertura, iniciados por experiências acadêmicas ou institucionais, e que confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na segunda metade dos anos 70; o sexto ciclo foi o das Ações Integradas de Saúde (AISs) que articulou os cuidados primários das Secretarias Estaduais de Saúde com os da Previdência Social (INAMPS) em núcleos urbanos, no início dos anos 80; o sétimo ciclo foi o da municipalização das ações de APS, decorrência da criação do SUS e do movimento de municipalização da saúde, ocorrido a partir do final dos anos 80; o oitavo ciclo, o ciclo vigente, o da atenção básica, surgiu no final de 1993, com a institucionalização, pelo Ministério da Saúde, do PSF.

O ciclo da atenção básica, representado pela opção política pelo Programa de Saúde da Família sofreu a influência de várias matrizes: a Medicina Geral e Comunitária, com origem no Rio Grande do Sul (ABATH, 1985), a Ação Programática em Saúde, em São Paulo (NEMES, 1996), o Programa do Médico de Família, em Niterói (RODRIGUES, 1996), e o Modelo de Defesa da Vida da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (CAMPOS, 1997). Mas a influência principal foi do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir da ampliação do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá. Foi esse modelo, surgido no Nordeste do País, que foi acolhido como base da proposta de saúde da família no SUS; sua singularidade está em romper com os modelos clássicos da medicina familiar e instituir-se como prática de saúde da família, o que, provavelmente, sofreu a influência de sua origem intersetorial, no PACS, proposto como ação de emergência de frentes de trabalho para o enfrentamento da seca no semiárido cearense, no ano de 1987 (MENDES, 2002a).

Os resultados do PSF no SUS são muito expressivos. Houve avanços notáveis em termos de estrutura: em junho de 2010, estavam implantadas, em 5.272 municípios brasileiros, 30.996 equipes de PSF que cobriam 98.002.920 brasileiros, 51,6% da população total; 238.304 agentes comunitários de saúde estavam operando em 5.357 municípios, cobrindo uma população de 116.590.839 brasileiros, 61,4% da população total; em termos de processos, como o incremento das consultas médicas e de enfermagem, do exames pré-natais, dos procedimentos odontológicos etc.; e em termos de resultados: o aumento das equipes do PSF contribuiu, significativamente, para a diminuição da mortalidade infantil no País (MACINKO *et al*., 2006).

Não obstante seus resultados favoráveis, esse modelo de atenção básica, tal como praticado, esgotou-se. Ele não dá conta de cumprir com as funções que as RASs convocam na APS, nem de sustentar as mudanças da APS preconizadas no relatório anual de 2008 da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

Não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo com as funções resolubilidade, de centro de comunicação e de responsabilização nas RASs, com uma APS que se instala em casas alugadas, que oferta serviços de baixa densidade tecnológica, que tem uma carteira de medicamentos restrita, que funciona com base em cuidados profissionais prestados por médicos e enfermeiros, que não pode oferecer o autocuidado apoiado em função da carência de equipes multiprofissionais, que apresenta sistemas de contratação de profissionais precarizados e que, em geral, não dispõe de uma gerência profissionalizada. Muito menos de tentar resolver os problemas do PSF, com uma agenda contrangida que se concentra na flexibilização do trabalho médico.

Por isso, há que se instituir um nono ciclo da APS no Brasil, o que implicará assumi-la, verdadeiramente e, não só discursivamente, como a estratégia de organização do SUS. Essa mudança paradigmática significará uma APS mais qualificada, adensada tecnologicamente, com mais recursos, com equipe multiprofissional e que, para isso, deverá ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS,

nas três instâncias federativas. E, muito importante, não será tão barata, exigindo investimentos adicionais consideráveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RASs determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários. Esses são os únicos elementos temáticos das RASs e, por isso, são considerados, por exemplo, nas organizações sanitárias integradas espanholas, como serviços de atenção especializada (VASQUEZ *et al.*, 2005). Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária ("média complexidade") e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária ("alta complexidade").

Conceitualmente, os pontos de atenção secundária e terciária são nós das RASs em que se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RASs.

A partir desse conceito pode-se concluir que os pontos de atenção à saúde não são, necessariamente, iguais a estabelecimentos de saúde. Por exemplo, um hospital, por ser uma unidade de saúde que oferta muitos produtos diferenciados, pode conter vários pontos de atenção à saúde: a unidade de terapia intensiva de neonatologia e a maternidade são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à mulher e à criança; o centro cirúrgico e as enfermarias de clínica médica são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às doenças cardiovasculares; a unidade de quimioterapia e radioterapia são pontos de atenção de uma rede de atenção às doenças oncológicas; a unidade de terapia intensiva de adultos é um ponto de atenção da rede de atenção às urgências e às emergências etc.

Conforme a natureza da rede temática de atenção à saúde, definem-se os pontos de atenção secundária e terciária: os Centros de Apoio Psicossocial (CAPSs), nas redes de atenção à saúde mental; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), nas redes de atenção à saúde bucal; as Unidades de Terapia Renal Substitutiva (TRSs), nas redes de atenção às doenças renais; o Centro de Referência de Atenção aos

Idosos, nas redes de atenção aos idosos; as maternidades nas redes de atenção às mulheres e às crianças etc.

Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais, estas últimas, podendo estar situadas no hospital ou fora dele.

Os pontos de atenção secundária ambulatorial nas redes de atenção à saúde

Há que se ressaltar que as unidades ambulatoriais, nas RASs, cumprem uma função muito distinta das unidades ambulatoriais dos sistemas fragmentados de atenção à saúde. Entender essa diferença é fundamental para a construção consequente das RASs. Isso se explica porque, nos sistemas fragmentados, os diferentes pontos de atenção secundária e terciária atuam de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem a coordenação da atenção primária à saúde.

Tome-se o exemplo dos centros ambulatoriais de atenção secundária, onde a proposta de sua integração em rede é completamente distinta de sua forma convencional de operação, nos sistemas fragmentados, como centros de especialidades médicas.

A concepção estratégica dos centros ambulatoriais de atenção secundária, como pontos de atenção secundária de uma RAS, é muito inovadora e, por isso, confronta com as ideias de senso comum que sustentam o modelo vigente dos centros de especialidades médicas. Em função da profundidade dessas mudanças é preciso estar atento a uma estratégia de implantação que permita contrapor-se à tendência inercial de apropriar-se conservadoramente dos centros ambulatoriais de atenção secundária, reduzindo-os à forma tradicional de prestação de serviços ambulatoriais por meio de centros de especialidades médicas. Essa tendência, além de sua dimensão ideológica, manifesta-se, também, nas dimensões política e econômica.

Politicamente, significa, do ponto de vista dos profissionais de saúde, uma redistribuição de poder entre os especialistas e os generalistas, o que modifica a lógica flexneriana vigente desde o início do século XX quando se deu a hegemonização do paradigma da medicina científica (MENDES, 1985); do ponto de vista dos gestores e dos prestadores de serviços do SUS, coloca a gestão dos fluxos e contrafluxos na equipe da APS, criando constrangimentos técnicos, com base em diretrizes clínicas, à livre ação das Secretarias de Saúde, dos prestadores de serviços e dos especialistas no ordenamento desses fluxos. Economicamente, incide fortemente sobre os prestadores de serviços, especialmente os especialistas, os mais bem posicionados na arena política dos sistemas de atenção à saúde, em duas vertentes: quando modelam

os centros ambulatoriais de atenção secundária a partir das evidências recolhidas nas linhas-guia e detalhadas nos protocolos clínicos, reduzindo a variabilidade dos procedimentos de atenção à saúde, um forte foco de ineficiência dos sistemas e de indução da demanda pela oferta; e quando muda o foco do planejamento da saúde, retirando-o do planejamento da oferta, muito sujeito à ação de *lobbies* de interesses mais bem estruturados, para colocá-lo nas populações beneficiárias do sistema de atenção à saúde, por meio do planejamento das necessidades de saúde.

Há que ficar claro que a proposta de RASs, por sua radicalidade, não é neutra; nela, os interesses da população, expressos por suas necessidades de saúde, sobrepõem-se aos interesses políticos, econômicos e tecnológicos dos atores sociais que estão presentes, em situação vantajosa, na arena política sanitária. Por isso, há que se concordar com Porter e Teisberg (2007) quando afirmam que a revolução nos sistemas de atenção à saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde.

A proposta de implantação dos centros ambulatoriais de atenção secundária, na perspectiva de pontos de atenção secundária de uma RAS, pode sofrer uma confrontação direta, quando constrange a liberdade de ordenamento do acesso dos gestores da saúde ou impõe limitações técnicas à ação de especialistas, ou indireta e mais sutil, quando apossando-se da ideia inovadora de centros ambulatoriais de atenção secundária, faz uma releitura da proposta transformando-a numa prática social conservadora que não agregará valor para as pessoas usuárias. Algo da ordem lampeduziana: quanto mais muda, mais é a mesma coisa.

Uma análise histórica da saúde pública brasileira mostra que os modelos dos centros de especialidades médicas surgiram na experiência do INAMPS de trazer para o seguro público brasileiro os supostos da medicina liberal gerados nos Estados Unidos. Sua forma mais acabada são os Postos de Atenção Médica (PAMs), grandes catedrais flexnerianas, de baixa efetividade e de grande ineficiência, que, até hoje, teimam em permanecer nas zonas centrais dos grandes centros urbanos brasileiros. Esses esqueletos estão aí e vêm se multiplicando com outros significantes, mas com a mesma significação indevida.

Essa matriz inampsiana vem-se reproduzindo e manifesta-se, contemporaneamente, em várias formas: os centros de especialidades médicas; as policlínicas; pequenas unidades isoladas, produtoras de cuidados especializados, como centros de ultras-sonografia ou de mamografia; e, até mesmo, médicos especialistas atendendo nos seus consultórios, como cardiologistas, nefrologistas etc. Todos esses modelos são considerados como centros de especialidades médicas.

Há diferenças inconciliáveis entre os modelos do centro de especialidades médicas e dos pontos de atenção secundária de uma RAS. As principais diferenças entre esses dois modelos estão contidas no Quadro 4.

Quadro 4: As diferenças entre os centros de especialidades médicas e os pontos de atenção secundária de uma rede

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA RAS
Planejamento da oferta	Planejamento das necessidades
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela APS
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexiste ou faz-se por referência e contra-referência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

A primeira característica diferencial dos dois modelos está na forma de planejar. Os centros de especialidades médicas funcionam com o sistema convencional da programação pactuada e integrada (PPI) que, em geral, opera o planejamento da oferta, a partir de parâmetros populacionais gerais ou de séries históricas. Isso leva à

determinação de tetos financeiros que definem uma quantidade de procedimentos a serem ofertados pelos diferentes gestores da saúde. Esse sistema de planejamento da oferta é muito sensível aos interesses dos gestores e dos prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política do sistema de atenção à saúde. No modelo de ponto de atenção secundária de uma RAS, o planejamento faz-se a partir das necessidades de saúde da população que se inscrevem nas planilhas de programação e que são parte das diferentes diretrizes clínicas.

Os centros de especialidades médicas são partes de um sistema fragmentado de atenção à saúde em que, em geral, não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção. Funciona como uma caixa preta. Chega-se, ali, diretamente ou por alguma referência, muitas vezes da APS, mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária. Em geral, não se estabelecem vínculos porque o agendamento, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Esse sistema é prenhe de retrabalho e de redundâncias, o que o torna, além de inefetivo, muito ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são resolicitados a cada atendimento. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da APS.

Os pontos de atenção secundária de uma rede são totalmente diferentes porque são parte de um sistema integrado, as RASs. Essa integração faz-se, principalmente, através de sistemas logísticos potentes. A ação combinada dos sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde) é o que garante a integração, eliminando a caixa preta e, como consequência, os retrabalhos e as redundâncias. Com isso, garante-se uma atenção à saúde efetiva, eficiente e de qualidade, inserindo, em rede, a atenção secundária e gerando sinergias no sistema.

Os centros de especialidades médicas são sistemas que permitem uma demanda aberta. Esses centros são inaugurados e, imediatamente, as pessoas usuárias começam a demandá-los, diretamente, são acolhidas e agendadas e reagendadas, bloqueando, em pouco tempo, as suas agendas. Ao contrário, os pontos de atenção secundária de uma RAS são sistemas fechados, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias, a não ser em casos de urgência e emergência ou de raras intervenções definidas nas diretrizes clínicas em que esses centros constituem os pontos de atenção do primeiro contato.

Os centros de especialidades médicas se autogovernam. Isso decorre, em parte, do seu caráter de sistema aberto, e, em parte, em função da fragmentação do sistema de atenção à saúde e da fragilidade da APS em coordenar o contínuo de

cuidados. O autogoverno, exercitado num centro de referência secundária, não tem a capacidade de garantir a continuidade da atenção e acaba por restringir as intervenções na perspectiva do cuidado especializado, sem uma visão integrada das intervenções de níveis primários e terciários. Nos pontos de atenção secundária de uma rede, o governo dos fluxos e contrafluxos das pessoas são da APS. Ninguém chegará a esses centros, à exceção dos casos de urgências e emergências, se não for referido pela APS.

Essas formas singulares de governança dos dois modelos implicam que os centros de especialidades médicas são acessados por uma central de regulação acionada pelos gestores; de outra forma, nos pontos de atenção secundária à saúde de uma RAS, o acesso regulado é realizado pelas equipes da APS diretamente.

Nos centros de especialidades médicas, conforme o próprio significante sugere, o processo de atenção está centrado no cuidado profissional e na figura do médico especialista. Como esses centros não são, como norma, pontos de atenção às urgências e às emergências, mas pontos de atenção secundária a que se chega eletivamente, eles se justificam estritamente em função da necessidade de uma atenção de maior densidade tecnológica requerida pela condição crônica de saúde de uma pessoa usuária. Há evidências de que as condições crônicas não podem ser enfrentadas, com sucesso – ainda que a atenção especializada seja fundamental – por uma atenção profissional excessivamente centrada no médico especialista. Ao contrário, o sucesso da atenção às condições crônicas depende da ação coordenada de uma equipe multiprofissional, atuando em time e sob coordenação da APS e com uma forte integração entre os especialistas e as equipes de APS, o que envolve conhecimento pessoal e trabalho clínico conjunto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Por essa razão, os pontos de atenção secundária de uma rede devem prover, de forma equilibrada, a atenção pelo especialista médico atuando em equipe com outros profissionais de saúde.

Nos centros de especialidades médicas, as decisões clínicas não são tomadas, em geral, a partir de diretrizes clínicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes serviços da RAS. Isso leva a uma enorme variabilidade de procedimentos, mesmo entre diferentes especialistas que atuam num mesmo centro, o que aumenta a complexidade do sistema de atenção à saúde e gera ações inefetivas e ineficientes. Além disso, como as relações entre os níveis de atenção não estão claramente estabelecidas, a pessoa usuária, ao chegar a um especialista, é captada por ele, de forma definitiva, o que gera uma demanda incontrolável e bloqueia as agendas dos especialistas que tendem a ser profissionais com ofertas restritas no mercado, especialmente no mercado público. O especialista, em parte também porque não

acredita na capacidade resolutiva da equipe de APS, passa a funcionar como um consultor permanente através de uma apropriação definitiva das pessoas usuárias.

Nos pontos de atenção secundária de uma RAS, as intervenções ao longo de todo o contínuo dessa rede estão bem estabelecidas em linhas-guia, construídas com base em evidências. Além disso, na modelagem desses pontos de atenção secundária devem ser elaborados os protocolos clínicos que normalizam, em detalhes, toda a carteira de serviços ofertada. Assim, ficam claros os papéis das equipes de APS em relação a cada condição de saúde e as situações em que as pessoas usuárias devem ser encaminhadas ao ponto de atenção secundária de uma RAS para uma interconsulta e sua devolução para a APS.

Os especialistas, no modelo de RASs, cumprem, em geral, o papel de interconsultor e de suporte para as ações da equipe de APS. As evidências demonstram que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas. O modelo tradicional da referência e contrarreferência não é efetivo. Alguns casos, poucos no total, identificados nas diretrizes clínicas – em geral casos de maiores riscos – devem ficar sob os cuidados definitivos da equipe da atenção especializada.

Em geral, os centros de especialidades médicas trabalham com prontuários clínicos individuais, muitas vezes em papel, e que não estão integrados em rede e, portanto, não permitem uma comunicação fluida desse nível com a APS, nem um manejo eficaz das condições crônicas. A fragmentação do prontuário clínico não permite a continuidade do cuidado. Além disso, esses prontuários são individuais, o que empobrece a visão familiar da atenção à saúde, uma proposta do SUS. Mais, não sendo eletrônicos, esses prontuários não permitem o registro das pessoas usuárias por riscos relativos a cada condição, o que fragiliza a atenção prestada e gera redundâncias e retrabalhos. Os pontos de atenção secundária de uma rede operam com prontuários eletrônicos que devem circular, concomitantemente, em todos os níveis do sistema. Esses prontuários são familiares, o que viabiliza a incorporação, nos cuidados, dos instrumentos potentes da abordagem da medicina familiar. Ademais, permitem registrar todos os portadores de uma determinada condição crônica, por riscos socioeconômicos e sanitários e enviar alertas e dar *feedbacks* aos profissionais e às pessoas usuárias. Por fim, viabilizam as comunicações, registradas formalmente, entre as equipes da atenção secundária e da APS garantindo uma comunicação adequada entre generalistas e especialistas.

Normalmente, os centros de especialidades médicas não trabalham com as ferramentas modernas da gestão da clínica. A razão é simples: não havendo a normalização dos processos de trabalho em linhas-guia e em protocolos clínicos, não

é possível utilizarem-se essas tecnologias. Já os pontos de atenção secundária de uma RAS, estruturam, a partir de linhas-guia e protocolos clínicos, pelo menos, as tecnologias de gestão da clínica em que o fundamental é a estratificação de riscos para cada condição de saúde estabelecida. Não se trabalha com gestantes, mas com gestantes de risco habitual e gestantes de alto risco; não se trabalha com hipertensão, mas com hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco. Isso é fundamental porque ajuda a organizar o sistema de atenção à saúde e melhorar a qualidade da atenção. Um ponto de atenção secundária de uma rede de cuidados das gestantes não vai atender às gestantes de risco habitual, mas somente as de alto risco.

A programação do ponto de atenção secundária de uma rede é feito na APS e, então, discutida, em oficina conjunta, com a equipe do ponto de atenção secundária. Dessa forma, cada equipe de APS sabe, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas, por tipos de intervenções, à unidade de atenção secundária.

Os centros de especialidades médicas, em geral, ocupam-se estritamente de funções assistenciais. Já os pontos de atenção secundária de uma RAS, agregam outras funções imprescindíveis. Uma função de supervisão, especialmente de apoiar as equipes de APS; uma função educacional, de participar de processos de educação permanente no ponto de atenção secundária e na APS; uma função de mobilização social, de participar das articulações dessas ações de comunicação social no âmbito regional; e uma função de pesquisa, especialmente no campo do desenvolvimento tecnológico da condição de saúde temática.

O sistema de pagamento dos centros de especialidades médicas é, em geral, realizado por procedimentos. Esse sistema de pagamento traz incentivos perversos aos prestadores, induzindo-os a produzir mais procedimentos, especialmente os de maior densidade tecnológica, para que maximizem suas rendas. Nos pontos de atenção secundária de uma RAS, o sistema de pagamento deve ser por orçamento global ou por capitação ajustada por gênero e idade, já que essas formas de pagamento invertem o sinal do incentivo e fazem com que os prestadores apliquem mais esforços nas ações de promoção, prevenção e de contenção do risco evolutivo em condições de saúde de menores riscos.

Os hospitais nas redes de atenção à saúde

Os hospitais, como integrantes de uma RAS, desempenham funções diferenciadas em relação aos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. A razão é clara: as RASs caracterizam-se pela poliarquia, o que é incompatível com hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados.

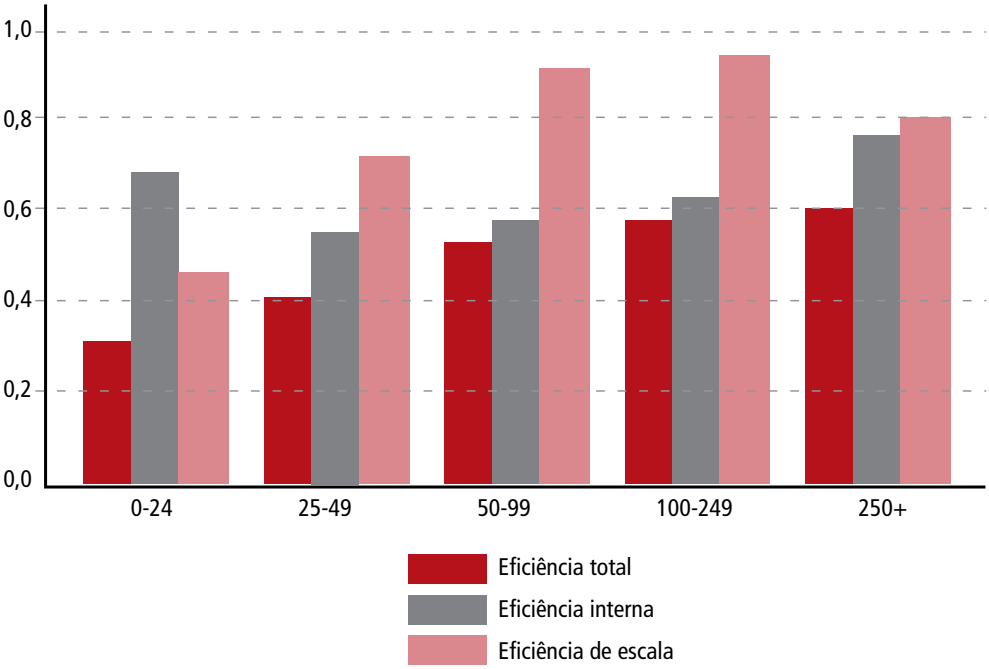
Dessa forma, os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, o hospital, na RAS, deve ser avaliado, entre outras variáveis, por sua sistemicidade, ou seja, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio.

Os hospitais, nas RASs, devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade.

O exame do parque hospitalar público do SUS mostra uma situação de ineficiência sistêmica devido ao fato de que 79,9% das unidades em funcionamento têm menos de 100 leitos, o que significa que operam com significativas deseconomias de escala (POSNETT, 2002; MENDES, 2002a).

Em Minas Gerais, um estudo feito por meio da análise envoltória de dados (DEA), conforme mostra o Gráfico 10 a seguir, mostrou que os hospitais de menos de 25 leitos apresentam uma eficiência total de apenas 0,32 e os de mais de 250 leitos uma eficiência total de 0,60. Ainda que todos os segmentos analisados operem com uma eficiência total baixa, os hospitais de pequeno porte são altamente ineficientes (ANDRADE *et al*., 2007). O que explica a ineficiência total é, sobretudo, a baixíssima eficiência de escala dos hospitais contratados pelo SUS. Estudo realizado pelo Banco Mundial, com a mesma metodologia, aplicada aos hospitais do SUS no Brasil, mostrou resultados bem próximos (La FORGIA e COUTTOLENC, 2008).

Gráfico 10: Eficiência total, de escala e interna dos hospitais do SUS em Minas Gerais, 2006



Fonte: Andrade *et al*.(2007)

Some-se, a isso, o fato de que há nos hospitais, em geral, uma relação muito estreita entre escala e qualidade. Assim pode-se afirmar que a rede hospitalar do SUS deverá passar por um processo de reengenharia para que possa operar com eficiência e qualidade, o que implicará, nos médio e longo prazos, um menor número de hospitais com um maior número médio de leitos hospitalares, adensados tecnologicamente. O que seguirá uma tendência mundial.

Com relação à qualidade, os programas de qualidade hospitalar devem ser desenvolvidos, especialmente por meio de processos de acreditação hospitalar.

Os hospitais brasileiros apresentam, em geral, deficiências qualitativas importantes. Somente 55 de 6.500 hospitais brasileiros estavam acreditados, no país, em 2003; desses, a grande maioria foi acreditada no nível 1 da Organização Nacional de Acreditação, o nível básico de acreditação. Evidências obtidas pelo Programa de Controle da Qualidade Hospitalar, em São Paulo, mostram que os hospitais acredita-

dos superam os não acreditados em indicadores de eficiência e qualidade (LaFORGIA e COUTTOLENC, 2008).

Os principais problemas relacionados com a qualidade hospitalar são: erros ou atrasos nos diagnósticos; falhas em seguir procedimentos recomendados; falhas em realizar operações e exames usando procedimentos apropriados; falhas na seleção e na prescrição de tratamentos; falhas na assistência farmacêutica; atrasos desnecessários no tratamento e no compartilhamento de resultados de exames; uso de tratamento incorreto ou impróprio; falhas no uso de procedimentos profiláticos; fragilidade dos sistemas de monitoramento, revisão e controle; problemas com equipamentos; e falta de educação permanente para os profissionais (KISIL, 2003; SAMPAIO, 2004).

Contudo, na visão integrada das RASs, como se viu no caso do controle da hipertensão arterial sistêmica relatado no Boxe 1, a qualidade hospitalar não deriva somente de seu funcionamento isolado, mas de sua inserção em redes, contribuindo, efetivamente, para gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Uma implicação importante no conceito das RASs é que o movimento de acreditação hospitalar deve evoluir, gradativamente, para uma acreditação de toda a RAS, em seu conjunto, envolvendo as unidades de atenção primária, secundária e terciária.

Outra imposição da inserção dos hospitais nas RASs será o desenvolvimento de um processo de substituição, o que supõe uma profunda reorganização dos recursos humanos, das competências, dos equipamentos e das instalações físicas, a fim de que se possa prestar a atenção hospitalar no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Ademais, a forma de gestão hospitalar, na perspectiva da inserção dessas unidades em RASs, exige que, além da gestão de meios (recursos humanos, materiais e financeiros) haja um vigoroso investimento na introdução de tecnologias de gestão da clínica, a partir do desenvolvimento e incorporação de diretrizes clínicas, construídas com base em evidências.

No Boxe 2 relata-se uma experiência de melhoria da qualidade dos hospitais do SUS no estado de Minas Gerais.

Boxe 2: O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, PRO-HOSP

Em 2003 havia uma grave crise na atenção hospitalar pública no estado de Minas Gerais que foi consignada como: "Minas tem muitos hospitais e pouca atenção hospitalar eficiente e de qualidade".

Havia no estado 593 hospitais contratados com o SUS, um total de 35.922 leitos. Isso representava uma relação de 2,35 leitos SUS por mil habitantes, uma relação média confortável. Contudo, constatou-se que apenas 17% dos hospitais tinham mais de 100 leitos; esses hospitais produziam 39% das internações; e 33% dos hospitais tinham menos de 30 leitos. A taxa média de ocupação dos hospitais do SUS situava-se num valor médio de 38%, mas era inferior a 30% nos hospitais de menos de 30 leitos. A eficiência total média dos hospitais do SUS, medida pela DEA (análise de envoltório de dados) era de 0,30 nos hospitais de menos de 25 leitos, de 0,60 nos hospitais de 100 a 250 leitos, e de 0,70 nos hospitais de mais de 250 leitos e o que explicava esses diferenciais era a eficiência de escala. 48,2% das internações dos hospitais de menos de 30 leitos eram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que significava internações evitáveis ou desnecessárias; essas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial consumiam mais de 125 milhões de reais por ano e se deviam, em maior parte, à Lei de Roemer de indução da demanda pela oferta. Havia uma grande concentração de leitos resolutivos nas cidades médias e enormes vazios assistenciais nas cidades-polo de microrregiões e macrorregiões. Dados do BNDES mostravam que os hospitais dispunham de baixíssima capacidade gerencial. Em geral, não havia programas de qualidade utilizados, rotineiramente, nos hospitais.

Esse quadro hospitalar no SUS no estado não estava bem diagnosticado. A crise era respondida por medidas tópicas destinadas a apoiar alguns poucos hospitais de maior prestígio político, por meio de convênios realizados em função de repercussões midiáticas da crise hospitalar, especialmente na Capital do estado.

O diagnóstico realizado permitiu verificar que havia um excesso de hospitais; que a relação média leito por habitante era adequada, mas que faltavam leitos com capacidade resolutiva, situados estrategicamente nas cidades-polo micro e macrorregionais; que o sistema operava com uma enorme ineficiência sistêmica, decorrente da presença relativa de hospitais de baixa escala; que as taxas de ocupação eram muito baixas; que havia diferenças regionais nos porcentuais de internação que variavam de 6 a 8% da população por ano; que havia concentração da oferta com vazios assistenciais nas microrregiões e macrorregiões do estado, o que implicava custos sociais e econômicos para as pessoas e suas famílias na demanda hospitalar; que desperdiçavam-se grande quantidade de recursos com internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; que o sistema operava com baixa capacidade gerencial; que a baixa escala dos hospitais levava a baixa qualidade dos serviços prestados; e que não havia uma política de programas de melhoria da qualidade hospitalar.

O diagnóstico levou à formatação, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2003, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, o PRO-HOSP.

Boxe 2: O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, PRO-HOSP

O PRO-HOSP foi proposto em consonância com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado que identificou quatro grandes problemas no estado que deveriam ser respondidos pela implantação de RAS: a mortalidade infantil e materna elevadas, a Rede Viva Vida; a mortalidade elevada por doenças cardiovasculares e diabetes, a Rede Hiperdia; a mortalidade elevada por causas externas, a Rede de Urgência e Emergência; e o rápido envelhecimento da população, a Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas. Cada uma dessas redes deveria articular as ações de atenção primária, secundária e terciária, de forma integrada. O PRO-HOSP é o programa que tem, como propósito geral, preparar um conjunto de hospitais socialmente necessários para dar conta de cumprir suas funções nessas quatro redes prioritárias. Isso significa que o seu foco está em hospitais-polo microrregionais, destinados à atenção secundária (média complexidade) e em hospitais-polo macrorregionais, destinados à atenção terciária (alta complexidade), em relação às quatro redes de atenção à saúde.

O PRO-HOSP foi estabelecido como uma política universal, operada republicanamente, com critérios transparentes e acessíveis a todos os hospitais enquadrados nas normativas.

Os objetivos do PRO-HOSP são: fortalecer uma rede hospitalar pública socialmente necessária; aumentar a eficiência da atenção hospitalar; adensar tecnologicamente a atenção hospitalar; superar os vazios assistenciais hospitalares; atender às pessoas em suas regiões de origem; desenvolver a capacidade gerencial dos hospitais; diminuir as diferenças regionais da oferta por meio de financiamento equitativo; e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A operacionalização desses objetivos materializa-se em diferentes estratégias: a estratégia assistencial, para superação dos vazios assistenciais relativos às redes de atenção à saúde prioritárias; a estratégia gerencial expressa na contratação de melhorias gerenciais; a estratégia clínica, a introdução da gestão da clínica nos hospitais; a estratégia econômica, o repasse de recursos financeiros aos hospitais; a estratégia redistributiva, os recursos financeiros obedecem a um valor *per capita* diretamante proporcional às necessidades de saúde regionais, de forma a discriminar positivamente as regiões mais pobres; a estratégia educacional, a oferta de curso de especialização em gestão hospitalar a diretores e funcionários de todos os hospitais; a estratégia da cooperação técnica, a mobilização de consultores e tutores, de forma horizontal e vertical; a estratégia da qualidade, a implantação gradativa da acreditação hospitalar, iniciando-se com uma meta de se atingir o nível de acreditação 1 e a instituição de um prêmio de qualidade.

A lógica convenial vigente foi substituída pelo instituto da contratualização. Há uma parceria entre o governo estadual, os governos municipais e os estabelecimentos hospitalares, públicos e privados. O governo estadual, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, faz o repasse de recursos e os hospitais se obrigam a cumprir metas gerenciais e assistenciais, definidas em contratos de gestão. O monitoramento dos contratos é feito, conjuntamente, pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde.

O PRO-HOSP atingiu, em 2010, 128 hospitais, 36 hospitais macrorregionais e 92 hospitais microrregionais, abrangendo todas as 13 microrregiões sanitárias e todas as 75 microrregiões sanitárias do estado. Os recursos aplicados no período de 2003 a 2010 superaram meio bilhão de reais. Os recursos são 40% para investimentos, 50% para custeio e 10% para melhoria da capacidade gerencial.

Boxe 2: O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais, PRO-HOSP

Uma avaliação realizada pela Fundação João Pinheiro, em relação às metas contratadas nos contratos de gestão do PRO-HOSP, mostrou os seguintes resultados em termos de metas cumpridas total ou parcialmente:

Indicadores de gestão: participação das direções hospitalares nos cursos de gestão: 98%; elaboração de plano diretor: 68%; implantação de sistemas de apropriação de custos: 71%; adesão a bancos de preços: 83%; elaboração de censo hospitalar diário: 92%; notificação compulsória de agravos: 89%; e informatização da rede: 96%.

Indicadores de processos: dispensação de medicamentos: 93%; comissão de prontuários: 81%; comissão de verificação de óbitos: 76%; controle de eventos adversos: 67%; taxas de ocupação: 64%. Indicadores de resultados: taxa de mortalidade hospitalar: 69%; e taxa de infecção hospitalar: 78%.

Além disso, foram capacitados, com especialistas em gestão hospitalar, mais de 500 técnicos dos hospitais participantes do PRO-HOSP. Está se dando desenvolvendo um programa de melhoria da qualidade do PRO-HOSP que fez, até 2010, os diagnósticos de 50% dos hopsitais. Como parte desse programa de qualidade instituiu-se o Prêmio Célio de Castro para incentivar os avanços em inovação e qualidade.

Houve um adensamento tecnológico do parque hospitalar como, por exemplo, 221 novos leitos de UTI e construção ou reforma de 50 blocos cirúrgicos.

Fontes: Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG (2003); Andrade *et al*. (2007); Fundação João Pinheiro (2007); Lima (2007); Marques *et al*. (2010)

A matriz para o desenho da estrutura operacional das redes de atenção à saúde

A conformação da estrutura operacional das RASs é feita a partir dos fluxos que estão nas linhas-guia. A utilização de uma matriz ajuda, do ponto de vista metodológico, o desenho das RASs.

Essa matriz cruza, em seu lado esquerdo, os níveis de atenção à saúde; no seu lado direito, os territórios sanitários; e, no seu centro, distribui a APS e os pontos de atenção secundária e terciária.

O Boxe 3 mostra a aplicação da matriz na Rede Viva Vida da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que pode ser aplicada a quaisquer redes temáticas de atenção à saúde.

Boxe 3: A matriz de pontos de atenção à saúde da Rede Viva Vida

A Rede Viva Vida é um projeto estruturador do governo de Minas Gerais e que tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil e materna no estado.

Essa rede surgiu das linhas-guia de atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, da atenção ao neonato e da atenção à criança.

Essas linhas-guia, construídas com base em evidências, preconizam que a gestante deve ser captada, no primeiro trimestre, pelo agente comunitário de saúde (ACS) e encaminhada à Unidade de APS para confirmação diagnóstica e classificação de risco.

Se a gestante for de risco habitual seu pré-natal será feito na Unidade de APS pela equipe do PSF. Se for de alto risco, o pré-natal será realizado, também, no Centro Viva Vida, uma unidade ambulatorial secundária de atenção especializada para mulheres e crianças, localizada no município-polo da microrregião. Se a gestante for de risco habitual, seu parto será feito na maternidade de risco habitual, localizada no município ou na sede microrregional. Se for de alto risco, o parto será realizado na maternidade de alto risco secundária, localizada na município-polo microrregional, ou na maternidade de alto risco terciária, localizada no município-polo macrorregional. As maternidades de alto risco terciária devem ter o suporte de uma casa de apoio à gestante e à puérpera.

A atenção às crianças de risco obedece à mesma lógica. A atenção ambulatorial especializada será realizada no Centro Viva Vida. A unidade de internação pediátrica secundária será localizada no hospital microrregional e a unidade pediátrica terciária no hospital macrorregional.

Assim, uma leitura atenta das linhas-guia permite fazer o desenho das RASs utilizando uma matriz que cruza os níveis e pontos de atenção à saúde e o territórios sanitários.

<table>
<tr><th>NÍVEL DE ATENÇÃO</th><th colspan="3">PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE</th><th>TERRITÓRIO SANITÁRIO</th></tr>
<tr><td>Atenção Terciária à Saúde</td><td>Maternidade de Alto risco Terciária</td><td>Casa da Gestante</td><td>Unidade de Internação Pediátrica de Nível Terciário</td><td>Macrorregião</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Atenção Secundária à Saúde</td><td>Maternidade de Alto risco Secundária</td><td>Centro Viva Vida</td><td>Unidade de Internação Pediátrica</td><td rowspan="2">Microrregião</td></tr>
<tr><td colspan="3">Maternidade de Risco Habitual</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Atenção Primária à Saúde</td><td colspan="3">UAPS / Equipe PSF</td><td>Município Área de Abrangência</td></tr>
<tr><td colspan="3">Agente Comunitário de Saúde</td><td>Microárea</td></tr>
</table>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2007a)

OS SISTEMAS DE APOIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um terceiro componente das RASs são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia).

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, assim como os pontos de atenção à saúde, quando organizados em redes, diferenciam-se da forma convencional de organizá-los, prevalecente nos sistemas fragmentados. Dois aspectos devem ser ressaltados: a forma de organização e o modelo de programação adotado.

Na perspectiva da forma de organização, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico acompanha o sistema fragmentado, e, por consequência, instituem-se de forma isolada, sem comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária e terciária. Disso resulta enorme retrabalho e redundância no sistema de atenção à saúde: uma mesma radiografia ou um mesmo exame de sangue pode ser resolicitado em cada ponto de atenção à saúde, gerando desconforto para as pessoas usuárias e desperdício econômico para o sistema. Além disso, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, nos sistemas fragmentados, costuma operar com baixa escala, o que tem implicações negativas na eficiência econômica e na qualidade dos serviços.

Estudos sobre hemodinâmica mostram que há uma relação entre o volume de procedimentos realizados e taxas de mortalidade; hospitais que fazem mais procedimentos tendem a apresentar menores taxas de mortalidade que hospitais que fazem menos procedimentos (HANNAN *et al*., 1997). Em função disso, há recomendações de volumes mínimos anuais para hemodinamicistas de 75 procedimentos de angioplastias eletivas/ano e de 400 a 500 procedimentos de angioplastias eletivas/ano por hospital (RIBEIRO, 2007).

Não é diferente no sistema de patologia clínica. A análise desse sistema no SUS evidencia uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qua-

lidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados. Sequer pode-se falar, aqui, no subfinanciamento desse sistema porque se poderia fazer muito mais com os mesmos recursos que giram em torno de 1,3 bilhão por ano.

Um estudo sobre o sistema de patologia clínica em Minas Gerais, um caso particular da situação geral brasileira, demonstra a irracionalidade desse sistema no SUS.

Em 2005, foram realizados 31.348.711 exames de patologia clínica, pelo SUS, no estado, que custaram R$ 125 milhões. Em média, realizaram-se 1,66 exames por habitante quando se considera a população total do estado, ou 2,07 exames por habitante quando se retira a população que tem plano privado de saúde; ambos os números são superiores ao padrão definido, nacionalmente, de 1,5 exames por habitante/ano. Havia 1.611 laboratórios credenciados e, consequentemente, a população média coberta para cada laboratório era inferior a 10 mil pessoas e o número médio de exames produzidos por ano era de 19.459, uma escala muito baixa para a operação de laboratórios de patologia clínica. Metade dos exames realizados eram glicemia, hemograma e rotina de urina. Menos de 1% dos laboratórios estavam em conformidade com os padrões de qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (organização geral do laboratório, cuidados com a coleta, qualidade da identificação e transporte das amostras, medidas preventivas de manutenção e calibração dos instrumentos, qualidade dos recursos humanos, critérios para a liberação dos resultados, segurança do sistema de informática, qualidade da água reagente, tratamento dado aos resíduos, medidas de biosegurança e controle da qualidade) ou participavam de programas de controle interno e externo da qualidade (COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA SESMG, 2006). Um estudo anterior, realizado na Microrregião do Alto Rio Grande, mostrou que mais de 85% dos exames realizados eram normais ou negativos, que os resultados demoravam mais de 20 dias para chegarem às unidades solicitantes e que mais de 50% não chegavam aos médicos que os haviam solicitado (NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 1998). Recentemente, nessa mesma microrregião, um diagnóstico de situação da patologia clínica, elaborado pela Faculdade de Medicina da UFMG, mostrou a seguinte situação: atuação meramente assistencial dos laboratórios; utilização de processos manuais no processamento dos exames; baixíssima produtividade; tempo de espera dos resultados muito longo; deficiente qualificação dos profissionais; laboratórios não certificados; precário controle de qualidade; ausência de indicadores de desempenho dos serviços; terceirização ou quarteirização de serviços para laboratórios de maior porte; e coleta do material e logística inadequados (DEPARTAMENTO DE PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR, 2007). A situação da coleta e da logística eram precariamente estruturados e isso determina, como se sabe, mais da metade dos problemas de qualidade na patologia clínica que se dão na fase pré-analítica.

A superação desses problemas da patologia clínica do SUS exige uma mudança radical na sua concepção e operação. O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico deve ser integrado nas RASs, como um componente transversal de todas as redes temáticas. Para isso, esse sistema deve ser construído com base nos princípios das RASs, conjugando, dialeticamente, escala, qualidade e acesso e se distribuindo, otimamente, pelos territórios locais, microrregionais e macrorregionais, de acordo com as suas densidades tecnológicas e com a disponibilidade de recursos para operá-lo.

Essa mudança tem sido implantada internacionalmente. Young & McCarthy (1999) descreveram a integração de laboratórios de patologia clínica no Legacy Health System, em Portland, nos Estados Unidos. Ali, um conjunto desarticulado de vários laboratórios, dispersos por vários hospitais e sem comunicação entre si, foram integrados como apoio às redes de atenção à saúde. Os nós críticos dos laboratórios de patologia clínica foram: a circulação dos materiais coletados, o sistema de informação, a padronização dos procedimentos e a centralização do processamento dos exames. Superados esses nós, os resultados foram muito satisfatórios, tanto em qualidade como em custos, e as razões desse sucesso foram: boa gerência, liderança na condução dos serviços, descentralização da coleta das amostras, centralização do processamento dos exames e sistema de informação adequado.

O mesmo movimento deve ser feito no SUS, como parte da implantação das RASs, para reorganizar o sistema de patologia clínica. Em geral, esse movimento de reorganização implica uma centralização das unidades de processamento, uma descentralização da coleta dos exames para todas as unidades de atenção à saúde, especialmente para as unidades de APS, e uma ligação dessas duas pontas por meio de um sistema logístico eficaz. Além disso, nos últimos anos, a dinâmica operacional dos laboratórios de patologia clínica apresentou mudanças marcadas principalmente por: automação dos processos analíticos com aumento da precisão, exatidão e segurança para a realização de exames laboratoriais; informatização dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos; ampliação da capacitação de recursos humanos (médicos, biólogos, biomédicos, bioquímicos e técnicos); necessidade de conformidade dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos com requisitos legais que passaram a regulamentar o setor; e implantação de programa de gestão da qualidade (DEPARTAMENTO DE PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR, 2007).

A centralização das unidades de processamento deve fazer-se por meio da integração horizontal dos laboratórios, com o objetivo de obter ganhos de escala, aumentando a eficiência econômica e melhorando a qualidade dos serviços. Esse processo tem sido adotado em vários países, como na Província de Alberta, no Canadá, onde foi feito, com sucesso, após um corte orçamentário de 40% no orçamento dos laboratórios (FAGG *et al*.,1999), na Itália (GARDINI *et al*., 2002) e nos Estados

Unidos (SARKOZI *et al*, 2003). Não tem sido diferente no setor privado brasileiro, onde tem-se dado um processo de concentração dos grandes laboratórios, como o Diagnóstico da América e Fleury Medicina Diagnóstica, por meio de aquisição de laboratórios médios (GAZETA MERCANTIL, 2006) e, também, no sistema público de algumas cidades brasileiras, como Curitiba.

Uma simulação realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para o ano de 2006, mostrou que o custo médio unitário do exame de patologia clínica foi de R$ 4,11; se a escala de exames passasse a 23 mil exames/ano por laboratório, esse custo unitário baixaria a R$ 2,06; se passasse a 50 mil exames/ano por laboratório, baixaria a R$ 1,90; e se escala atingisse 100 mil exames/ano por laboratório, poderia chegar a R$ 1,50. Isso significa que com o mesmo dinheiro que se gasta no SUS, aumentando a escala do processamento, poderia fazer-se duas vezes ou mais exames, de melhor qualidade e com entrega oportuna dos resultados. Esses dados levaram à formulação de uma proposta de reorganização dos laboratórios de patologia clínica no estado, inseridos nas redes de atenção à saúde e articulada nos espaços microrregionais. Ela consiste em fazer uma integração horizontal dos pequenos laboratórios num único laboratório microrregional, aumentando a escala de processamento e permitindo cumprir com os padrões de qualidade. A coleta será organizada em cada unidade de atenção à saúde, radicalizando a descentralização da coleta e facilitando a vida das pessoas usuárias do SUS. A ligação da coleta com a central de processamento se fará por meio do sistema de transporte em saúde eletivo (FREESZ, 2008).

Na perspectiva do modelo de programação vige, como decorrência da forma hegemônica de programação do SUS em geral e da programação pactuada e integrada (PPI) em particular, um sistema de programação da oferta, fortemente ancorado em séries históricas e com revisões pela via incremental.

É preciso mudar a forma de programação dos sistemas de patologia clínica. A partir de protocolos clínicos que definem como se coletam, como se transportam, como se processam e como se interpretam os diferentes exames e das planilhas de programação contidas nas linhas-guia que estabelecem parâmetros populacionais para cada tipo de exame, faz-se a programação das necessidades. Por exemplo, a linha-guia diz que cada gestante de risco habitual deverá fazer x exames durante seu período gestacional. Assim, a programação será feita multiplicando-se o número de gestantes de risco habitual registradas numa Unidade de APS por x, o que gera o total daquele exame para as gestantes daquela unidade. Assim, programação é feita a partir da população de gestantes efetivamente cadastrada na unidade de saúde e pelos profissionais da unidade.

Um bom exemplo de organização do sistema de apoio em patologia clínica é o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, relatado no Boxe 4. Esse exemplo mostra que se pode instituir um sistema de patologia clínica efetivo, de qualidade e humanizado com custos 60% inferiores aos dos sistemas tradicionais ofertados no SUS e que costumam ser inefetivos e de baixa qualidade. A razão está nos ganhos de escala, determinados pelo aumento do número de exames, em função da centralização do processamento num único laboratório municipal, juntamente com a descentralização da coleta nas unidades de saúde. É um atestado de que o sistema público de saúde brasileiro opera, em certos setores, com baixos padrões de eficiência.

Boxe 4: O sistema de patologia clínica em Curitiba

O Laboratório de Patologia Clínica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba consolidou-se em 1996, tendo sido unificado 1986 e expandido em 1993, para concentrar, numa única unidade central, o processamento de todos os exames do município.

Essa nova estrutura trouxe novos objetivos como a maior satisfação das pessoas usuárias das unidades de saúde, melhores condições de trabalho para os profissionais, obtenção de dados epidemiológicos, armazenamento de informações que se transformam em instrumentos gerenciais, ampliação da resolutividade do sistema municipal de saúde e ganhos de escala articulados com melhoria da qualidade.

O sistema de patologia clínica de Curitiba estrutura-se num desenho que concentra o processamente, descentraliza a coleta e liga essas duas pontas por meio de um logística eficaz. A coleta de exames é descentralizada em mais de 100 unidades de saúde e o processamento centralizado em um único laboratório. O deslocamento da pessoa usuária para o exame resume-se na distância entre sua residência e a unidade de saúde em que fez a consulta, geralmente localizada em seu bairro. Esse procedimento reforça, na comunidade, a ideia de que na sua unidade existe alto grau de comprometimento com a resolução dos agravos à saúde.

A coleta de exames é feita diariamente pela manhã. As unidades de saúde têm duas horas e meia, em média, para efetuarem as coletas agendadas, inclusive para a realização da curva glicêmica de dois pontos, exame que integra o protocolo de atendimento às gestantes. Todas as amostras biológicas coletadas são organizadas em sacolas plásticas, de acordo com o tipo de exame. Essas embalagens são acondicionadas em uma caixa térmica, que será recebida pelo setor de distribuição do laboratório central.

No mesmo momento em que recolhe as amostras biológicas das unidades de saúde, o motorista já entrega os insumos para a coleta da manhã seguinte. A reposição de insumos de coleta é feita diariamente pelo laboratório central que emite um relatório da quantidade de frascos de coleta utilizados no dia e monta um kit para encaminhamento na manhã seguinte pelo transporte que irá buscar os exames coletados. As amostras biológicas são identificadas por código de barras, mecanismo que permite a utilização de tubos primários e, juntamente com os interfaceamentos dos equipamentos de processamento de exames com o sistema de informática do laboratório, resulta na otimização do processamento dos exames e maior segurança na emissão de laudos.

Desde 1992, o transporte das amostras entre as unidades de saúde e o laboratório central era feito por meio de serviço terceirizado da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. A partir de 2007, esse serviço passou a ser de responsabilidade de cada um dos nove Distritos Sanitários de Curitiba.

Boxe 4: O sistema de patologia clínica em Curitiba

Com a utilização da tecnologia da informação, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba conseguiu aumentar, significativamente, a produtividade e os índices de qualidade e satisfação das pessoas usuárias do sistema por meio do desenvolvimento de um programa informatizado integrado ao prontuário eletrônico e ao *software* de controle da produção do laboratório central. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde passou a ser detentora de meios eficazes para gerenciar, em tempo real, todo o processo da assistência que presta às pessoas usuárias, na área da patologia clínica.

O processo que se inicia no prontuário eletrônico da pessoa usuária com a geração da requisição do exame, se complementa com etapas sucessivas: agendamento eletrônico da coleta; coleta de materiais, com emissão de etiquetas de identificação dos materiais por meio de código de barras; remessa eletrônica dos planos de trabalho para o sistema informatizado de produção do laboratório; e importação dos resultados liberados pelo sistema de produção laboratorial para o prontuário eletrônico da unidade de saúde. Tal nível de informatização permitiu ao laboratório minimizar o quadro de pessoal voltado ao desenvolvimento de atividades administrativas. Por outro lado, otimizou os resultados das ações desenvolvidas pela equipe técnica, apontando ganhos como: diminuição do tempo decorrido entre requisição e disponibilização de resultados diretamente na unidade de saúde geradora da requisição; eliminação da necessidade de manutenção de arquivos de laudos em papel, assim como de procedimentos relacionados à distribuição de laudos (malote e expedição); aumento da produtividade técnica; e disponibilidade permanente de banco de dados sobre todos os exames solicitados e realizados.

Atualmente, a produção do sistema de patologia clínica é de, aproximadamente, 200.000 exames por mês, distribuídos pelos setores de Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Microbiologia, Uroanálise, Hormônios, Parasitologia e Biologia Molecular. Para atender a demanda mensal de cerca de 40 mil usuários, o laboratório conta com 112 funcionários. A grande demanda permite a utilização de tecnologia de ponta na execução dos exames, com custos viáveis em relação aos valores da tabela SAI/SUS.

Em 2001, foi implantado o Sistema Integrado de Informática, Laboratório e Unidade de Saúde, *on-line*. Após a consulta médica ou de enfermagem, a coleta dos exames é agendada imediatamente. Nesse momento é impresso o Plano de Coleta de Exames, onde consta a relação de exames a serem coletados, as orientações à pessoa usuária e um número de identificação de cada tubo a ser colhido. O documento é entregue à pessoa usuária, que deverá levá-lo no dia da coleta.

O setor de distribuição do laboratório central recepciona o material e faz a triagem por departamento. Nesse momento, já estão disponíveis todos os dados da pessoa e seus respectivos exames. Nos setores que apresentam equipamentos analisadores totalmente automatizados, os tubos com amostras biológicas são colocados aleatoriamente nos aparelhos, já programados pelo sistema do interfaceamento que direcionará quais exames devem ser processados em cada tubo. Após análise dos resultados e assinatura eletrônica, os exames ficam disponíveis *on-line* na Intranet, que inclusive armazena dados de exames anteriores. Quando a pessoa usuária retornar à unidade de saúde para consulta, o médico acessa os resultados por meio desse sistema.

Boxe 4: O sistema de patologia clínica em Curitiba

Para garantir a qualidade dos serviços adotaram-se várias estratégias: treinamento de coleta e utilização do sistema de informática para os coletadores das unidades de saúde; certificação e habilitação dos profissionais envolvidos na coleta; vistoria nas unidades de saúde, onde uma equipe do laboratório central audita a atividade de coleta, verificando se os profissionais estão seguindo o procedimento operacional padrão de coleta estabelecido e repassado no treinamento; monitoramento dos erros originados na coleta por unidade de saúde para identificação dos profissionais que necessitam de reciclagem; reposição automática dos insumos de coleta para as unidades de saúde, onde a montagem do kit de insumos é realizada através da emissão de um relatório que informa a quantidade de insumos utilizados na coleta do dia; o transporte dos materiais biológicos coletados nas unidades de saúde para o laboratório é realizado em caixas térmicas com controle de temperatura, assegurando assim a qualidade das amostras; monitoramento e avaliação constante do desempenho dos equipamentos analisadores para o que são realizadas reuniões trimestrais da equipe do laboratório, juntamente com a assistência técnica dos fornecedores, com o objetivo de manter os serviços de forma contínua e eficiente e evitando desperdícios; manutenção preventiva programada dos equipamentos analisadores; participação no Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; e monitoramento da produtividade dos insumos utilizados nos equipamentos automatizados.

Um profissional do laboratório participa, como membro, da Comissão de Licitação da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Há um monitoramento dos custos reais dos exames, com a finalidade de verificar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na efetividade, maximizando a utilização dos recursos. Com esse mecanismo, identifica-se o número de repetições de exames causadas por problemas com equipamentos, técnicos ou com reagentes.

Os programas estratégicos, como DST/Aids, Tuberculose e Mãe Curitibana têm seus exames, programados nos protocolos clínicos, realizados exclusivamente no sistema de patologia clínica municipal, facilitando o acesso às informações indispensáveis para o monitoramento e atuações necessárias para o controle epidemiológico.

Os resultados do sistema de patologia clínica de Curitiba são muito positivos. A descentralização da coleta de exames nas unidades de saúde, a centralização do processamento em um único laboratório e a integração eletrônica do mesmo com as unidades de saúde, trouxe, sobretudo, a satisfação da pessoa usuária. O procedimento encurtou caminhos para as pessoas, oferecendo mais conforto, já que elas deixaram de se deslocar da unidade de saúde mais próxima de sua casa para realizar a coleta ou receber os resultados de qualquer exame de Patologia Clínica que lhe seja solicitado. Dessa forma, o sistema implantado em Curitiba vem cumprindo o seu papel no objetivo de levar a atenção no momento certo e no local certo, estabelecida pela Secretaria Municipal da Saúde. O sistema trouxe bastante agilidade, segurança, otimização no processo de trabalho.

Em 2007, foram realizados 136 tipos de exames, num total de 2.128.397 exames em 440.769 pessoas usuárias, uma média de 4,82 exames por pessoa. O custo médio do exame foi de R$ 2,51, bem inferior ao custo médio dos exames do SUS, com a oferta de uma carteira bem ampla de exames e com rigoroso controle de qualidade.

Fonte: Ito e Schneider (2008)

O sistema de assistência farmacêutica

O segundo sistema de apoio, fundamental para a organização das RASs, é o sistema de assistência farmacêutica.

O sistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. Os ciclos logísticos, bem como a farmácia clínica, devem estar apoiados pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MARIN *et al*., 2003; GOMES *et al*., 2007).

A questão da assistência farmacêutica pode ser abordada a partir de múltiplas facetas. Aqui se fixa na visão de sua microgestão, ligada à sua logística e às intervenções assistenciais e de vigilância nos níveis primário, secundário e terciário das RASs, sem considerar os aspectos das macropolíticas de medicamentos que são, também, muito relevantes.

A importância dos medicamentos na atenção à saúde é crescente, seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista sanitário.

Na Europa, entre 4% a 34% das pessoas maiores de 65 anos de idade utilizam 5 ou mais medicamentos (JUNIUS-WALKER *et al*., 2007), sem, contudo, se saber muito sobre os efeitos combinados de muitos medicamentos (NOLTE e McKEE, 2008). Boyd *et al*. (2005) mostraram que, seguindo-se as diretrizes clínicas existentes, uma mulher hipotética com 75 anos de idade, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes tipo 2, hipertensão, osteoartrite e osteoporose tomaria uma quantidade de 12 medicamentos, uma mistura que representa alto risco para a saúde dessa senhora.

Na perspectiva econômica, os gastos dos medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar. Além disso, os gastos com assistência farmacêutica são crescentes, o que decorre da conjunção de três fatores: o aumento do número de pessoas que consomem medicamentos, o aumento do número de prescrições por pessoas e o custo das prescrições que decorrem de inovações tecnológicas. Em geral, o crescimento dos gastos com assistência farmacêutica supera o incremento do Produto Interno Bruto dos países, gerando problemas de financiamento. No Canadá, o gasto com medicamentos em relação aos gastos totais de saúde subiu de 9,5% em 1985

para 17,0% em 2006. Os gastos *per capita* com medicamentos aumentaram de 735 dólares canadenses em 2005 para 773 dólares em 2006, um incremento de 5,1% muito superior à inflação. Desde 1997, entre as principais categorias de gastos em saúde, os gastos com medicamentos foram os segundo de maior volume, superados, apenas, pelos gastos hospitalares. Os gastos com medicamentos constituíram 57% dos gastos hospitalares totais e superaram, fortemente, os gastos com os médicos (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2006).

Os gastos com medicamentos, tomados numa perspectiva de futuro, tenderão a incrementar-se em função da transição demográfica. Estudos realizados na Itália mostraram que há uma concentração dos gastos com medicamentos na população de mais de 65 anos de idade; por exemplo, o grupo de 70 a 75 anos, que constitui 5% da população, é responsável por 13% dos gastos totais com medicamentos naquele país (MEANA, 2007).

Outro problema da assistência farmacêutica reside na desigualdade de acesso. No Brasil, segundo dados da Febrafarma de 2002, 15% da população com salários superiores a 10 mínimos consumiu 48% dos medicamentos, enquanto 51% da população com renda menor que 4 salários mínimos consumiu, apenas, 16% (VALENTE, 2004).

Do ponto de vista sanitário, o manejo inadequado dos medicamentos pode produzir resultados desastrosos. Nos Estados Unidos, metade das mortes causadas por intervenções do sistema de atenção à saúde foi determinada por reações adversas do uso de medicamentos, o que poderia representar até 50 mil mortes por ano (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Nesse mesmo país, o uso inadequado dos medicamentos foi responsável por 9 milhões de internações hospitalares por ano e por um gasto anual de 75 bilhões de dólares, semelhante ao que se gasta com o controle do diabetes. Na América Latina verificou-se, por meio de 644 estudos, que menos de 40% das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde foram tratadas com medicamentos, segundo padrões definidos em diretrizes clínicas (ROJAS, 2006). Em São Paulo, no período de janeiro de 2005 a março de 2006, o Núcleo de Farmacovigilância da Secretaria de Estado da Saúde recebeu, aproximadamente, 9.000 notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos (BARATA e MENDES, 2007).

Por essas razões econômicas e sanitárias, impõe-se, nas RASs, organizar o sistema de assistência farmacêutica, como um de seus sistemas transversais de apoio.

Uma boa organização do sistema de assistência farmacêutica apresenta resultados muito favoráveis, tanto na experiência internacional quanto nacional. Experiências

desenvolvidas por operadoras de planos de saúde, nos Estados Unidos, mostraram que cada dólar investido em assistência farmacêutica gerou uma economia de 6 dólares em internações hospitalares e em cirurgias (VALENTE, 2004). Resultados econômicos muito favoráveis foram observados, no Brasil, numa experiência de auxílio-medicamento de uso contínuo de uma operadora de saúde suplementar, com relação a doenças crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença pulmonar crônica e outras (BARROCA, 2004).

O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. Por isso, na construção das RASs, a organização do sistema de atenção farmacêutica deverá considerar essas duas dimensões. Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica. Há que se considerar que todas as atividades da assistência farmacêutica devem ocorrer de forma ordenada, já que uma atividade executada de forma imprópria prejudicará todas as demais atividades do sistema (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a).

Os ciclos logísticos dos medicamentos são a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição.

A seleção dos medicamentos constitui o eixo central do ciclo logístico da assistência farmacêutica e se materializa numa relação padronizada de medicamentos. A seleção tem como objetivos proporcionar ganhos terapêuticos, como a promoção do uso racional e a melhoria da resolutividade terapêutica, e econômicos, como a racionalização dos custos (MARIN *et al*., 2003). A seleção pressupõe a instituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, com caráter multidisciplinar, composta por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, farmacologistas clínicos, farmacoepidemiologistas e outros. Contudo, na perspectiva das RASs e de um de seus instrumentos de base, a gestão da clínica, o insumo fundamental para a seleção são as diretrizes clínicas que especificam os medicamentos a serem utilizados no sistema de atenção à saúde.

A programação dos medicamentos é a atividade que tem como objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, para atender às necessidades de uma população determinada, considerando-se um certo período de tempo (MARIN *et al*., 2003). Existem vários métodos de programação para medicamentos, sendo os principais a programação pelo perfil epidemiológico, pela oferta de serviços, pelo consumo histórico e pelo consumo ajustado (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997). Na perspectiva das RASs e da gestão da clínica, a programação de medicamentos faz-se pelo perfil epidemiológico e de forma ascendente. A programação dos me-

dicamentos é parte da tecnologia de gestão da condição de saúde e feita a partir da planilha de programação contida nas linhas-guia e nos protocolos clínicos, com base na estratificação dos riscos das condições de saúde de cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde, cadastrada nas unidades de saúde.

A aquisição dos medicamentos constitui um conjunto de procedimentos pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos definidos na programação, com o objetivo de disponibilizá-los em quantidade, qualidade e custo/efetividade, visando a manter a regularidade e o funcionamento do sistema de assistência farmacêutica. A aquisição dos medicamentos envolve múltiplas dimensões: a jurídica, o cumprimento das formalidades legais; a técnica, o cumprimento das especificações técnicas; a administrativa, a seleção dos fornecedores e o cumprimento dos prazos de entrega; e a financeira, a disponibilidade orçamentária e financeira, os ganhos de escala e a avaliação de mercado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a).

O armazenamento dos medicamentos constitui-se de uma série de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança, conservação e controle dos estoques. O armazenamento adequado reduz as perdas de medicamentos, garante a preservação da qualidade dos fármacos e engloba várias atividades como o cumprimento das boas práticas de armazenagem, a qualificação do recebimento dos medicamentos e o controle dos estoques (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a).

A distribuição dos medicamentos faz-se a partir da programação feita por diferentes solicitantes e tem por objetivo suprir as necessidades de medicamentos por um período determinado de tempo. Uma distribuição adequada dos medicamentos deve garantir a rapidez na entrega, a segurança, o transporte adequado e um sistema de informação e controle eficiente (MARIN *et al*., 2003).

Um segundo grande componente do sistema de assistência farmacêutica é a farmácia clínica.

Esse componente é fundamental na assistência farmacêutica. Basta verificar o crescimento da oferta de medicamentos. Em 2007, havia mais de 13 mil drogas diferentes à venda nos Estados Unidos, 16 vezes mais que a quantidade disponível 50 anos atrás. Com a quase infinita possibilidade de combinações dessas drogas, em função de diferentes condições de saúde, torna-se muito difícil prever e monitorar as interações adversas (CHRISTENSEN *et al*., 2009)

Infelizmente, o componente da farmácia clínica tem sido relegado a um segundo plano no SUS, o que determina resultados econômicos e sanitários inadequados

com relação ao uso dos medicamentos. Uma explicação para essa subvalorização da farmácia clínica pode estar no tecnicismo da prática, na formação insuficiente dos farmacêuticos nos aspectos da clínica e na consideração dos medicamentos como um bem de consumo e não como um insumo básico de saúde. Nesse sentido, Marin *et al*. (2003) afirmam que a sobrevalorização das ações de aquisição, armazenamento e distribuição e o afastamento dos farmacêuticos das outras questões que integram a assistência farmacêutica gerou, no Brasil, uma visão fragmentada da assistência farmacêutica. Mas a razão fundamental para a sobrevalorização dos ciclos logísticos farmacêuticos está numa visão equivocada que institui como objeto da assistência farmacêutica, o medicamento; contrariamente, uma proposta consequente de assistência farmacêutica desloca o seu objeto do medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde. Por outro lado, a introdução da farmácia clínica muda o papel do farmacêutico que de um profissional que lida com medicamentos, passa a ser membro de uma equipe multiprofissional de saúde, interagindo com os demais profissionais e relacionando-se com as pessoas usuárias, suas famílias e a comunidade, de forma que gere vínculos permanentes, com base no acolhimento e na humanização das práticas clínicas.

Uma visita à literatura internacional mostra que há evidências sobre os resultados positivos da introdução da farmácia clínica nos sistemas de atenção à saúde. Estudo randomizado feito para medir os efeitos da introdução do farmacêutico clínico na APS, em 208 idosos que tomavam cinco ou mais medicamentos, mostrou uma redução de prescrições inadequadas e dos efeitos adversos desses medicamentos (HANLON *et al*., 1996). Ensaio randomizado sobre o trabalho conjunto de médicos e farmacêuticos, feito em 95 adultos com hipertensão arterial, avaliou que as pessoas atendidas por esses profissionais, conjuntamente, tinham 55% de chance de alcançar as metas de controle de pressão frente a, apenas, 20% dos que receberam a atenção convencional, sem o trabalho conjunto (BODGEN *et al*., 1998). Estudo randomizado avaliou pacientes com hipertensão arterial manejado conjuntamente por médicos de APS e farmacêuticos e mostrou que esse trabalho integrado melhorou o controle da pressão arterial e reduziu os custos médios por consulta (BORENSTEIN, 1998). Ensaio randomizado com 181 portadores de insuficiência cardíaca mostrou que a introdução do farmacêutico na equipe multidisplinar determinou uma redução da mortalidade; a ação do farmacêutico envolveu avaliação da medicação, recomendações aos médicos, educação das pessoas usuárias e seguimento por chamadas telefônicas (GATTIS *et al*.1999). Documento do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, analisando o trabalho de farmacêuticos trabalhando com os médicos generalistas, concluiu que esse trabalho conjunto aumentou as revisões sobre medicamentos e assegurou que as pessoas usuárias recebessem os cuidados de que necessitavam (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Ensaio randomizado, feito no Canadá, mostrou que a introdução do farmacêutico clínico numa equipe muldisciplinar melhorou a qualidade da pres-

crição e da atenção em 80 pacientes portadores de insuficiência cardíaca (BUCCI *et al*., 2003). Estudo randomizado constatou que a integração do farmacêutico na atenção ajudou a reduzir a prescrição inapropriada, melhorou o gerenciamento da doença e aumentou a adesão ao tratamento (TAYLOR *et al*., 2003). Uma revisão da Cochrane, envolvendo mais de 40 farmacêuticos e 16 mil pacientes, mostrou que o envolvimento do farmacêutico na clínica melhorou a educação das pessoas usuárias e dos médicos (BENEY *et al*., 2004).

As evidências comprovam a necessidade da valorização relativa da farmácia clínica. Nesse sentido, vale a pena escutar a advertência de Wiedenmayer *et al*. (2006): "*Os farmacêuticos deveriam sair detrás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas pílulas. Não há futuro no simples ato de dispensar. Essa atividade pode e será feita pela Internet, máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato de o farmacêutico ter um treinamento acadêmico e agir como um profissional de saúde coloca uma obrigação sobre ele para melhor servir à comunidade de uma forma melhor do que faz atualmente*".

O componente da farmácia clínica envolve o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância.

O formulário terapêutico é o documento que reúne os medicamentos disponíveis e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico desses produtos. Esse formulário deve conter todos os medicamentos que constam de uma relação de medicamentos, agrupados por sistema ou classe farmacológica ou terapêutica, e deve conter: as informações farmacêuticas, farmacológicas e terapêuticas fundamentais para cada um dos medicamentos; as normas e os procedimentos que disciplinam a sua prescrição, dispensação e uso; e outras informações adicionais que se julgarem importantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MARIN *et al*., 2003).

A dispensação dos medicamentos objetiva garantir a entrega do medicamento correto à pessoa usuária, na dosagem e na quantidade prescrita, com instruções suficientes para o seu uso correto e seu acondicionamento, a fim de assegurar a qualidade do produto. A dispensação visa propiciar à pessoa usuária o entendimento correto da forma de utilização do medicamento. A dispensação terá as funções de informação, orientação, educação sobre os medicamentos prescritos e momentos de definição de um plano de acompanhamento com a pessoa usuária (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a). Um novo conceito de dispensação é a dispensação especial. Ele foi testado numa experiência de assistência farmacêutica em Minas Gerais, e consta de: seleção das pessoas usuárias para dispensação pelo farmacêutico, segundo prioridades de

atenção definidas (pessoas na primeira consulta com diagnóstico de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e asma; prescrições com 4 ou mais medicamentos; pacientes especiais encaminhados pelos médicos etc.); elaboração de um roteiro para dispensação em três etapas: verificação do conhecimento da pessoa usuária sobre sua doença, entendimento da pessoa usuária sobre a receita e compreensão sobre o uso dos medicamentos prescritos; e educação permanente dos farmacêuticos clínicos (GOMES *et al*., 2007; SOLER, 2008).

A adesão ao tratamento é um componente crítico da assistência farmacêutica. Documento publicado pela Organização Mundial da Saúde enfatiza múltiplos aspectos do problema da adesão ao tratamento medicamentoso: a transição epidemiológica que determina o aumento relativo das condições crônicas e o consequente incremento dos medicamentos de uso contínuo, dificultam a adesão aos tratamentos medicamentosos; nos países desenvolvidos a adesão média é de 50% e nos países em desenvolvimento esse percentual é menor; as consequências da não adesão aos tratamentos prolongados acarretam resultados sanitários insatisfatórios e aumentam os custos da atenção à saúde; a melhoria da adesão aos tratamentos medicamentosos aumenta a segurança das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde; o aumento da efetividade das intervenções sobre a adesão pode ter um impacto muito maior na saúde da população que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos; as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde devem ser ajudadas e não culpabilizadas pela não adesão aos tratamentos medicamentosos; e o trabalho multidisciplinar e a participação da família e da comunidade são importantes para a adesão aos tratamentos medicamentosos (SABATÉ, 2003). Estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que a não adesão aos tratamentos medicamentosos é responsável pelo incremento das internações hospitalares, das consultas ambulatoriais e dos atendimentos de emergência, num valor anual estimado em mais de 50 bilhões de dólares (JOHNSON e BOOTMAN, 1995). Outros estudos realizados na China, em Gâmbia e em Seichelles mostraram que, apenas, 43%, 27% e 26%, respectivamente, das pessoas usuárias, seguem os tratamentos anti-hipertensivos prescritos; na Austrália, apenas 43% dos portadores de asma utilizam a medicação todo o tempo; em portadores de HIV/aids a adesão aos agentes anti-retrovirais varia entre 37% e 83% de acordo com as drogas utilizadas (SABATÉ, 2003). A não adesão aos tratamentos medicamentosos está associada a vários fatores: fatores sociais e econômicos, fatores relacionados à equipe e ao sistema de atenção à saúde, fatores relacionados à condição da doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados às pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (GOMES *et al*, 2007).

Em função desses problemas a adesão aos tratamentos se impõe na assistência farmacêutica. A adesão, em termos mais gerais, é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar uma medicação, seguir uma dieta e/ou

adotar um novo estilo de vida – está em acordo com as recomendações dos profissionais de saúde. A adesão não deve ser vista, exclusivamente, como a adoção de uma prescrição da equipe de saúde, mas como um acordo entre a pessoa usuária e a equipe de saúde que deriva de uma relação cooperativa e horizontal entre eles (GOMES *et al*., 2007). As intervenções consensadas devem estar presentes no plano de cuidado de cada pessoa usuária. Entre as intervenções efetivas para aumentar a adesão aos tratamentos medicamentosos estão a utilização de equipes multiprofissionais, do autocuidado apoiado, dos cuidados farmacêuticos, das diretrizes clínicas, dos formulários terapêuticos, da gestão de caso em situações indicadas, dos lembretes e dos *feedbacks* e dos incentivos morais e econômicos; mas há evidências que a adesão melhora quando essas intervenções são utilizadas conjuntamente, como parte de uma prática clínica inovadora, orientada por um modelo de atenção à saúde adequado (GOMES, *et al*, 2007).

A adesão aos tratamentos medicamentosos pode envolver as seguintes atividades: identificação das pessoas usuárias com dificuldades de adesão ao tratamento; reconhecimento dos fatores de não adesão, segundo os cinco eixos principais; análise desses fatores e seleção dos pontos passíveis de intervenções efetivas; estabelecimento, em conjunto, equipe de saúde e pessoa usuária, de um plano de intervenção e de seu acompanhamento, com metas factíveis, que deve ser parte do plano de cuidado daquela pessoa; promoção de possíveis ajustes; e monitoramento periódico das metas estabelecidas (GOMES *et al*., 2007). A alfabetização sanitária tem relação direta com a não adesão aos medicamentos e, dentre as habilidades cognitivas de uma pessoa, está sua capacidade de compreender uma receita médica e de tomar os medicamentos corretamente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). Estudos revelaram que 50% dos medicamentos prescritos não são tomados corretamente pelas pessoas (DUNBAR-JACOB e SCHLENK, 2001). Para superar essa dimensão da não adesão aos tratamentos medicamentosos, tem sido proposta, com resultados favoráveis, a utilização de grupos focais de pessoas usuárias da assistência farmacêutica (JACOBSON *et al*., 2007).

A conciliação de medicamentos é um método destinado à racionalização da utilização dos medicamentos e tem como objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação quando a pessoa usuária de um sistema de atenção à saúde muda de nível de assistência. A mudança do nível de assistência, ou ponto de transição, dá-se quando ocorrem situações como internação hospitalar, transferência entre clínicas num mesmo hospital ou entre hospitais, alta para casa e atendimento hospitalar (ROSA *et al*., 2007). Contudo, na perspectiva das RASs, com a introdução da gestão da clínica que implica a estratificação dos riscos de cada condição de saúde, impõe-se uma situação adicional de ponto de transição que se dá quando a pessoa

usuária evolui de um estrato de risco para outro, independentemente de mudança do ponto de atenção à saúde.

As razões para a introdução da conciliação de medicamentos na assistência farmacêutica são várias: os pontos de transição são críticos, pois neles, costuma ocorrer um grande número de erros de medicação devido a informações incorretas como a omissão de dose, dose e posologia diferentes e vias de administração impróprias. Estimou-se que 46% a 56% dos erros de medicação em hospitais ocorreram nos pontos de transição e esses erros são considerados eventos adversos evitáveis (GOMES *et al*., 2007). Estudos mostraram que a introdução da conciliação de medicamentos nos hospitais reduz as discrepâncias entre as prescrições hospitalares e os medicamentos utilizados domiciliarmente, promovendo uma diminuição aproximada de 70% dos erros de medicação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006a).

Os passos para a implantação da conciliação de medicamentos são: organização de equipe multidisciplinar mínima, composta por médico, enfermeiro e farmacêutico, para desenvolver e monitorar a conciliação de medicamentos; padronização dos instrumentos utilizados, como os questionários para a obtenção das informações dos medicamentos utilizados pelas pessoas usuárias nos pontos de transição; definição dos responsáveis pela conciliação de medicamentos nos pontos de transição; verificação detalhada do histórico da utilização das medicações, conferindo os medicamentos, entrevistando as pessoas usuárias e os familiares, revendo os prontuários e checando as informações com médicos, enfermeiros e farmacêuticos; elaboração de listas dos medicamentos utilizados pelas pessoas usuárias domiciliarmente; implantação da conciliação de medicamentos em todos os pontos de transição da RAS; e educação permanente da equipe multiprofissional para exercitar a conciliação de medicamentos (GOMES *et al*., 2007).

A farmacovigilância refere-se à identificação e à avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, dos riscos do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde expostos a tratamentos medicamentosos específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A farmacovigilância, nas RASs, com utilização de tecnologias de gestão da clínica é parte da tecnologia de gestão das condições de saúde, no seu componente de gestão dos riscos da atenção à saúde. Um bom exemplo de farmacovigilância é dado pela Comunidade Autônoma de Cantabria, na Espanha, onde se instituiu um centro de farmacovigilância que promove: a recepção, avaliação, classificação e registro das reações adversas de medicamentos que se produzem no âmbito dos serviços de saúde daquela comunidade; a coordenação com todas as instituições de saúde da comunidade autônoma com o fim de otimizar a notificação de reações adversas de medicamentos; a operação de um módulo de informações sobre notificações

de reações adversas de medicamentos; a articulação com a Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos Sanitários; e a elaboração de documentos, informes e boletins sobre o controle das reações adversas dos medicamentos (SERVICIO CÁNTRABO DE SALUD, 2007).

Os sistemas de informação em saúde

O terceiro componente dos sistemas de apoio, nas RASs, são os sistemas de informação em saúde.

Os sistemas de informação em saúde têm sido considerados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Os sistemas de informação em saúde constituem um esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa (ABOUZAHR e BOERMA, 2005).

Os sistemas de informação em saúde compreendem: os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde.

A construção social das RASs, para ser consequente, tem de ser suportada por informações de qualidade, ofertadas por bons sistemas de informação em saúde. Informações eficazes ajudam os decisores a aperfeiçoar as suas decisões e levam à melhoria dos serviços públicos. Isso se explica porque boas informações permitem reduzir as incertezas e diminuir os riscos associados ao processo decisório. Há evidências que suportam essa afirmativa, como o caso do Reino Unido (AUDIT COMMISSION, 2008). Em relação aos países pobres há que se considerar o que dizem AbouZahr e Boerman, 2005: "*Não é porque os países são pobres que eles não podem ter boa informação; é porque eles são pobres que eles não podem prescindir delas*". Ou como, jocosa e verdadeiramente, fala Victora (2008), reportando-se a uma observação feita, há tempo, por importante farmacologista brasileiro que afirmava que não havia estatísticas sobre picadas de cobra no Brasil porque as estatísticas não existem onde as cobras vivem: "*há que levar as estatísticas para onde estão as cobras*". E as estatísticas nutrem-se de informações que devem ser levadas para onde as cobras estão.

O Boxe 5 a seguir propõe um sistema de auditagem do uso de informações nas organizações.

Boxe 5: *Checklist* sobre o uso das informações nas organizações

Nossa organização tem a informação relevante de que ela necessita?

- Como sabemos que os decisores têm as informações de que necessitam? Como selecionamos as informações que são necessárias? Estamos atuando bem ou mal ao provê-las? ☐
- Podemos fazer decisões sobre áreas geográficas baseadas em informações relativas àquelas áreas? ☐
- Nossos relatórios para as decisões dos gestores contêm informações sobre custos, tendências, opinião pública e comparadores, bem como indicadores de performance e metas? ☐
- Nós trocamos informações, segura e produtivamente, dentro de nossa organização e com nossos parceiros? ☐

A informação em nossa organização está baseada em dados de boa qualidade?

- Nas decisões mais recentes, que grau de confiança temos na qualidade dos dados que as suportaram? ☐
- Como decidimos quão acuradas e oportunas as informações devem ser? ☐

Na nossa organização as informações são bem apresentadas?

- As informações são apresentadas de modo que os decisores possam compreendê-las e interpretá-las facilmente? ☐
- Nós podemos melhorar as apresentações das informações? Os decisores dão *feedback* sobre as informações a eles apresentadas? ☐

Nossa organização tem suficiente capacidade para trabalhar com as informações?

- Há sistemas de informação adequados e capacidade para produzir boas informações? Os decisores têm capacidade para interpretar as informações? Como podemos ajudá-los a melhorar a capacidade de interpretação das informações? ☐
- Temos deficiências em analisar e apresentar as informações? Como podemos superá-las? ☐

Quanto nossa organização avalia suas informações?

- Com que frequência avaliamos se dispomos da informação certa e a usamos da melhor forma? O que temos aprendido com isso? ☐

Fonte: Audit Commission (2008)

O Brasil tem uma larga experiência com os sistemas de informação em saúde. Historicamente, começou na década de 60 e se consolidou nos anos 70, sob a forma de sistemas nacionais de informação e como parte de uma decisão estratégica do regime militar de padronizar e centralizar as estatísticas nacionais (LOUREIRO, 2003). Contudo, a existência de sistemas nacionais de saúde deve ser vista de forma positiva porque permite comparações nacionais que são valiosas para a melhoria da qualidade do sistema de atenção à saúde. Campillo (2008) considera que a existência de múltiplos sistemas de informação em saúde nas diferentes

Comunidades Autônomas da Espanha aproxima a informação em saúde daquele país de uma Torre de Babel.

Um estudo feito pela Câmara Técnica de Informação e Informática do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, nos anos 2004 e 2005, verificou a existência de 797 sistemas de informação em saúde em operação nas Secretarias Estaduais de Saúde, sendo 11 deles, de base nacional. Convencionou-se denominar de sistemas de informação de base nacional os que, por sua alta relevância, foram definidos como de utilização obrigatória em todos os estados e em todos os municípios da Federação, sendo sua base de dados consolidada e mantida pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b). Esse mesmo estudo concluiu que havia problemas nos sistemas de informação em saúde no país. Os principais foram: quantidade exagerada de sistemas; recursos humanos de baixa qualificação para operação dos sistemas; deficiências de equipamento; desconhecimento de aspectos relativos à área de informática; baixo uso das informações produzidas pelos decisores; ausência de controle de qualidade, formal ou informal; e fragilidade de mecanismos de controle da privacidade dos dados. A tudo isso, podem-se agregar as falhas na transposição de dados entre formulários, a codificação errada ou inadequada e a ausência de critérios e as fraudes.

Os sistemas de informação em saúde do SUS apresentam, pois, problemas de excessividade injustificada e de baixa qualidade, seja na precisão (validade, confiabilidade e completude), seja na atualidade, na facilidade de recuperação, na redundância e na integração. Risso (2006) sugere para a melhoria das informações em saúde, as seguintes medidas: a definição clara de cada elemento do banco de dados de forma a evidenciar ambiguidades; a padronização do uso de terminologia e classificação; o treinamento dos recursos humanos envolvidos com a informação; a melhoria da anotação das informações nos prontuários clínicos; e a manutenção e a auditoria externa.

Uma proposta fundamental, buscada na experiência internacional, e fundamental para o Brasil, é a integração dos sistemas de informação em saúde. Campillo (2008), falando da necessidade de integração dos sistemas de informação em saúde na Espanha, propõe as seguintes medidas: revisar a fundo os objetivos que devem alcançar os sistemas; homogeneizar as definições de serviços, procedimentos, variáveis e indicadores; padronizar os processos de coleta e processamento dos dados; e estabelecer uma identificação única das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Como ferramenta essencial advoga a utilização de *datawarehouses* como um armazém de dados que contém a informação integrada de uma organização, procedente de várias origens. No Brasil, a Política Nacional de Informática e Informa-

ção em Saúde, elaborada em 2004, teve como objetivo promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que possa produzir informações para os cidadãos, a gestão, os profissionais de saúde, a geração de conhecimentos e o controle social. Esse sistema integrado deverá garantir ganhos de eficiência e de qualidade, contribuindo para a melhoria da saúde da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Um grande esforço de integração das informações em saúde tem sido feito pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008). Essa rede, constituída por 21 instituições, vem buscando integrar e qualificar, nos níveis nacional e estaduais, as informações para a saúde.

Há que ressaltar que um fator fundamental para a melhoria dos sistemas de informação em saúde é a utilização dessas informações como insumos na produção cotidiana das decisões dos gestores dos sistemas de atenção à saúde, conforme sustenta a atenção à saúde baseada em evidência.

No SUS há seis sistemas de base nacional principais: o Sistema de informações de mortalidade (SIM), o Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN), o Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH SUS) e o Sistema de informação de atenção básica (SIAB). Há, além desses, outros sistemas importantes como o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (APAC) e o Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS).

O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 e dispõe de dados informatizados desde 1979. Está baseado num instrumento padronizado de coleta de dados, a Declaração de Óbito (DO). A análise das informações do SIM permite a construção e monitoramento de importantes descritores da mortalidade como a mortalidade por causas, por sexo, local de ocorrência e residência e as taxas de mortalidades infantil e materna. Há, ainda, no país, problemas de cobertura desse sistema que variou de 71,4% a 89,9% no período de 1994 a 2004 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007c). O SIM apresenta as seguintes fortalezas: a disponibilidade, a acessibilidade aos dados; a oportunidade, o tempo decorrido entre a referência dos dados e a sua disponibilidade; a consistência dos dados, a plausibilidade, baseada em parâmetros aceitáveis; a completitude, a frequência e proporção de registros não feitos no documento de coleta ou a não obtenção do dado para o seu registro; e a clareza metodológica referente às instruções dos manuais (MEIRA, 2008).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) está baseado num instrumento padronizado de coleta de dados que é a Declaração de Nascidos Vivos (DN). O número de nascidos vivos é o denominador que possibilita a constituição de indicadores voltados para a avaliação de riscos de saúde do segmento materno-infantil como a mortalidade infantil, a mortalidade materna, os nascidos vivos com baixo peso, os nascidos vivos com prematuridade, os nascidos vivos segundo idade das mães, número de consultas pré-natais realizadas para cada nascido vivo, valores do índice Apgar etc. A cobertura do SINASC, em 2004, é estimada em 90% do total de nascidos vivos no país, superando a de nascimentos registrados em cartório (RIPSA, 2008).

O Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) é alimentado pelas notificações e investigações de casos e agravos que constam de uma relação nacional de doenças de notificação compulsória. Essa relação nacional pode ser complementada por doenças de interesse estadual ou municipal. A utilização de suas informações permite a realização de diagnóstico e monitoramento de eventos ocorridos numa população, fornecendo subsídios para determinações causais dos agravos notificáveis, bem como para a elaboração do perfil da situação de saúde de uma determinada região. O SINAN está baseado em dois formulários padronizados: a ficha individual de notificação e a ficha individual de investigação. O sistema apresenta, no país, várias regiões em que o encerramento oportuno dos agravos notificados, situa-se abaixo do valor normativo de 70%.

O Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS) oferece aos gestores instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao pagamento dos procedimentos ambulatoriais. Propicia, ademais, informações para o gerenciamento de capacidade instalada e produzida, bem como dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços e permite estudos epidemiológicos relacionados à morbidade ambulatorial. O SIA SUS é importante para o estudo da oferta de serviços, englobando todos os procedimentos de atenção à saúde que não exijam internação, sendo amplamente descentralizado nos estados e municípios, além de refletir a produção mensal das unidades do SUS. O SIA SUS permite a caracterização da rede, num quadro geral de disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos, por município, região sanitária, estado ou país. O documento básico gerador do sistema é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais do SUS. Estima-se que o sistema capte e processe mais de 200 milhões de atendimentos ambulatoriais por mês (RIPSA, 2008).

O Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH SUS) foi instituído em 1976 pelo Instituto de Nacional de Previdência Social. Em 1986 foi estendido aos hospitais

filantrópicos, em 1987 aos hospitais de ensino e em 1991 aos hospitais públicos federais, estaduais e municipais. Sua concepção inicial foi para controlar custos do sistema hospitalar vinculado ao SUS, por meio de uma interpretação nacional da proposta do *diagnostic-related group* (DRG) que se implantava em países desenvolvidos. O sistema estrutura-se com base na capitação dos dados das autorizações de internações hospitalares (AIHs), através de meio magnético que são gerados no próprio hospital, por meio de programa desenvolvido pelo DATASUS e distribuído gratuitamente às unidades hospitalares. Fornece informações sobre os recursos financeiros destinados para cada hospital que integra o SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos realizados em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade, o tempo médio de permanência da pessoa usuária e a taxa de ocupação do hospital. Os seus dados são utilizados para estudos na área da vigilância em saúde (CARVALHO e EDUARDO, 1998). Estima-se que o SIH SUS reúna informações sobre 60 a 70% das internações hospitalares realizadas no país (RIPSA, 2008). O SIH SUS tem algumas limitações: a morbidade seletiva, doenças que exigiram hospitalizações e pessoas que embora necessitem não se internaram; e o sistema não identifica reinternações e transferências (MEIRA, 2008).

O Sistema de informação de atenção básica (SIAB) é um instrumento utilizado na APS prestada por meio do PSF. Ele se estrutura a partir de um processo de territorialização que envolve microáreas de ação de agentes comunitários de saúde e áreas de abrangência de equipes do PSF. O sistema pressupõe a identificação do modelo de atenção à saúde, praticado em cada local. O SIAB está dirigido a coletar, agregar e processar informações sobre a população adscrita à APS. São instrumentos de coleta de dados: o cadastramento das famílias; o acompanhamento das gestantes; o acompanhamento dos portadores de hipertensão; o acompanhamento dos portadores de diabetes; o acompanhamento dos portadores de tuberculose; o acompanhamento dos portadores de hanseníase; o acompanhamento das crianças; e o registro das atividades, dos procedimentos e das notificações. São instrumentos de consolidação dos dados: os relatórios consolidados anuais das famílias cadastradas; o relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias; e os relatórios de produção e marcadores para avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A eficácia de alguns desses sistemas de informação em saúde, especialmente os ligados à produção de serviços, é potencializada pela introdução de sistemas logísticos potentes como os prontuários clínicos.

OS SISTEMAS LOGÍSTICOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes.

Os sistemas logísticos, nas RASs, estão ligados ao conceito de integração vertical. A integração vertical refere-se à combinação, numa mesma organização ou numa aliança interorganizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra (DOWLING, 1997). Os fatores motivadores da integração vertical são a superação da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, a obtenção de menores custos de transação no sistema e o aumento da produtividade pela utilização ótima dos recursos comuns.

A integração vertical está referida pelo conceito de cadeia de valor que representa a sequência de processos de produção interrelacionados, dos mais básicos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços, até a distribuição dos serviços ao consumidor final. O conceito econômico de cadeia de valor é interpretado nos sistemas de atenção à saúde como o contínuo de cuidados.

Nas RASs, a integração vertical, ainda que se possa dar pela formação de uma entidade única de propriedade, consiste, fundamentalmente, em comunicar os diferentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, de diferentes prestadores de serviços, por meio de sistemas logísticos potentes, com o objetivo de se obter uma atenção à saúde coordenada no contínuo de cuidados.

Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas RASs por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação. Há uma percepção crescente de que é necessário investir fortemente em tecnologias de informação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Isso foi percebido nos Estados Unidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001), no Canadá, na Noruega, na Dinamarca, no Reino Unido, na Nova Zelândia, na Austrália (CANADÁ HEALTH INFOWAY, 2006) e na África do Sul (SHAW, 2005). O programa de governo do Presidente norte-americano Barak Obama incluiu uma política de melhorar a qualidade da função de compra de serviços de saúde pelo uso extensivo de prontuários clínicos eletrônicos, com um investimento de 10 bilhões de dólares por ano, em cinco anos (CAREY *et al*., 2009).

Os principais sistemas logísticos das RASs são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

O cartão de identificação das pessoas usuárias

O cartão de identificação das pessoas usuárias é o instrumento que permite alocar um número de identidade único a cada pessoa que utiliza o sistema de atenção à saúde.

O cartão de identificação das pessoas usuárias pode ser simplesmente um cartão com um número único, para uma região ou para um país, ou um cartão inteligente, com capacidade de armazenamento de informações. Certamente, os recursos tecnológicos e os custos dos sistemas definirão as possibilidades de uma ou de outra solução, em cada realidade singular. O fundamental é que o cartão permita a identificação inequívoca de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde ou sistemas de apoio das RASs, em todo o território de abrangência dessas redes e, até mesmo, em locais fora dessa abrangência, suportados pelas possibilidades da portabilidade de direitos sanitários interregionais que são garantidos em alguns sistemas de atenção à saúde, dentre eles, o SUS. É interessante que esse cartão permita identificar o território de residência e as famílias das pessoas usuárias.

No SUS, há uma proposta de cartão de identificação das pessoas usuárias que é o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS à pessoa usuária, ao profissional que os realizou e, também, à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de pessoas usuárias, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, as pessoas usuárias do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. Toda vez que acontece um atendimento em um estabelecimento público de saúde ele é registrado por meio do cartão da pessoa usuária no banco de dados do SUS. Todos os prontuários de pessoas usuárias ficam disponíveis na rede do sistema; dessa forma, mesmo que o atendimento seja feito em outros estabelecimentos e até mesmo em outros estados, o sistema é atualizado e é possível que o profissional de saúde saiba o que já foi feito. A integração do sistema de atenção à saúde é muito importante porque possibilita a emissão de um histórico confiável do paciente, fundamental para orientar o profissional de saúde, bem como para diminuir a possibilidade de fraudes, uma vez que quando é feito um atendimento ou um pedido de medicamento, deve-se indicar para quem eles foram destinados.

O Cartão Nacional de Saúde, do ponto de vista de tecnologia, está baseado em cinco componentes principais: os cartões de identificação das pessoas usuárias e profissionais; os terminais de atendimento e os equipamentos para armazenamento e tratamento da base de dados, os servidores; os *softwares*; a rede de comunicação; e os aspectos de segurança. Na concepção do projeto do Cartão Nacional de Saúde, a questão da segurança na capitação, transmissão e armazenamento das informações teve grande importância. Por essa razão, como parte da arquitetura do sistema, foi definida uma política de segurança que abrangeu os requisitos de privacidade, autenticidade, integridade, controle de acesso e auditoria de dados de saúde, vinculados ao sistema do cartão. A partir do cadastramento e da emissão do cartão, seria possível identificar a pessoa usuária em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar a sua evolução dentro do sistema, com efeitos na atenção individual e no planejamento das ações de saúde. Contudo, um projeto-piloto, feito em 44 municípios, não permitiu superar os problemas de concepção e de implementação da proposta (VASCONCELOS, 2005).

Há que se reconhecer que o projeto do Cartão Nacional de Saúde não produziu os resultados que se imaginavam, não obstante o dispêndio significativo de esforços e de grande quantidade de recursos financeiros. Em dezembro de 2006, havia 122 milhões de pessoas cadastradas, o que representava 68,9% da população brasileira total. Destes, foram validados aproximadamente 100 milhões de cadastros e emitidos apenas 23 milhões de cartões, o que correspondia a 27% das pessoas cadastradas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007d).

Por isso, há quem tenha dúvidas da viabilidade de um cartão único de identificação nacional, ainda que um número único seja uma exigência num sistema público que garanta a portabilidade de direitos sanitários entre os municípios e entre os estados. A experiência mostra que há vários municípios brasileiros que desenvolveram uma solução local para a identificação das pessoas usuárias que parece funcionar, como é o caso de Curitiba. Nesse município, a Secretaria Municipal de Saúde implantou um cartão de identificação das pessoas usuárias há há mais de 10 anos e que opera bem, o Cartão Qualidade-Saúde (SCHNEIDER *et al*., 2001; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Os prontuários clínicos

Os prontuários clínicos são definidos pelo Conselho Federal de Medicina (2002a) como um "*documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo*". O prontuário clínico não

pertence ao médico, aos outros profissionais de saúde ou à instituição que oferta os serviços; ele constitui um instrumento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, a pessoa usuária e o serviço de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2008).

Além de sua função comunicacional, os prontuários clínicos são utilizados como ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias. Os prontuários clínicos são um elemento fundamental na gestão da atenção à saúde vez que, dele, derivam fluxos importantes para alimentar os sistemas de informação em saúde, os bancos de dados e de conhecimentos, a pesquisa científica, a teleassistência, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira. Na gestão da clínica, os prontuários eletrônicos são fundamentais para permitir o registro das pessoas usuárias por subpopulações estratificadas por riscos e para emitir alertas e dar *feedbacks* aos profissionais de saúde e às pessoas.

Os prontuários clínicos podem se apresentar em versões de papel e eletrônica.

Ainda que o prontuário clínico em papel apresente algumas vantagens, suas desvantagens são claras, como: não é acessível à distância; só pode estar em um único lugar a cada tempo; pesquisa lenta; é sempre acumulativo, tem-se a história, mas não o resumo até o presente estado; os sistemas administrativos como faturamento e agendamento requerem esforço manual de integração; surgimento de vários prontuários em vários pontos de atenção à saúde para a mesma pessoa usuária, implicando problemas logísticos no manuseio dos prontuários; e informação nem sempre armazenada de forma consistente e uniforme (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2000).

Para Porter e Teisberg (2007) os prontuários clínicos eletrônicos são indispensáveis do ponto de vista de gerar valor à saúde, pelas seguintes razões: reduzem o custo das transações e eliminam papel; reduzem os custos de manter registros completos de todas as ações tomadas a favor da pessoa usuária e de todas as instalações utilizadas; tornam as informações sobre as pessoas usuárias instantaneamente disponíveis para os profissionais de saúde; permitem o compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e instituições para melhorar a tomada de decisões; facilitam a geração de informações das pessoas usuárias através dos episódios e do tempo; integram as ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde; e criam uma plataforma de informações da qual podem se extrair resultados de prestadores e métricas de experiências, a um custo mais baixo do que em planilhas em papel.

O Quadro 5 mostra as diferenças entre os prontuários clínicos sem informatização e com informatização.

Quadro 5: Diferenças entre os prontuários clínicos com e sem informatização

SEM INFORMATIZAÇÃO	COM INFORMATIZAÇÃO
Sem gerência da informação	Com gerência da informação
Memorização da informação para a tomada das decisões	Ferramentas interativas para a tomada das decisões
Ações probabilísticas	Tomadas das decisões científicas
Ações individuais	Ações com utilização das diretrizes clínicas
22% a 38% das informações das pessoas usuárias não disponíveis	Informações completas, relevantes e instantâneas
Dificuldade de compartilhamento das informações	Compartilhamento e interoperacionalidade das informações

Fonte: Departamento de Informática em Saúde (2000)

Vem-se consolidando uma posição de que os prontuários clínicos devem ser informatizados, uma vez que a introdução de tecnologias de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde. Nos Estados Unidos foi proposta a eliminação dos prontuários em papel em uma década (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Mesmo em países em desenvolvimento, impõe-se a implantação de prontuários eletrônicos porque essa ferramenta, certamente, constitui uma tecnologia de ruptura que permite queimar etapas no desenvolvimento gerencial e clínico dos sistemas de atenção à saúde. É o que se constatou no município de Janaúba, em Minas Gerais, localizado numa das regiões mais pobres do estado (ALBUQUERQUE, 2008).

Os prontuários clínicos são instrumentos fundamentais para a organização do processo decisório clínico, vez que padronizam a informação de saúde que é heterogênea, inerentemente produzida, complexa e pouco estruturada. Essa padronização permite reduzir a complexidade e produzir decisões mais eficientes e efetivas.

O prontuário eletrônico é um conjunto de dados de saúde, armazenados em meio eletrônico e agregados pelo identificador unívoco da pessoa usuária. Idealmente esse conjunto de dados deveria representar o registro dos eventos relacionados à saúde da pessoa, do nascimento até a morte (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2000).

Os prontuários clínicos devem incorporar diferentes dimensões informacionais: narrativas, como a história clínica; textos: abreviaturas e frases telegráficas, como pressão arterial; medidas, como sinais vitais, exames físicos e exames laboratoriais; imagens geradas por aparelhos, como radiografias e ultrassonografias; e outras, como desenhos e vocabulário local. A estrutura dos prontuários clínicos deve propiciar a tomada de decisões que envolvam: símbolos, caracteres armazenados num meio; dados, observações registradas; informações, dados organizados e analisados; conhecimentos, interpretação das informações; e sabedoria, integração do conhecimento numa visão funcional do mundo real (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2000).

Os prontuários eletrônicos únicos podem ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde. Os registros eletrônicos de saúde são sistemas de centralização dos dados sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, organizados a partir da identificação dessas pessoas, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados.

No Reino Unido, os prontuários clínicos eletrônicos foram definidos, de forma restrita, com informações temporárias registradas em um único ponto de atenção à saúde (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2005), mas não há concordância sobre a diferenciação entre prontuário clínico eletrônico e registro eletrônico de saúde (CANADÁ HEALTH INFOWAY, 2006), ainda que os primeiros possam estar mais articulados com o monitoramento e pesquisa da saúde de populações e, não somente de indivíduos (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

Uma proposta de um registro eletrônico padronizado está sendo desenvolvida no Canadá. Na visão canadense, os registros eletrônicos únicos contribuem para reduzir as listas de espera, aumentar a participação das pessoas usuárias na atenção à saúde, dar mais eficiência ao manejo das condições crônicas e reduzir os efeitos adversos dos medicamentos. Esse registro deve ser construído a partir de padrões consistentes, deve permitir uma interoperacionalidade dentro e entre diferentes jurisdições sanitárias, deve catalizar o desenvolvimento de novas info-estruturas e deve assegurar os mesmos padrões de qualidade. Dessa forma, o registro eletrônico padronizado facilitará a troca de informações clínicas ao longo do contínuo de atenção, garantirá a privacidade e a confidencialidade das informações, permitirá a identificação das pessoas usuárias, integrará a história clínica com diagnóstico de imagens, resultados de exames, procedimentos de assistência farmacêutica, exames de análises clínicas, histórico de procedimentos preventivos, os diagnósticos e a evolução da condição de saúde. Esse registro eletrônico estará acessível em todos os pontos de atenção à saúde das RASs de maneira que possa ser, com as restrições definidas, acessado pelos diferentes prestadores de serviços e pelas próprias pessoas usuárias. Estima-se

que a introdução do registro eletrônico padronizado no Canadá representará uma economia de 1 a 1,9 bilhão de dólares anuais somente pela eliminação de testes múltiplos desnecessários e promoverá uma redução significativa das reações adversas de medicamentos (CANADA HEALTH INFOWAY, 2006).

Os elementos fundamentais de um prontuário clínico são: o seu escopo, definido pela identificação da pessoa usuária, pela anamnese, pelo exame físico, pelos exames complementares, pelo diagnóstico ou hipótese diagnóstica, pelo plano de cuidados, pelas intervenções promocionais, preventivas e curativas realizadas, pelas receitas eletrônicas e pelo registro da evolução clínica; a integração comunicacional de todos os pontos de atenção à saúde das RASs e, deles, com os recursos comunitários; o empoderamento das pessoa usuárias para as ações de autocuidado; a viabilização de uma atenção à saúde mais segura, reduzindo os erros médicos e as reações adversas de medicamentos; a maior eficiência da atenção à saúde pela redução da duplicação de procedimentos em vários pontos de atenção à saúde; o manejo mais efetivo de portadores de condições crônicas persistentes; a incorporação dos requisitos de auditabilidade e segurança; a incorporação do requisito de padronização, ou seja, que os dados possam ser codificados, classificados e analisados; a incorporação de instrumentos de apoio às decisões clínicas como algoritmos decisórios provindos de diretrizes clínicas baseadas em evidências, guias de medicamentos, lembretes e alertas para os profissionais de saúde; o módulo gerencial composto por controle de estoque, compras, faturamento e controle patrimonial; a formatação de relatórios clínicos e gerenciais a serem periodicamente emitidos; e em RASs territorializadas, o geoprocessamento dos dados (SHIMAZAKI, 2008).

As características fundamentais dos prontuários clínicos são a privacidade, a confidencialidade e a segurança das informações. Informações equivocadas ou incorretas podem ocasionar um grande estrago, determinando transtornos para as pessoas usuárias, nos planos individual e coletivo, e desrespeitando os direitos de cidadania. Além disso, quebram-se as relações de vínculo, fundamentadas pela ética, e se põe em risco a confiabilidade do sistema de atenção à saúde. E pode gerar sanções éticas, penais ou civis (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007c).

Os prontuários clínicos, em geral, são individuais. Mas para instituições que se baseiam na saúde da família, como é o caso do SUS, esses prontuários devem ser familiares. Na prática, isso significa que a unidade de registro é a família, com seus membros, e que a formatação do prontuário deve incorporar ferramentas de abordagem familiar como o genograma, a classificação de riscos familiares etc.

Uma das funções essenciais dos prontuários eletrônicos, no manejo das condições crônicas, é gerar um registro de cada condição estabelecida por graus de

riscos, envolvendo todos os usários portadores dessas condições singulares. O registro de uma condição de saúde é uma lista de pessoas portadoras dessa condição com informações clínicas de modo a permitir a melhoria da atenção e a propiciar o monitomento da atenção (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Ou seja, o registro de uma condição é uma lista de uma subpopulação portadora de determinada condição crônica, subdividida por riscos e com a anotação das principais intervenções que devem ser realizadas e monitoradas. Assim, um bom registro deve identificar as subpopulações portadoras de condições crônicas; permitir acompanhar os indivíduos e grupos com essas condições crônicas; permitir emitir lembretes e dar *feedbacks* para as equipes de saúde e para as pessoas usuárias; e tornar possível uma extração eficiente de dados-chave, especialmente para o monitoramento dos planos de cuidado. Esses registros devem: ser simples de usar; ser desenhados de forma a ter uma entrada fácil dos dados; permitir organizar os dados por subpopulações de riscos; produzir relatórios de forma rápida; prover sumários para serem utilizados nos atendimentos pela equipes de saúde; gerar lembretes e alertas para a equipe de saúde; ser utilizáveis para quaisquer condições crônicas; contar somente os dados necessários para o manejo das condições crônicas; não requerer habilidades de computação muito elevadas; não ser contaminados por informações não clínicas; e ter como papel principal orientar a atenção e permitir o monitoramento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Os registros dos usários por condições crônicas podem se classificados em quatro categorias: Categoria D: não há registro; Categoria C: há um registro em papel ou eletrônico, mas se limita ao nome do usuário, diagnóstico, informação sobre contato e data da última visita; Categoria B: há um registro eletrônico que permite os profissionais de saúde buscar dados e fazer perguntas sobre as pessoas usuárias; Categoria A: há um registro eletrônico que está integrado com o prontuário clínico e com as diretrizes clínicas e que permite prover lembretes e alertas (WHITE, 1999).

Um bom registro de portadores de condições crônicas permite tornar a prática clínica mais proativa, monitorar as pessoas usuárias, estabelecer boa comunicação com elas e manejar melhor suas condições de saúde. Por exemplo, um registro de portadores de diabetes que lista os nomes de todas as pessoas com essa doença, estratificadas por riscos, suas medidas clínicas-chave, permite, rapidamente, identificar: as pessoas usuárias que necessitam de um contato pessoal ou por telefone; quais pessoas usuárias devem ter um monitoramento da hemoglobina glicada (por exemplo, relacionar todos as pessoas com hemoglobina glicada superior a 7%); as pessoas usuárias com fatores de risco (por exemplo, relacionar todos os tabagistas); as pessoas usuárias com exame oftalmológico em dia; as pessoas usuárias com crontrole lipídico; as pessoas usuárias com pressão arterial controlada; as pessoas usuárias com exames de rotina dos pés; e o estado das metas de autocuidado. Além disso,

esses registros devem permitir a produção de relatórios para cada pessoa usuária ou por grupos de pessoas usuárias, incluindo a apresentação de gráficos por períodos de tempo. Já um registro para hipertensão arterial deve prover informações sobre o controle da pressão arterial, o controle lipídico, os medicamentos utilizados, o controle do peso e o estado das metas de autocuidado (OLDHAM e MAUNDER, 1999).

A construção dos registros de condições de saúde é um processo que envolve: identificar a população total de responsabilidade do sistema de atenção à saúde; dividir essa população total em subpopulações por riscos; estabelecer metas para as diferentes subpopulações; com base na literatura, estabelecer as intervenções de efetividade comprovada para cada subpopulação de risco; avaliar a brecha entre as invervenções ideais e as intervenções realmente ofertadas; programar as intervenções a serem ofertadas; monitorar, por subpopulações, as intervenções e as metas definidas; definir as fontes, a periodicidade e a responsabilidade da produção das informações a serem monitoradas; compilar os dados das diferentes fontes de informação; analisar essas informações e apresentá-las de forma amigável para os seus diferentes utilizadores; criar mecanismos de *feedbacks*, alertas e lembretes para os profissionais de saúde; criar sumários clínicos para serem usados, pelos profissionais, nos diferentes tipos de cuidado; automatizar o processo; garantir a atualização constante das informações; e promover a educação dos profissionais para o uso do registro (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Há evidências de que os registros de condições de saúde funcionam por várias razões: porque não é possível prestar uma atenção baseada na população sem essa ferramenta; porque garantem um atenção de melhor qualidade às condições crônicas; porque aumentam a satisfação das pessoas usuárias com a atenção recebida; porque, sem os registros das condições de saúde, há uma tendência a subestimar os portadores de condições crônicas e a superestimar as medidas de desempenho clínico; porque provêem um sumário do estado clínico facilitando as intervenções profissionais; porque eles mostram o histórico da atenção, produzem alertas sobre o que deve ser feito e permitem planejar a atenção futura; porque sua implementação é simples e se faz com ganhos de escala na medida em que aumenta o número de pessoas usuárias registradas (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Para que os prontuários clínicos sejam implantados haverá que se investir na criação de uma info-estrutura adequada, o que envolverá investimentos em *hardwares* e em sistemas de conexão de redes informáticas. É fundamental que sejam desenvolvidos incentivos para a adoção e uso dos prontuários eletrônicos, o que exigirá um realinhamento dos incentivos morais e econômicos aos profissionais de saúde para que isso possa ocorrer (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

Há evidências de que os prontuários clínicos eletrônicos melhoram a divisão de trabalho entre diferentes prestadores, reduzem a redundância de procedimentos, melhoram o diagnóstico e o plano de cuidado (WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED SERVICES, 2001). Há, também, evidências de que nas situações de saúde com forte hegemonia de condições crônicas, os prontuários clínicos eletrônicos e os registros das condições crônicas são elementos importantes para a melhoria da: adesão dos profissionais de saúde às diretrizes clínicas (HUNT *et al*., 1998; GARG *et al*., 2005; KAWAMOTO *et al*., 2005; GLASGOW *et al*., 2008); qualidade da atenção (RENDERS *et al*, 2004; SINGH 2005a); dos resultados clínicos (WAGNER, 1998, RENDERS *et al*., 2004; SINGH, 2005a; TIRNEY *et al*., 2005; GLASGOW *et al*., 2008); o controle do diabetes (GODHDES *et al*., 1996; NEWTON *et al*., 1999; SADUR *et al*., 1999; STROEBEL *et al*., 2002; MEIGS *et al*., 2003; BENEDETTI *et al*., 2004); do controle das doenças cardiovasculares (CHD COLLABORATIVES, 2007); do controle da asma (McCOWAN *et al*., 2001), do controle da depressão (SAUNDERS *et al*., 1998; SIMON *et al*., 2000); e da atenção às pessoas idosas (MONANE *et al*.,1998). Além disso, permitem diminuir os atendimentos na atenção primária à saúde (ZHOU *et al*., 2007).

Recentemente têm sido introduzidos os prontuários eletrônicos pessoais que não são operacionalizados por um sistema institucional de saúde. Esses prontuários eletrônicos coletam dados de todos os provedores de serviços, transferindo o seu controle para as pessoas usuárias. Esses prontuários pessoais diferem dos prontuários institucionais proprietários que não são portáteis, nem interoperáveis. As pessoas usuárias podem levá-los aonde quer que vão. A Microsoft e a Google lançaram novas ferramentas inovadoras de prontuários eletrônicos pessoais, como a Docvia, que podem possibilitar às pessoas de qualquer parte do mundo administrar a sua própria saúde utilizando a Internet ou os seus telefones celulares, por menos de dez centavos o encontro (CHRISTENSEN *et al*., 2009).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do

acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde podem ser operados em módulos, como o módulo de regulação de internações hospitalares eletivas, o módulo de regulação internações de urgência e emergência, o módulo de regulação de consultas e exames especializados, o módulo de cadastro dos estabelecimentos de saúde e outros. Para isso, tem de ter bem estabelecido um perfil de oferta de serviços, o que é feito por um cadastro dos serviços que constituem uma rede de atenção à saúde.

Nas redes de atenção à saúde de base territorial, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde devem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de um *software* de regulação e de uma infovia necessária para sua operacionalização. A implantação dos sistemas de acesso regulado à atenção à saúde pode se dar através de etapas de implantação: o mapeamento dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, a construção de base de dados, a integração dos sistemas, a capacitação operacional dos atores envolvidos e o monitoramento operacional.

A regulação do acesso à atenção à saúde dá-se por meio de uma solicitação de um gestor ou de serviço demandante a uma central de regulação que opera com um *software* eletrônico e que agenda o serviço num prestador adequado para o atendimento pronto e de qualidade à pessoa usuária, em conformidade com os fluxos de atenção previamente definidos.

Nas RASs, construídas com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, os acessos interníveis para os procedimentos eletivos serão regulados, principalmente, por esse nível de atenção à saúde, articulados com centrais de agendamento eletrônico.

No SUS, há uma diferenciação entre regulação assistencial e regulação do acesso. A regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles e a regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independente-

mente de pactuação prévia estabelecida na programação pactuada e integrada e da disponibilidade de recursos financeiros (Ministério da Saúde, 2006a).

Para operar a regulação do acesso à atenção à saúde são instituídos complexos reguladores que consistem na articulação e na integração de centrais de atenção a internações de urgência e emergência ou eletivas, a consultas e a serviços especializados e a sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, com base em protocolos de atenção à saúde. A operação dos complexos reguladores, no que concerne às transferências intermunicipais, pode ser feita de três formas: pelo gestor estadual, que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador; pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador quando estiver com a gestão estadual; ou pelo gestor municipal, com co-gestão do estado e representação dos municípios da região (Ministério da Saúde, 2006a).

A central de regulação deve operar com protocolos de atendimento e, em alguns casos, com opinião de médico regulador, disponível no sistema 24 horas por dia. Esse regulador pode intervir no agendamento de consultas e exames especializados e em situações de urgências e emergências. Sua função é checar as evidências clínicas do caso, encaminhar a pessoa usuária a um serviço adequado a fim de garantir a melhor opção de atenção possível. A efetividade desse agente regulador aumenta quando o sistema mantiver, em cada serviço de maior importância relativa na rede de atenção à saúde, um profissional de saúde qualificado que fará a auditoria concomitante do caso.

Os sistemas informatizados do complexo regulador devem ter os seguintes objetivos: tornar transparente os recursos de saúde para a população própria e referenciada; viabilizar a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e os municípios; permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na programação pactuada e integrada (PPI) e o cumprimento dos termos de garantia de acesso; e permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

As funcionalidades gerais de um sistema de regulação do acesso à atenção à saúde abrangem: permitir o controle de acesso das pessoas usuárias ao sistema informatizado, especialmente pelas equipes de atenção primária à saúde; configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza de executante ou solicitante, à oferta e à complexidade da mesma; configurar a programação pactuada e integrada (PPI) para a população própria e referenciada, sua validade e

controle financeiro; configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro; permitir a hierarquização entre as centrais de regulação; interagir com outros bancos de dados do SUS; gerar arquivos para base de dados nacionais; e gerar relatórios operacionais e gerenciais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007d).

Os três sistemas logísticos mencionados – cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico e sistema de acesso regulado à atenção à saúde – podem, em determinados desenhos operacionais, estar integrados num sistema único, como ocorre na Comunidade Autônoma de Andalúcia, na Espanha (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Os sistemas de transporte em saúde

Os sistemas de transportes em saúde têm como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas RASs. Esses sistemas devem transportar as pessoas usuárias em busca de atenção à saúde, mas, também, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde.

Os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas transversais a todas as RASs, imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os sistemas de transporte em saúde estruturam-se em diferentes subsistemas: o subsistema de transporte em saúde de pessoas, o subsistema de transporte em saúde de material biológico e o subsistema de transporte em saúde de resíduos dos serviços de saúde. Por sua vez, esses subsistemas podem organizar-se em módulos de transporte em saúde.

O subsistema de transporte em saúde de pessoas destina-se às pessoas usuárias que demandam os serviços de saúde com incapacidade física e/ou econômica de deslocarem-se por meios ordinários de transporte. Esse subsistema está restrito aos deslocamentos por causas clínicas e funcionais (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). Portanto, há duas razões principais para o transporte em saúde de pessoas: a incapacidade de ambular em função de determinações clínicas e/ou funcionais ou a impossibilidade financeira de sustentar os custos de transporte para acessar os serviços de saúde.

A questão do transporte em saúde de pessoas é central no acesso aos serviços prestados nas RASs, sendo considerada uma das principais barreiras ao acesso das

pessoas usuárias aos serviços. Como se viu anteriormente, na discussão dos fundamentos das RASs, o acesso aos serviços é fortemente influenciado por custos de oportunidade, especialmente nas situações eletivas. Por isso, se se agregar aos custos de oportunidade, normalmente altos, os custos econômicos do transporte, o acesso será muito prejudicado.

A importância dos sistemas de transporte em saúde de pessoas tem sido considerada com prioridade em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, estudo feito com beneficiários do Medicaid mostrou que o acesso aos serviços preventivos de menores de 20 anos foi menor naquelas famílias que tinham dificuldades em suportar os custos de combustíveis para seus deslocamentos (TEXAS A E M LIBRARIES, 2007). No mesmo país, uma das queixas mais frequentes dos usuários dos sistemas públicos Medicare e Medicaid, tem sido a fragilidade do transporte em saúde (O'DELL, 2008). No Canadá, o sistema público de saúde gastou, no período de 2006 a 2007, 421,6 milhões de dólares com o transporte em saúde de pessoas, um crescimento anual de 7,2%, um dos mais altos entre todos os itens de gasto daquele sistema (FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH, 2008). Na região de Juiz de Fora, Minas Gerais, a ausência de um sistema de transporte eletivo eficaz foi responsável por 35% de faltas a procedimentos previamente agendados no SUS (MARQUES *et al*., 2007).

Por isso, a organização do subsistema de transporte em saúde de pessoas se impõe, especialmente nos países em desenvolvimento, em que a presença de grandes contingentes em situação de pobreza – os mais sensíveis a essa barreira de acesso aos serviços de saúde – convoca um transporte eficiente, oportuno e de qualidade. A significação do sistema de transporte em saúde de pessoas é maior nos sistemas públicos organizados com base territorial, tal como o SUS, em que as redes se constroem com concentração relativa dos serviços de atenção secundária e terciária em polos micro e macrorregionais, impondo deslocamentos, mais ou menos frequentes, à população, por distâncias razoáveis e em condições, muitas vezes, precárias. Portanto, a instituição do subsistema de transporte em saúde de pessoas é uma condição para o funcionamento eficiente e com equidade das RASs.

O subsistema de transporte em saúde de pessoas opera com ações primárias e secundárias. O transporte em saúde primário faz-se da residência ou do local de adoecimento ou do trauma até uma unidade de saúde; o transporte secundário faz-se entre duas unidades de saúde distintas.

O subsistema de transporte em saúde de pessoas pode ser dividido em dois módulos: o módulo do transporte de urgência e emergência e o módulo do transporte eletivo.

O módulo do transporte de urgência e emergência lida com eventos clínicos não conhecidos a priori e apresenta como variáveis-chave os riscos, classificados por meio de sinais de alerta, e o tempo de deslocamento até a unidade de atenção própria em função desses riscos. Já o módulo do transporte eletivo envolve-se com eventos conhecidos e programáveis, tendo como variável-chave o acesso oportuno, seguro e confortável aos serviços previamente agendados.

O transporte de urgência e emergência pode ser assistido, quando há necessidade de atenção técnico-sanitária durante o percurso, e não assistido, quando essa necessidade não se manifesta (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). O transporte de urgência e emergência pode ser feito pelas vias terrestre, aérea ou marítima. Ele deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e oportunidade, no menor tempo possível, com o veículo apropriado e na rota certa.

O módulo do transporte de urgência e emergência deve ser normatizado com referência às características técnicas, à natureza dos equipamentos médicos e à planta de pessoal. As rotas devem estar previamente definidas para economia de tempo e de recursos e os veículos monitorados por rastreamento por satélite. Sistemas de georreferenciamento devem ser utilizados.

No SUS, o módulo do transporte em saúde de pessoas em situação de urgência e emergência é parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A proposta inicial do SAMU foi de estruturar-se por base municipal. No momento, há estados, como Minas Gerais e Santa Catarina, que buscam ampliar o escopo do SAMU, para que se articulem regionalmente, em RASs, abrangendo os territórios macro e microrregionais das redes de atenção à urgência e à emergência. Essa tendência tem sido incorporada pelo Ministério da Saúde.

O módulo do transporte em saúde de pessoas eletivo faz-se em situações previsíveis, sem urgências, a partir de sistemas de agendamentos prévios. Seu objeto privilegiado são a atenção hospitalar e as consultas e os exames especializados eitos em ambulatórios. Em geral, é um sistema não assistido, de natureza terrestre e, também, deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e da oportunidade.

O transporte eletivo de pessoas pode ser rotineiro ou eventual. O primeiro envolve transporte para serviços que exigem presenças constantes por um tempo mais ou menos longo, como os serviços de quimioterapia e de terapia renal substitutiva. Esse módulo de transporte eletivo rotineiro poderá ter algumas características que o singularizem, incluindo o tipo de veículo utilizado, em relação ao módulo de transporte eletivo eventual. O segundo é feito para serviços descontínuos, prestados em

tempos discretos, o que não exige uma continuidade de acesso aos serviços por um mesma pessoa usuária.

A questão essencial desse módulo de transporte de pessoas eletivo é a definição prévia das rotas, especialmente quando se opera com RASs regionais. Isso envolve um planejamento logístico feito por profissionais com experiência em logística de transporte. O tráfego dos veículos por rotas bem estabelecidas é que permite o sistema funcionar com eficiência porque esses roteiros fixos geram economia de recursos, principalmente em equipamentos de transporte e em tripulação.

O módulo do transporte de pessoas eletivo necessita de um sistema de gerenciamento adequado, estruturado com base num *software* que permita monitorar, em tempo real, as seguintes variáveis: o posicionamento do veículo, o percurso efetuado, o número de passageiros ocupantes, o controle do horário de saída e de chegada na unidade prestadora dos serviços, o controle da quilometragem rodada e o agendamento de manutenções preventivas e corretivas. Os veículos devem ser rastreados via satélite (MARQUES *et al*., 2007).

Os veículos para o transporte eletivo devem ser normatizados em relação às suas características técnicas e de tripulação e as especificidades do ambiente em que a RAS está operando. Além disso, devem obedecer às normas para transporte de usuários com necessidades especiais, como os cadeirantes. Em geral, os veículos para o transporte eletivo são micro-ônibus e, em algumas situações, vans, especialmente configurados, internamente, para o transporte em saúde.

Em regiões em que há transporte público de boa qualidade, o transporte em saúde eletivo, em certas circunstâncias, pode ser feito por meio de vale-transporte fornecido às pessoas usuárias no momento do agendamento do serviço.

O subsistema de transporte em saúde de material biológico, nas RASs, aplica-se, mais frequentemente, ao transporte das amostras de exames de patologia clínica. A razão deriva da proposta das RASs de integração horizontal dos sistemas de patologia clínica que centraliza o processamento dos exames e descentraliza a coleta, unindo essas duas pontas por meio de um sistema logístico que é constituído pelo subsistema de transporte em saúde de material biológico. Dessa forma, o veículo que conduz as pessoas usuárias aos serviços pode levar, também, em condições de segurança, as amostras coletadas nas diferentes unidades de saúde.

Esse subsistema de transporte de material biológico deve ser normatizado em relação às amostras que podem ser transportadas com segurança e ao acondicionamento do material para ser transportado, de tal forma que não cause problemas na

fase analítica dos exames. Isso se deve ao fato de que a maior parte dos problemas da qualidade dos exames de patologia clínica está na fase pré-analítica que envolve a coleta e o transporte (DEPARTAMENTO DE PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR, 2007).

O subsistema de transporte em saúde de resíduos de serviços de saúde consiste na remoção dos resíduos de serviços de saúde do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e transporte e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio mbiente.

Esse subsistema de transporte em saúde, em geral, faz parte do plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde que integra do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública.

Há, na literatura, controvérsias quanto à periculosidade dos resíduos de serviços de saúde e aos riscos por eles representados, evidenciadas pelas opiniões divergentes entre autores: alguns defendendo medidas severas por considerarem esses resíduos perigosos e outros que, por não observarem nexo causal entre o contato com esses resíduos e a aquisição de doenças, não os consideram perigosos (GARCIA, 2003). Apesar disso, a legislação nacional obriga ao correto manejo dos resíduos de serviços de saúde, o que inclui o seu transporte em condições adequadas.

Os resíduos de serviços de saúde são os resíduos provenientes de qualquer unidade que execute atividades de natureza médico-assistencial humana ou animal; provenientes de centros de pesquisa, desenvolvimento ou experimentação na área de farmacologia e saúde; medicamentos e imunoterápicos vencidos ou deteriorados; provenientes de necrotérios, funerárias e serviços de medicina legal; e provenientes de barreiras sanitárias (CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE, 2001). De acordo com a legislação, eles são classificados em cinco grupos, a saber: Grupo A: resíduos potencialmente infectantes pela possível presença de agentes biológicos; Grupo B: resíduos químicos; Grupo C: rejeitos radioativos; Grupo D: resíduos comuns; e Grupo E: resíduos perfurocortantes (MARCHI, 2003).

Para garantir a proteção do meio ambiente e da saúde pública, a coleta externa e o transporte dos resíduos deverão ser feitos em veículos apropriados. Esses veículos, normalmente caminhões-baús, são considerados veículos de transporte rodoviário de produtos perigosos, nos termos do Decreto nº 96.044, de 18 de maio de 1988. Eles

devem obedecer às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas e devem ser previamente inspeccionados pelo Instituto Brasileiro de Metrologia, Normalização e Controle de Qualidade. Após essa inspeção deve ser obtida uma licença ambiental do órgão competente para que o sistema comece a operar.

Uma experiência exitosa de implantação de transporte em saúde tem sido desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2008). Essa experiência mostra que se pode passar de um sistema de transporte em saúde caótico, inefetivo e desumano para um sistema moderno, efetivo e humanizado, com um custo por pessoa transportada que corresponde a 25% desse custo no sistema tradicional. Mais uma área em que se constata a ineficiência do SUS no uso de seus recursos escassos.

O Sistema Estadual de Transporte em Saúde de Minas Gerais está relatado no Boxe 6.

Boxe 6: O Sistema Estadual de Transporte em Saúde de Minas Gerais (SETS)

O SETS teve sua origem a partir de uma experiência de cooperação entre alguns dos municípios da microrregião de Juiz de Fora, que se uniram e constituíram o Consórcio Intermunicipal de Saúde Pé da Serra (ACISPES) com o propósito de resolver problemas comuns, para ampliar a capacidade de atendimento aos cidadãos e o poder de diálogo das prefeituras junto aos governos estadual e federal.

Os consórcios intermunicipais representam um esforço de cooperação, baseado numa relação de igualdade entre os pares, com preservação da autonomia de decisão dos municípios, e tornaram-se terrenos férteis para implementação de políticas públicas de caráter regional, sendo o SETS um dos melhores exemplos.

A história se iniciou quando, no ano de 2005, a partir da avaliação do executivo da ACISPES constatou-se grande número de faltas das pessoas aos serviços agendados previamente pelos municípios da região junto ao município-polo de referência da atenção secundária e terciária. Isso tinha impactos negativos no SUS porque o não comparecimento levava a perdas de procedimentos agendados e, ainda, o não pagamento aos prestadores de serviços que não foram realizados. Mas o que mais chamou atenção foi o gasto elevado dos municípios com o transporte eletivo das pessoas, com multiplicação de esforços por parte dos municípios na transferência de pessoas por meio de frota, em sua maior parte, precária, comprometendo e trazendo riscos para as pessoas usuárias e em desacordo com os princípios da humanização do SUS.

Nesse contexto, a lógica do transporte intermunicipal regular privado inspirou o desenho do que veio, posteriormente, a ser chamado de SETS.

Boxe 6: O Sistema Estadual de Transporte em Saúde de Minas Gerais (SETS)

Esse tipo de transporte, concedido e regido por normas e regulamentos próprios está presente na maioria das cidades de médio e grande portes, com restrições nos pequenos municípios do estado, tanto de rotas, quanto custo elevado, o que traz problemas ao fluxo de passageiros. A matriz de transporte leva em conta a população, a frequência e os custos envolvidos em face das distâncias das rotas entre as cidades. O seu fornecimento adequado, sua fiscalização, é de responsabilidade dos governos estaduais e, no caso do estado de Minas Gerais, do Departamento de Estradas de Rodagem. Esse sistema de transporte é função essencial de qualquer município permitindo o deslocamento de pessoas que precisam percorrer longas distâncias para o local de trabalho, lazer, ou, no caso, tenham necessidade de atendimento saúde através de uma consulta pré-agendada ou outro procedimento eletivo qualquer.

Utilizando a mesma lógica e com consultoria especializada em gestão de frotas, desenvolveu-se uma metodologia em que o custo referente ao transporte seria rateado entre os municípios com a utilização de um mesmo veículo para transportar pessoa de mais de um município, segundo rotas predefinidas.

Para garantir o controle e a qualidade do serviço foi introduzido o monitoramento, via satélite, de todos os veículos para avaliação do desempenho do motorista e do veículo e para localização do veículo. Incorpou-se, ainda, a seleção e o treinamento em direção defensiva e acolhimento dos profissionais envolvidos (motoristas e agentes de viagem). Foi também necessária a implantação de um sistema de agendamento de consultas e lugares, que garantisse ao gestor municipal o total controle do agendamento do serviço, vinculado à liberação de uma passagem para o pessoa que, gratuitamente, é transportada pelo veículo, constituindo, assim, um completo sistema de logística de transporte em saúde.

Esse projeto integra os municípios das microrregiões em um mesmo planejamento logístico, eficientizando os vários tipos de transporte (transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos, transporte de material biológico, transporte de servidores públicos em tarefas estratégicas), gerando economia de escala e racionalidade administrativa. Nasceu, dessa forma, o SETS com o objetivo de racionalizar o transporte em saúde das pessoas usuárias do SUS. Ele se baseia num sistema de rotas de transporte apoiados em *software* de agendamento de lugares integrados com as centrais de regulação do estado e com monitoramento *on-line*, via GPS.

Como exemplo, no município de Ewbanck de Câmara, o agendador da Secretaria Municipal de Saúde se conecta a Internet e através de um programa de agendamento de lugares efetua o cadastro das pessoas usuárias a serem transportadas daquela cidade para o serviço de saúde em Juiz de Fora (o polo regional), emitindo, junto com a guia de atendimento, o bilhete de passagem. As pessoas embarcam no micro-ônibus em seu município e seguem em direção à cidade que polariza o atendimento. A clínica especializada da ACISPES já saberá, antes de a pessoa chegar, qual é o seu nome, qual o tipo de atenção que ela precisa receber e para qual serviço ela se reporta, reduzindo o tempo e o desgaste que tal atendimento poderia ocasionar, diminuindo, também, as viagens desnecessárias e os custos do transporte.

O sistema de agendamento garante informações precisas quanto à quantidade de pessoas transportadas de uma determinada cidade, o número de faltas às consultas e demais procedimentos, funcionando, também, como um componente do sistema de regulação.

Boxe 6: O Sistema Estadual de Transporte em Saúde de Minas Gerais (SETS)

Por meio de um sofisticado equipamento de monitoramento e rastreamento de veículos, acoplado ao sistema, é possível identificar a localização exata do veículo, a velocidade que está trafegando, a duração de sua viagem e quanto tempo falta para que ela se complete. Visto que é possível saber a velocidade em que o micro-ônibus se encontra, é possível avaliar se tal velocidade é a indicada no trecho que ele está percorrendo, ou se poderia modificá-la para economizar combustível. É possível, ainda, verificar se essa velocidade poderia ser maior para agilizar o atendimento. O sistema de logística e monitoramento possibilita o controle da quilometragem percorrida por todos os veículos, sendo possível, além disso, agendar manutenções preventivas e corretivas, economizando custos desnecessários.

O SETS tem se mostrado muito eficiente. Um estudo feito em 19 microrregiões que implantaram o módulo de transporte eletivo, mostrou que os gastos de custeio por pessoa tansportada caiu de um valor médio de R$ 32,76 antes da implantação do módulo para um valor médio de R$ 7,46 com o sistema inovador. Um queda muito expressiva de 439% por pessoa transportada.

O SETS eletivo, em 2010, estava implantado em 50 das 76 microrregiões do estado, o que envolve uma população de mais de 7 milhões de pessoas, vivendo em mais de 60% dos municípios mineiros.

Enfim, o SETS, se apresenta como uma alternativa efetiva, eficiente e de qualidade para garantir o acesso oportuno e humanizado das pessoas aos serviços de saúde do SUS.

Fontes: Marques e Lima (2008); Marques *et al*. (2010)

O SISTEMA DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O quinto componente das RASs são os sistemas de governança.

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança das RASs é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos para cumprir com a missão e a com visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLAIR *et al*., 2005).

A governança das RASs é, pois, diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatórios especializados, gerência das unidades de APS, gerência do laboratório de patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc.) já que cuida de governar as relações entre a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde.

A lógica da governança das RASs é distinta da lógica de governança dos sistemas fragmentados. Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a incomunicação entre os difererentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio impõe um modelo de governança por estruturas em que se gerenciam, isoladamente, esses diferentes componentes. Há evidências de que esse modelo de governança por estrutura leva a resultados sanitários e econômicos débeis porque não se permitem obter os ganhos que decorrem das inter-relações e das sinergias entre os diferentes componentes de um sistema de atenção à saúde. Como exemplo, estudo de Irani *et al*. (2007) indica que 75% das reinternações hospitalares poderiam ser evitadas por meio de intervenções que integrem os sistemas de atenção à saúde. Por isso, a governança de redes exige a superação do modelo de governança por estruturas através da implantação de um modelo de governança sistêmica que imponha, às gerências das diversas estruturas, uma ordem governativa que permita articular as relações entre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos das RASs.

O Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas define uma boa governança pela presença de alguns critérios mostrados como: a participação: todos os cidadãos têm voz no processo decisório, seja diretamente, seja indiretamente através de instituições que representam seus interesses; a legalidade: a estrutura legal deve ser justa e imparcial; a transparência: a transparência deve ser garantida pelo livre fluxo das informações; a responsividade: as instituições e seus processos devem servir a todos os cidadãos; a orientação para o consenso: a governança busca mediar os diferentes interesses pela construção de consensos; a equidade: todos os cidadãos têm iguais oportunidades de buscar ou manter seu bem-estar; a efetividade e a eficiência: as instituições e seus processos produzem resultados que atendem às necessidades dos cidadãos, fazendo o melhor uso dos recursos; a responsabilização (*accountability*): os decisores devem prestar contas aos cidadãos e aos diferentes atores sociais; a visão estratégica: as lideranças devem ter uma perspectiva de longo prazo na governança e no desenvolvimento humano (RONDINELLI, 2006)

A governança das RASs tem três dimensões fundamentais: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento.

O desenho institucional das redes de atenção à saúde

O desenho institucional é entendido pelo modo como os grandes blocos estruturais das RASs – autoridade, responsabilidade, informação e incentivos – são considerados num arranjo organizacional (LEAT *et al*., 2000).

O desenho institucional pode se fazer de várias formas, desde um contínuo que vai da integração vertical de diferentes organizações, conformando um único ente gestor, até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as RASs. O que vai definir esse desenho mais macro é a natureza da propriedade das RASs. Se for propriedade de uma única organização, totalmente integrada verticalmente, como a Kaiser Permanente nos Estados Unidos (PORTER e KELLOGG, 2008), a governança será única; se for constituída por diferentes entes institucionais, como o SUS, que articula, como gestores, RASs compostas por organizações públicas federais, estaduais e municipais e, como prestadores de serviços, organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas, a governança será multi-institucional, constituída, portanto, por meio de uma aliança estratégica.

Há outros fatores que influenciam o desenho institucional: o ambiente regulatório, os interesses e as expectativas dos diferentes atores sociais, a capacidade de cooperação, o grau de integração gerencial e clínica, a valorização da promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, a prestação de contas e responsabilização (*accountability*) e a adaptabilidade a diferentes situações.

Ainda que não existam evidências empíricas sobre que modelo permite alcançar um maior grau de integração das RASs, são propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: a abrangência de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos (VÁZQUEZ *et al*, 2005).

O desenho institucional deve ser feito de forma a facilitar um processo-chave nas RASs que é a coordenação das ações gerenciais e assistenciais. Vai se conformando uma ideia de que a coordenação se faz melhor em sistemas de governança de RASs que favorecem a comunicação entre profissionais que intervêm em processos assistenciais comuns, que operam com sistemas de informação integrados

verticalmente e que adotam, rotineiramente, a organização matricial (LONGEST e YOUNG, 2000).

A cultura organizacional é outro fator que influi na governança das RASs. De um lado, porque a implantação de objetivos e estratégias das RASs requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns; de outro, porque a cultura de cada organização componente dessas redes deve estar alinhada com a missão e com os objetivos. Valores presentes nas organizações como atitudes de coperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados são fundamentais. Além disso, é importante que haja, na governança das RASs, uma liderança orientada para a ação cooperativa e para a comunicação de objetivos e de estratégias e seu aprendizado.

Um papel fundamental no desenho institucional das RASs é a garantia de que estejam criados mecanismos potentes de coordenação. A coordenação institucional é obtida pela forma como se agrupam unidades gerenciais e assistenciais e se definem os mecanismos de descentralização (VÁZQUEZ *et al*, 2007). Os mecanismos de coordenação podem ser desenvolvidos por meio da normatização e da supervisão e/ou através da adaptação mútua, um estímulo para que os trabalhadores de uma RAS estejam em contato permanente para resolver os problemas, nos mesmos níveis em que se geram as informações.

A coordenação pela normatização envolve os processos de trabalho (diretrizes clínicas), as habilidades (educação permanente) e os resultados (padronização dos resultados). A coordenação pela adaptação mútua engloba a comunicação informal (correio eletrônico, telefone, Internet e reuniões informais), os dispositivos de articulação (gestão de caso, grupos multidisciplinares e estruturas matriciais) e os sistemas de informação integrados verticalmente (informação clínica integrada).

Outro ponto importante a considerar no desenho institucional é que ele contribua para um funcionamento eficiente das RASs. A eficiência nas RASs envolve a capacidade de aumentar a escala dos serviços de saúde (eficiência de escala), de aumentar a eficiência interna, especialmente por meio da capacitação gerencial e de reduzir a variabilidade da prática clínica através da introdução das diretrizes clínicas.

Qualquer que seja a forma de ente institucional adotada há que se elaborar o desenho organizacional das RASs, o que pode ser feito de diferentes modos. Lega (2007) propõe três diferentes desenhos. O desenho P, onde P significa produtos e se refere a estruturas e responsabilidades centradas em dois tipos de produtos: doenças, como diabetes, câncer, asma etc., e pessoas usuárias, como

mulheres, idosos e portadores de distúrbios mentais etc. Esse desenho P busca uma integração multiprofissional em diferentes pontos de atenção à saúde. O desenho G, onde G significa área geográfica, busca uma integração com base em uma população num determinado território sanitário (área de abrangência da APS, município, microrregião e macrorregião). Finalmente, o desenho matricial envolve uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam os produtos e as áreas geográficas. No SUS, o desenho institucional mais adequado, certamente, é o matricial, combinando redes temáticas de atenção à saúde e territórios sanitários.

A governança das RASs, no SUS, apresenta características especiais. Uma delas é que deve se inserir num quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo.

O Brasil é um país federativo e, por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pela trina federativa. Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou através da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações.

O federalismo pode ser conceituado como um processo de distribuição e de redistribuição da autoridade e remete a um contrato que, por sua vez, envolve cooperação e reciprocidade entre os entes federados. Constitui-se como uma forma de organização política baseada na divisão de autoridade entre diferentes níveis de governo, de tal modo que cada instância possua competências sobre as quais cabe a ela a decisão final e caracteriza-se pela não-centralização, o que significa que a autoridade para participar no exercício do poder não pode ser retirada sem o consentimento mútuo. O federalismo deve, portanto, dar corpo à fórmula clássica de autogoverno mais governo compartilhado; disso decorre que a busca do equilíbrio entre forças centrífugas, organizadas em nome da unidade, e centrípetas, estruturadas em nome da autonomia, constitui um problema estrutural do federalismo e marca o desenvolvimento de todas as federações. As relações intergovernamentais devem, assim, ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, em um contexto intrinsecamente conflitivo, que é o contexto do federalismo (MENICUCCI *et al*., 2008).

A primeira experiência de federalismo, na acepção moderna do termo, foram os Estados Unidos e surgiu em 1787 e foi, nela, que se inspirou o federalismo brasileiro. A essência do federalismo, expressa por Elazar (1987), é o equilíbrio entre o governo nacional e os governos subnacionais e entre a cooperação e a competição interfederativas.

O federalismo pressupõe a dupla soberania: a derivada do poder de autogoverno dos entes subnacionais e a do poder nacional, representante de toda a população do país.

A justificativa da solução federalista deve-se a duas características essenciais, a heterogeneidade e a unidade na diversidade. A heterogeneidade pode se materializar nas dimensões territoriais, étnicas, linguísticas, econômicas, sociais, culturais e políticas. A unidade na diversidade garante as autonomias regionais ou locais, mas resguarda a integridade, especialmente a territorial, frente às heterogeneidades.

O federalismo implica o equilíbrio entre autonomia e interdependência dos entes federativos porque esse modelo de governo é intrinsecamente conflitivo. Isso se garante mediante uma Constituição escrita que define as regras de convivência, pela instituição de um sistema de freios e contrapesos e por mecanismos de parceria entre os entes federados.

O federalismo brasileiro é bastante singular no quadro internacional. Os países se organizam, institucionalmente, de várias formas: a aliança ou associação de Estados, a Confederação, a Federação e o federalismo. O Brasil optou pelo federalismo, ainda que não seja a forma mais comum de organizar as relações de poder em bases geopolíticas, segundo a experiência internacional.

Idealmente, há dois modelos de relacionamentos intergovernamentais no federalismo: o competitivo e o cooperativo (ABRÚCIO, 2002). O modelo competitivo, muito valorizado nos Estados Unidos e baseado nos valores do mercado, estimula a competição entre os entes federados a fim de que os governos aumentem a responsividade para atender, melhor e mais eficientemente, aos seus cidadãos. Segundo esse modelo, os cidadãos, considerados consumidores dos serviços dos governos, teriam maiores possibilidades de escolha num ambiente de competição interfederativa. O modelo cooperativo, vigente em países como Alemanha, Austrália e Canadá, está assentado na possibilidade de submeter o autointeresse ao interesse de todos, gerando um excedente cooperativo na ação interfederativa. Na realidade, as experiências federativas combinam cooperação e competição. A presença relativa de cada atributo depende, como no caso dos sistemas atenção à saúde, dos valores hegemônicos dominantes nas sociedades.

O federalismo cooperativo admite duas alternativas: o federalismo interestadual e o federalismo intraestatal. No federalismo interestadual há uma clara separação dos poderes entre os níveis de governo, de modo que as competências entre os membros do pacto federativo estejam bem definidas e as competências concorrentes minimizadas. No federalismo intraestatal há um incentivo às ações conjuntas nas políticas

públicas; nesse caso, a delimitação das competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e monitoramento das políticas (ABRÚCIO, 2000). Essas duas formas de federalismo se encontram, ora com predominância do modelo interestadual, como nos Estados Unidos, ora com hegemonia do modelo intraestatal, como na Alemanha e na Austrália.

O federalismo brasileiro é predominantemente cooperativo e hegemonicamente intraestatal. Ele combina competências concorrentes e comuns com competências privativas, divididas entre a União, os estados e os municípios, entes politicamente autônomos e, portanto, isonômicos entre si. Além disso, ele apresenta elementos de competição e de cooperação. A guerra fiscal entre os estados da federação configura uma competição predatória no nosso federalismo.

No modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas torna-se mais complexa na medida em que é preciso conjugar a interdependência e autonomia de três entes. A coordenação federativa, por sua vez, precisa ser exercida tanto pela União quanto pela esfera estadual em relação aos municípios. Ainda que a esfera estadual seja aquela com atribuições menos definidas na Constituição Federal, cabe a ela um papel central nas políticas sociais, particularmente quando se considera a heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira (MENICUCCI *et al*., 2008).

A partir da segunda metade dos anos 90, o arranjo federalista brasileiro sofreu transformações e passou a vigorar um federalismo mais cooperativo, caracterizado por formas de ação conjuntas entre esferas de governo, em que as unidades subnacionais mantêm significativa autonomia decisória e capacidade de autofinanciamento. Esse modelo combinou a manutenção de áreas próprias de decisão autônoma das instâncias subnacionais; a descentralização no sentido forte de transferência de autonomia decisória e de recursos para os governos subnacionais; e a transferência para outras esferas de governo de responsabilidade pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal (ALMEIDA, 2005).

O caso do SUS aproxima-se de uma experiência de federalismo cooperativo. Um dos problemas do federalismo cooperativo é que, em países de forte tradição centralizadora, como os latino-americanos, a cooperação costuma ser resultado de uma linha hierárquica descendente que enfraquece a autonomia dos governos subnacionais e constrange o excedente cooperativo da ação solidária (ABRÚCIO, 2002). Isso parece estar acontecendo no federalismo sanitário brasileiro.

Outro problema do federalismo cooperativo brasileiro está no municipalismo autárquico, expressão cunhada por Celso Daniel, em 2001. Essa forma de descen-

tralização tem a vantagem de colocar as responsabilidades pelas políticas públicas mais próximas aos cidadãos e de aumentar a oferta local desses serviços. Por outro lado, apresenta desvantagens inequívocas. Uma delas é determinada pela situação de forte constrangimento dos recursos públicos; nesse caso, estabelece-se uma competição entre os entes federados, em que cada qual pretende a repassar os seus custos aos outros. Na área social esse mecanismo foi identificado como uma tentativa de cada nível de governo transferir, a outro, os custos políticos e financeiros das políticas sociais e reservar, para si, os benefícios dela decorrentes (ARRETCHE, 1996). Mais ainda, pode haver uma tendência à fragmentação de certos setores sociais, como os de serviços de atenção à saúde que exigem escala para operar com eficiência e qualidade. Assim, o municipalismo autárquico pode introduzir elementos de competição predatória nos sistemas sociais, tal como Pestana e Mendes (2004) constataram no SUS.

O municipalismo autárquico articula-se com a natureza singular da descentralização brasileira, especialmente após a Constituição Federal de 1988, que gerou um processo de criação desordenada de municípios (GOMES e Mac DOWELL, 2000). Num país em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes é difícil – senão aumentando a fragmentação do sistema de atenção à saúde e gerando ineficiências sistêmicas e problemas de má qualidade dos serviços – implantar um sistema de base municipal.

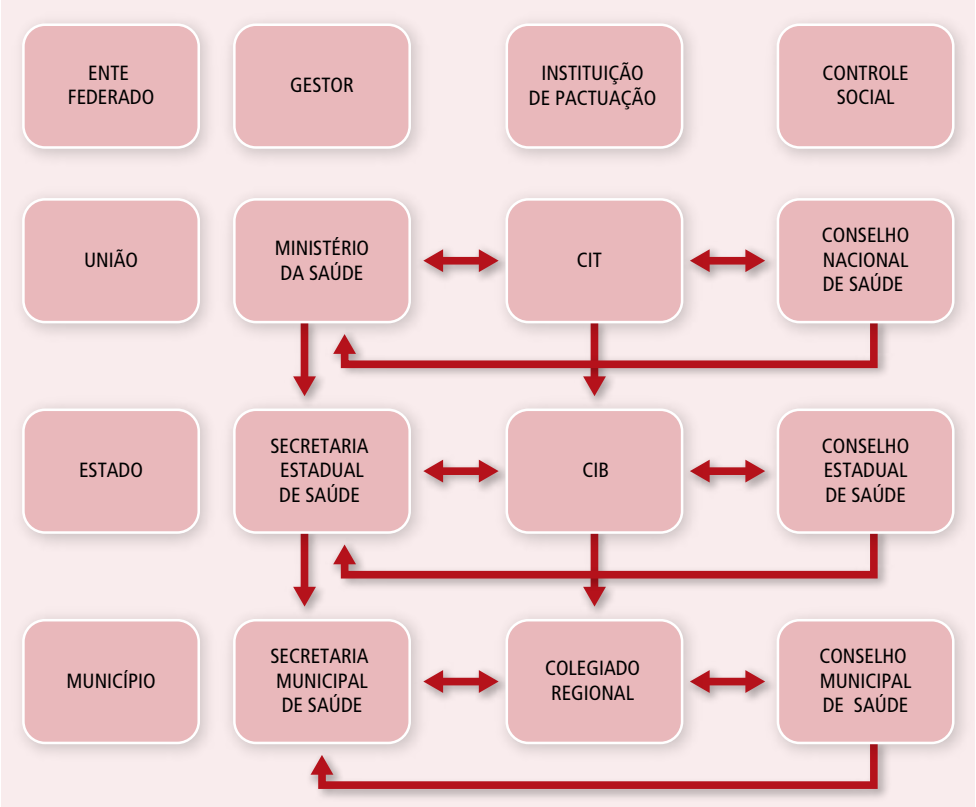
Os problemas que se colocam para o federalismo brasileiro, em geral, e para o federalismo sanitário, em particular, têm, na crise do federalismo fiscal, uma causa importante. Esse modelo de federalismo fiscal tem muitas implicações negativas no Brasil. Determinou uma crise nesse federalismo e criou um dilema no atendimento social: as demandas sociais são levadas, mais proximamente, pelos cidadãos, aos estados e aos municípios, que, contudo, têm menores capacidades fiscais para atendê-las. Essa crise do federalismo fiscal acentua-se, prospectivamente, em função da crescente consciência de agentes econômicos e da sociedade em geral de que não é mais possível continuar financiando os gastos públicos pelo incremento continuado da carga fiscal que atinge, hoje, mais de 35% do Produto Interno Bruto nacional.

A crise do federalismo fiscal colocou em risco o equilíbrio do federalismo brasileiro. No plano federativo, o aumento da carga tributária pela via das contribuições sociais, ampliou os desequilíbrios horizontais na federação e aumentou o controle federal sobre os orçamentos estaduais e municipais. Isso aconteceu no SUS e, no plano social, os direitos individuais da previdência social acabaram por sobrepor-se aos direitos coletivos da saúde e assistência social, limitando o atendimento a essas demandas sociais. Isso provocou forte impacto negativo no federalismo sanitário e no financiamento do SUS.

O arranjo institucional do SUS está construído com base em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania num mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A construção de RASs, fundadas nos princípios discutidos anteriormente, especialmente a escala e suas relações com a qualidade da atenção, exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso conduz ao estabelecimento de parcerias entre municípios, estado e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações poliárquicas, contruídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais.

O modelo institucional do SUS, esboçado na Figura 5, está ancorado no federalismo brasileiro de tipo cooperativo e intraestatal.

Figura 5: O modelo institucional do SUS



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006a)

O federalismo cooperativo, com seu componente de cooperação entre atores públicos distintos, manifesta-se, na institucionalidade do SUS, por meio das instâncias permanentes de pactuação, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). Esses mecanismos decisórios interfederativos garantem, ademais, o caráter de federalismo intraestatal. No melhor espírito federativo, as Comissões Intergestores funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade em determinados entes federativos, em especial, do Ministério da Saúde, o ente concentrador da metade dos recursos financeiros e da maior parte do poder normativo.

Outro mecanismo cooperativo fundamental, criado pelo federalismo sanitário brasileiro, foi a transferência de recursos fundo-a-fundo que permitiu liberar o sistema das amarras dos convênios e dar agilidade às políticas públicas de saúde.

Além disso, o federalismo sanitário brasileiro desenvolveu sistemas solidários interessantes para a solução de problemas comuns, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Contudo, esses consórcios, em determinadas circunstâncias, estabeleceram, também, uma competição predatória no sistema. É o que acontece quando definem territórios singulares e regramentos próprios de pagamento aos prestadores de serviços, fora dos valores praticados no SUS, introduzindo assimetrias no sistema.

Outro espaço de competição predatória no SUS está na execução de programas competitivos, mais que complementares. Não é raro que uma política nacional temática se expresse, desde o Ministério da Saúde, em um programa formulado centralmente e que chega, pronto e detalhado, para execução nos estados e municípios. Um exemplo está no programa de medicamentos que tem uma proposta nacional do Ministério da Saúde que compete com outras propostas, distintas e não complementares, formuladas por estados e municípios. O resultado é ineficiência pela dispersão de recursos escassos.

Além da cooperação organizada nas Comissões Intergestores, o modelo institucional do SUS, em função das determinações da Lei nº 8.142/90, estabeleceu, em todos os níveis do sistema, a participação social por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Essas considerações sobre o federalismo e sobre o federalismo sanitário brasileiros são fundamentais para se definir o desenho institucional das RASs no SUS. Assim, os entes de governança das RASs, em consonância com o melhor espírito do federalismo cooperativo intraestatal brasileiro, devem fortalecer os mecanismos de cooperação – uma característica das redes – e organizar-se sob a forma de colegiados de decisão, exercitando, no seu cotidiano, a unidade na diversidade.

Além disso, o espírito da Constituição Federal de 1988 foi de descentralização no suposto de que, dessa forma, se garantiriam políticas públicas mais democráticas, já que estariam mais próximas da cidadania organizada. Para muitos, isso levaria, também, a um uso mais eficiente dos recursos da saúde.

Na experiência internacional, a descentralização dos sistemas de atenção à saúde foi impulsionada, como no caso brasileiro, para superar os problemas dos sistemas centralizados, como os controles burocráticos, a ineficiência, a apropriação burocrática e a baixa capacidade de resposta às demandas da população. No entanto, avaliações mais rigorosas dos processos de descentralização na saúde mostraram que, em geral, esses processos não têm sido capazes de concretizar os objetivos de equidade no acesso, aumento da eficiência, melhoria da qualidade dos serviços e financiamento sustentado, até porque, esses objetivos finalísticos dos sistemas de atenção à saúde apresentam nítidos *trade-offs* entre si (BOSSERT *et al.*, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Não parece ser diferente no Brasil. É o que constatou Arretche (2003) para quem não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência. O comportamento adequado dos governos parece depender mais dos incentivos a que estão sujeitos e das trajetórias pretéritas das instituições, como defendem os neo-institucionalistas (NORTH, 1990).

A opção dos constituintes de 1988 foi pela descentralização do sistema público de atenção à saúde com base na municipalização. Isso gerou, nesse campo setorial, manifestações inequívocas das vantagens e desvantagens do municipalismo autárquico.

O federalismo brasileiro é especial no quadro mundial porque, aqui, os municípios são entes federativos, com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas, e apresentam, entre si, à semelhança do país como um todo, altíssimos diferenciais de tamanho, de população e de desigualdades socioeconômicas.

A legislação infraconstitucional da saúde, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, propõe a diretriz da descentralização e a define operacionalmente, protagonizando a municipalização das ações e serviços de saúde. Com essa base jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, através de Normas Operacionais Básicas. Assim, apareceram, consecutivamente, as NOBs INAMPS/91, SUS/93 e SUS/96 que tenderam a aprofundar a descentralização, especialmente para os municípios.

Fica claro que, nesse período, a ênfase na descentralização se deu no campo da atenção ambulatorial e hospitalar e sob a forma de devolução da União para os municípios. Houve uma nítida polarização institucional entre o governo federal, detentor do poder financeiro e normatizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária e com capacidade de responder, com agilidade, através das novas Secretarias Municipais de Saúde, às demandas organizacionais colocadas pelo Ministério da Saúde. O processo de descentralização realizado por meio da devolução municipalizada, com forte centralização do financiamento na União, e sem a participação primordial dos estados, em um país grande e desigual, consolidou o paradigma da municipalização autárquica no SUS (MENDES, 2001b).

Há que se reconhecerem avanços decorrentes da descentralização pela municipalização autárquica como a radicalização do processo de descentralização, com a consequente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; a democratização do setor, com ampliação da participação social; a melhoria do acesso às ações e serviços, devido à expansão da cobertura assistencial, tanto na APS, quanto de serviços de atenção secundária e terciária; e o êxito no controle de uma série de doenças evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Por outro lado, essa forma de descentralizar pela radicalidade da municipalização gerou problemas incontestáveis. O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta que vige no SUS, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível. A interpretação predominante na municipalização autárquica, oriunda do enfoque da oferta, é que os serviços a serem ofertados aos cidadãos deveriam ser disponibilizados no município de residência, ao invés de um enfoque de demanda ou de necessidades em que se considera importante garantir o acesso dos cidadãos a serviços de qualidade, independentemente de serem ofertados no município de residência. Esse incentivo implícito, na realidade federativa brasileira de avassaladora maioria de pequenos municípios, levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e, como consequência, baixa qualidade dos serviços ofertados pela desobediência de certos princípios fundantes das RASs.

Do ponto de vista das relações entre descentralização e eficiência, o processo de devolução municipalizada, com autarquização dos municípios e sem estruturação orgânica do espaço regional, está levando ao que, empiricamente, se constatou na Região Metropolitana de Campinas e que foi denominado, pioneiramente, de modelo de assistência municipalista (OLIVEIRA, 1995). Nesse modelo, o município expande a

atenção à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando ineficiências. Os resultados negativos foram inegáveis: incremento dos hospitais de pequeno porte, de laboratórios de patologia clínica muito pequenos e de centros de especialidades médicas ou policlínicas de baixa escala e densidade tecnológica, o que gerou uma enorme ineficiência sistêmica e incremento da fragmentação do SUS. Pior ainda, dadas as relações entre escala e qualidade, os serviços prestados nessas unidades de pequena escala tendem a ser de baixa qualidade e a colocar em risco a saúde das pessoas.

A municipalização autárquica gerou, num quadro mais geral de restrições financeiras graves, uma competição intermunicipal predatória por recursos escassos (TEIXEIRA, 2003). Isso se deu em função da carência de espaços intermediários de mediação, como os colegiados regionais.

Parece ter razão quem diz que os movimentos da história são pendulares. O traço forte de um sistema centralizado de atenção à saúde, rompido pela reforma sanitária brasileira, deu origem a um movimento de municipalização autárquica, levando o pêndulo para uma contraposição polar. É hora de voltar ao ponto de equilíbrio, o que significará maximizar as inegáveis fortalezas da descentralização por devolução municipalizada e, ao mesmo tempo, tratar de minimizar suas debilidades. Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa (PESTANA e MENDES, 2004). Tudo isso, num quadro mais geral de um novo pacto federativo da saúde.

O modelo institucional vigente no SUS distancia-se do equilíbrio federativo. O poder normativo do Ministério da Saúde, além de quantitativamente dominante, é qualitativamente inadequado num sistema de federalismo cooperativo. A razão disso é que as normas ministeriais são abundantes e, em geral, abrangentes e minudentes, muitas vezes não permitindo uma reinterpretação nos níveis subnacionais de governo para adequá-las às realidades regionais e locais. Há pouco espaço para a unidade na diversidade, marca essencial de um federalismo cooperativo. Em consequência, os diversos brasis reais não cabem na exuberante normativa ministerial centralizada. As normas nacionais devem ser menos numerosas e menos detalhadas para que possam ser recriadas nos níveis subnacionais, segundo a singularidade dos estados e das regiões brasileiras. Como afirmam Santos e Andrade (2007): "*O financiamento federal não pode mais ser o conformador da organização do SUS, não havendo mais espaço para a edição de normas operacionais e outras portarias ministeriais que rompam com as realidades locais e regionais e que interfiram na autonomia do ente federativo para organizar seu sistema de acordo com essas realidades*".

A diversidade dos brasis não se revela somente nas diferenças entre os estados. Está, igualmente, presente em distintas realidades regionais dentro de um mesmo estado. Por isso, é imprescindível instituir instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais, nos diferentes territórios sanitários regionais. Isso, também, convoca a regionalização cooperativa.

Essas razões sugerem a necessidade de um novo pacto federativo na saúde, desenvolvido por um movimento dialético de descentralização do SUS que pode ser denominado de descentralização convergente e que, em vão, alguns atores sociais pretenderam alcançar com o Pacto pela Saúde 2006. A descentralização convergente se fará de acordo com os princípios doutrinários do federalismo cooperativo intra-estatal, descentralizará recursos e decisões da União para os estados e municípios e dos estados para regiões sanitárias e municípios, e centralizará, relativamente, dos municípios para as regiões sanitárias, certos serviços que exigem uma escala mínima para operarem com eficiência e qualidade (MENDES, 2006).

Como o objeto do desenho institucional é a governança RASs estar-se-à diante de um arranjo de Estado-rede (CASTELLS, 2000) que supera uma organização hierarquizada e uniforme, estruturando, pela multiplicidade de poderes públicos que se interconectam pela interdependência, uma estrutura horizontal com geometria variável segundo os diferentes tipos de atuação (MEDAUAR, 2003).

Dessa forma, o federalismo sanitário brasileiro se aproximará mais das evidências internacionais encontradas por estudiosos das reformas sanitárias que rejeitam a polaridade central/local e postulam a importância das mesorregiões sanitárias como forma de compatibilizar o acesso aos serviços próximos aos cidadãos com provisão econômica e de qualidade dos serviços (MILLS *et al*, 2001).

Um novo pacto sanitário da saúde deverá estruturar-se sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional, a forma de cumprir o princípio do federalismo cooperativo de unidade na diversidade. O Ministério da Saúde deverá ser o garantidor da unidade doutrinária, formulador e controlador das políticas nacionais e co-financiador do sistema, segundo critérios equitativos que permitam a redução das iniquidades interestaduais. Além disso, haverá que se cuidar para que o SUS, à semelhança do que parece estar ocorrendo em certas experiências internacionais de descentralização, como a espanhola, não tenda a ser uma confederação de sistemas regionais de atenção à saúde, descoordenados entre si. Para isso, será fundamental garantir a integridade das políticas nacionais, ou seja, a unidade doutrinária, e os sistemas de informação de base nacional. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão ser fortalecidas em seu papel regulador para que desempenhem adequadamente as suas funções essenciais na saúde pública (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE

SAÚDE, 2007e), garantam a unidade doutrinária do SUS nos estados, co-financiem redistributivamente o sistema de atenção à saúde nos estados para reduzir as iniquidades regionais e exercitem, com os municípios, nas macro e nas microrregiões sanitárias, a co-gestão das RASs, segundo a regionalização cooperativa.

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de espaços privilegiados, os territórios sanitários regionais, que associam entre si os municípios e o estado, com o apoio da União, para gerir, obedecidos os princípios do federalismo cooperativo intraestatal – unidade na diversidade, atitude cooperativa, ações integradas, decisões interfederativas colegiadas e planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas – o SUS, estruturado sob a forma de RASs.

Ao se associarem, os municípios e o estado devem constituir um sistema regional integrado de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária e pela interdependência, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos de uma região, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de atenção à saúde.

O paradigma da regionalização cooperativa assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, desenvolvido inicialmente pelo Ministério da Saúde da Noruega, como contraposição à agenda liberal de reforma do setor saúde dos anos 90. A cooperação gerenciada constitui uma estratégia que busca estimular a eficiência estrutural a partir de uma cooperação planejada de um sistema de atenção à saúde (CHRISTIE, 1996).

A atenção gerenciada permite criar uma racionalidade aberta, definida pelo consenso de diferentes atores sociais e obtida em situações de permanente negociação e pactuação. Ela é uma proposição de organização dos sistemas de atenção à saúde que se contrapõe a outras duas: a competição mercadológica, utilizada em sistemas segmentados, com forte presença do setor privado, e a competição gerenciada, proposta por Enthoven (1988) e que tem sido aplicada como alternativa ao livre mercado, em diversos países, inclusive em desenvolvimento, como a Colômbia (LONDOÑO, 1996).

O paradigma da regionalização cooperativa não tem similar na experiência internacional e, por isso mesmo, deve ser construído, singularmente, em nosso país.

A regionalização cooperativa supera uma visão restrita de recorte territorial e da imposição de uma autoridade sanitária regional para apresentar-se como um processo de mudança das práticas sanitárias no SUS, o que implica considerar suas dimensões técnica, ideológica e política (MENDES, 1995).

A regionalização cooperativa, operacionalmente, implica a instituição de entes regionais de governança para gerir as RASs. Disso resultam duas consequências principais: primeira, esses entes devem ser constituídos nos territórios sanitários regionais fundamentais, as micro e as macrorregiões sanitárias; e segunda, esses entes devem ter como objetos privilegiados a governança da APS e da atenção secundária à saúde nas microrregiões sanitárias e da atenção terciária à saúde nas macrorregiões sanitárias.

A superação dos problemas causados pela municipalização autárquica no SUS foi tentada na NOAS 01/2002 quando instituiu os territórios supramunicipais. Essa norma, por várias razões, não teve sucesso nos seus objetivos. De um lado, pela fragilidade de sua concepção teórica e, de outro, por seu foco na gestão da oferta, pela concepção hierárquica do sistema e pela extrema burocratização. Como resultado, gerou impasses insuperáveis como a falta de iniciativa pela qualificação das microrregiões sanitárias, a fragilidade dos espaços de negociação e de planejamento regional, o excesso de instrumentos normativos e as discordâncias em relação ao papel das esferas de governo e à forma de alocação dos recursos (PESTANA e MENDES, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Uma nova normativa nacional do SUS, consensada entre os três entes federativos, o Pacto pela Saúde, foi estabelecida pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). O Pacto pela Saúde incorpora três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas desigualdades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e na descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e de uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse pacto pretende radicalizar a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo

um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

O Pacto de Gestão do SUS tem objetivos claramente definidos: garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal; garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locorregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país; garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locorregionais possam ser organizadas e expressadas na região; e racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

O Pacto de Gestão do SUS está, por sua conformação geral e por seus objetivos, em consonância com os princípios do federalismo cooperativo intraestatal.

O processo de regionalização assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Essas regiões de saúde devem organizar as RASs a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização das regiões de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na CIB; em muitos estados esses colegiados são denominados de CIB Macrorregional, nas macrorregiões sanitárias e de CIB Microrregional, nas microrregiões sanitárias. O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional atenção à saúde, integrada e resolutiva.

Esse colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual, sendo as suas decisões sempre por consenso, deliberativas até o limite dos recursos alocados no território sanitário, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Os colegiados regionais são necessários porque a lógica da constituição das RASs e o princípio da integralidade da atenção à saúde exigem a superação da visão estrita do intereresse local, entendido como aquele que se restringe ao âmbito municipal, não atingindo, com a mesma intensidade, os limites extramunicipais (SANTOS e ANDRADE, 2007).

O desenho institucional que permite combinar a dimensão territorial e a distribuição espacial ótima dos recursos de atenção à saúde, estruturados por níveis de atenção, o dos Colegiados ou Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais (CIBs Macrorregionais), instituídos nas macrorregiões sanitárias para a governança das ações de atenção terciária à saúde (alta complexidade), e os Colegiados ou Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBs Microrregionais), instituídos nas microrregiões sanitárias para a governança das ações de APS e de atenção secundária (média complexidade). Portanto, os níveis de atenção delimitam o foco gerencial do sistema de governança das RASs.

A proposição brasileira de governança regional, pela singularidade de nosso federalismo e de nosso sistema público de atenção à saúde e pela ausência protagônica do município na saúde em outros países, há de ser diferenciada das experiências internacionais mais relevantes. Internacionalmente destaca-se o paradigma da regionalização autárquica em que a instância de governança é exercitada, numa mesorregião sanitária, por um ente único descentralizado, federal ou estadual, que cumpre todas as funções de gestão das RASs. Em alguns países, a autoridade sanitária é exercida por um ente federal descentralizado, como a Autoridade Sanitária no Reino Unido e o County Council na Suécia (HUNTER *et al*., 1998). Em outros países, a governança regional é exercitada por um ente descentralizado estadual, como as empresas públicas de saúde (*Aziende Sanitarie Locali*), na Itália, e as Regiões Sanitárias, na Espanha (MEANA, 2007; VÁZQUEZ *et al*., 2007; CUNILLERA, 2008). Esse entes de governança regional são entes jurídicos integrais, com capacidade de decidir autonomamente e de contratar, diretamente, todos os serviços de prestados.

Não é o caso dos colegiados do SUS que não são entes jurídicos com plena capacidade de governança, em que as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites constituem arranjos organizativos de institucionalidade quase virtual. Há quem veja, nessa singular institucionalidade dos colegiados regionais do SUS, um conjunto

de deficiências: eles não foram objeto de disciplina normativa que lhes imprimisse segurança jurídica; eles são hierarquicamente subordinados ao Ministério da Saúde (CIT) e às Secretarias Estaduais de Saúde (CIBs); eles não têm regramentos próprios que lhes atribua competências explícitas e composição interfederativa; não se reconhece a legitimidade do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); as decisões publicizadas são portarias do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde; eles não dispõem de legitimidade para decidir sobre competências; e eles não são reconhecidos juridicamente perante o Judiciário. Diante dessas limitações sugere-se o seu fortalecimento institucional e de sua segurança jurídica, o que poderia demandar uma legislação federal oriunda do Congresso Nacional (SANTOS e ANDRADE, 2007).

Outros, pretendem organizar esses colegiados por meio de outras soluções jurídico-institucionais, próximas às ideias de agências regionais. Nesse sentido, uma proposta recorrente é da sua organização como consórcios regionais. Esse pode ser um caminho apressado e não parece ser uma solução adequada.

A ideia de fortalecimento jurídico dos colegiados regionais não é sem perigos. Ela pode levar à incorporação, nesses entes, da prestação de serviços. Há evidências na experiência internacional de que a mistura de funções de regulação e de prestação de serviços fragiliza o papel da regulação em detrimento da provisão de serviços (MENDES, 2002b), o que reduziria o papel central dos colegiados regionais de exercitar a governança das RASs.

A proposta de colegiados regionais é muito recente e não deveria ser descartada antes de ser experimentada em toda sua potencialidade. De forma prudente, parece ser mais oportuno apostar na implantação desses entes regionais. Os colegiados regionais podem, com todos os limitantes, funcionar bem melhor, desde que se invista, com vontade política, na sua institucionalização. Até porque o principal problema da governança das RASs não está na sua institucionalidade, mas no desenvolvimento e implantação de sistemas gerenciais. De nada adianta avançar na institucionalidade, sem introduzir e operar instrumentos gerenciais potentes.

Os consórcios, em especial os consórcios intermunicipais de Saúde, devem continuar a ser utilizados, mas como um instrumento importante de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde. Mesmo aqui, os consórcios deverão superar alguns graves problemas que apresentam como: as bases territoriais definidas por critérios políticos, em desacordo com os Planos Diretores de Regionalização; as desobediências a regramentos do SUS, em especial, às normas de pagamento dos serviços de saúde; e a baixa capacidade gerencial com que,

em geral, operam. Um processo de desenvolvimento institucional dos Consórcios Intermunicipais de Saúde deve ser instituído, especialmente sob a forma de consórcios públicos, com o objetivo de capacitá-los a exercitar a prestação, efetiva e eficiente, de serviços regionais como, por exemplo, a prestação de serviços de atenção secundária ambulatorial, de sistemas regionais de patologia clínica, de sistemas regionais de transporte em saúde etc. Esse processo deve envolver, pelo menos, a adequação dos consórcios ao Plano Diretor de Regionalização, a obediência estrita aos regramentos do SUS e um processo de capacitação dos gerentes de consórcios que poderia evoluir para uma certificação ocupacional de seus gerentes, feita pelos órgãos competentes do SUS.

O fortalecimento dos colegiados regionais exige uma reformulação profunda do modelo de descentralização praticado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A descentralização se faz, muitas vezes, pela desconcentração para entes regionais (Diretorias, Gerências, Centros Regionais de Saúde etc.), cuja base territorial obedece a critérios político-administrativos que não coincide com os territórios sanitários estabelecidos nos Planos Diretores de Regionalização. Assim, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão adaptar os seus territórios político-administrativos aos territórios sanitários, as macro e microrregiões sanitárias.

O estabelecimento da coerência entre os territórios político-administrativos dos entes desconcentrados das Secretarias Estaduais de Saúde com os territórios sanitários é especialmente importante nos territórios microrregionais. Há dois desenhos possíveis: o de um ente desconcentrado para cada microrregião sanitária, o caso, por exemplo, da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, ou de um ente desconcentrado recortado por mais de uma microrregião sanitária, o caso, por exemplo, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. No segundo caso, a organização interna dos entes estaduais desconcentrados seria por meio de núcleos de gestão microrregional, um para cada microrregião.

Para que os colegiados regionais funcionem adequadamente, a estrutura gerencial dos entes desconcentrados deve ser muito reforçada em termos de infraestrutura física e de recursos humanos, materiais e financeiros. Sobretudo, há que se garantir a existência de um grupo técnico, responsável por uma microrregião, com conhecimentos e habilidades para planejar, monitorar e avaliar o Plano Microrregional de Saúde e de exercitar as funções de Secretaria-Executiva da CIB Microrregional.

Os colegiados regionais devem dispor de estruturas *ad hoc* de apoio técnico, em áreas temáticas prioritárias segundo o plano regional, as câmaras ou comitês técnicos.

É preciso ter presente que a governança plena de uma RAS só se obtém no espaço macrorregional porque, só aí, se apresenta o conjunto de pontos de atenção à saúde e de sistemas de apoio. Nesse sentido, é fundamental que haja, nos Colegiados ou CIBs Macrorregionais, como órgão assessor de gestão da RAS, um Comitê de Gestão de cada rede temática com participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e dos prestadores mais relevantes.

Um caso de desenho institucional para fortalecimento jurídico dos colegiados do SUS foi feito no estado de Sergipe. Nesse estado, por meio da Lei nº 6.345, de 2 de janeiro de 2008, que dispõe sobre organização e funcionamento do SUS no estado, instituíram-se o Colegiado Interfederativo Estadual e os Colegiados Interfederativos Regionais (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE, 2008).

O sistema gerencial das redes de atenção à saúde

Um segundo aspecto relevante da governança das RASs é o sistema gerencial.

Em geral, as discussões sobre a governança das RASs no SUS limitam-se ao campo de sua institucionalidade, em que as dificuldades para o desenvolvimento de capacidade institucional adequada são elevadas. Por isso, a implantação de sistemas gerenciais eficazes nos colegiados regionais, uma solução mais viável, apresenta-se como um campo fértil de intervenções de mudança na governança das RASs. Infelizmente, essa discussão não tem tido, no SUS, a mesma ênfase que a da institucionalidade dos colegiados regionais

O ente de governança das RASs deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação.

Um primeiro instrumento gerencial, fundamental para a governança das RASs, é o processo de territorialização que se expressa em Planos Diretores de Regionalização (PDRs).

O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das RASs. Esses espaços concretizam-se nos PDRs.

Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários. A primeira, toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo. A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o

território como um processo em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político.

Os territórios sanitários consistem em espaços interorganizacionais cujas dinâmicas sociais delimitam uma estrutura de interdependência entre atores autônomos que mantêm relações mais ou menos estáveis de interdependência de recursos, constituindo a base de desenvolvimento das RASs (FLEURY e OUVERNEY, 2007).

Na dinâmica das RASs, os territórios são, ademais, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara dos serviços que a RAS daquele território irá ofertar à sua população adscrita. Isso é que marca, com clareza, as redes construídas com base em espaços/população e a atenção à saúde baseada na população (DAWSON, 1964).

Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a se compatibilizarem com os princípios da construção das RASs, especialmente para aumentar a interdependência entre os atores participantes, e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida. Mais, eles constituem, por meio do PDR, um instrumento de ampliação da racionalidade sistêmica, pela possibilitação de incremento da eficiência de escala e de aprofundamento da interdependência entre os atores sociais em situação.

Em termos do grau de formalização das diretrizes relativas à construção de parâmetros mínimos da organização do trabalho coletivo, parte importante do processo de constituição de redes, o processo de territorialização é fundamental ao fixar as bases da estruturação das estratégias de regionalização (FLEURY e OUVERNEY, 2007).

Mas de que território se está falando quando se propõem as RASs? Cabe, aqui, diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários.

Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias de Saúde – que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma RAS, em suas demandas pelos serviços de saúde. Assim, os territórios sanitários são, ao mesmo tempo, espaços de responsabilização da RAS por sua população e subpopulações e de localização ótima de diferentes serviços de saúde.

Nas RASs do SUS, os territórios sanitários fundamentais são: o território micro-área, a área de responsabilidade do agente comunitário de saúde; o território área de abrangência, a área de responsabilidade de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou de uma equipe do PSF; o território municipal, a área de responsabilidade inequívoca de uma Secretaria Municipal de Saúde; o território microrregião sanitária, a área de responsabilidade de um Colegiado Microrregional ou de uma CIB Microrregional; o território macrorregião sanitária, a área de responsabilidade de um Colegiado Macrorregional ou de uma CIB Macrorregional de Saúde; e o território estadual, a área de responsabilidade inequívoca de uma Secretaria Estadual de Saúde; e o território nacional, espaço de responsabilidade do Ministério da Saúde. Poderá haver, em circunstâncias especiais, regiões de saúde interestaduais ou internacionais.

Um segundo instrumento gerencial, fundamental para a governança das RASs, é o planejamento estratégico.

O planejamento estratégico é importante na institucionalização das RASs que têm, como características intrínsecas, a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns, o que envolve a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados. Além disso, o planejamento, nas redes em geral, e nas RASs em particular, permite aprofundar as interdependências entre os atores envolvidos e imprimir maior racionalidade sistêmica pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações.

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão. Essa forma de atuação representará o sistema de planejamento do SUS baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão. Esse sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e a consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locorregionais.

Configuram-se como pontos essenciais de pactuação: a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; a institucionalização e o fortalecimento do sistema de planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste inclusos o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento, tais como planos, relatórios, programações, a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a esse processo

e instrumentos dele resultantes; e a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O sistema de planejamento do SUS está ancorado na Programação Pactuada e Integrada (PPI). As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada e integrada são: a programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão; os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente; a programação é realizada, prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações de APS para compor o rol de ações de maior complexidade; a tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas; a programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da vigilância em saúde; os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação; o processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência; a programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento à pessoa usuária, da oferta de serviços, da tabela de procedimentos e do teto financeiro; a programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde; e a programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização do estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O discurso normativo da PPI é bom, mas, na prática social, o sistema de planejamento real do SUS distancia-se, fortemente, das suas diretrizes orientadoras. A fragilidade dos instrumentos de planejamento do SUS é um fator dificultador para a implantação das RASs.

Podem ser identificados vários problemas no sistema de planejamento do SUS – fortemente ancorado na PPI da assistência – que devem ser superados para que se possa, eficazmente, planejar as RASs.

O planejamento do SUS é um planejamento da oferta com uma valoração relativa forte de parâmetros construídos com base em séries históricas de produção de serviços. O planejamento da oferta é muito sensível às demandas dos atores sociais mais bem posicionados na arena da política sanitária (grupos de interesses mais estruturados, prestadores de serviços de maior prestígio social, fornecedores de equipamentos e medicamentos etc.). Essa forma de planejar deve ser substituída

pelo planejamento das necessidades de saúde da população já que um elemento constitutivo das RASs, e sua razão de ser, é a população adscrita. Isso significa, na prática social, substituir os parâmetros gerais populacionais ou de produção, construídos com base na oferta, por parâmetros epidemiológicos que expressem as reais necessidades da população e das suas subpopulações de riscos.

A implantação do planejamento das necessidades, além de conferir maior racionalidade ao processo de planejamento, é um instrumento de alocação equitativa dos recursos porque capta, nos indicadores epidemiológicos, as necessidades de todos, incluídos e excluídos sociais, e, não somente, os interesses dos grupos sociais mais organizados. Não basta alocar um valor determinado para fazer uma quantidade de mamografias, a partir de séries históricas constrangidas pelos recursos financeiros, e disponibilizá-las para os gestores para serem disribuídas por critérios de senso comum. É necessário saber, num território sanitário, com base em evidências científicas abrigadas em diretrizes clínicas, quais e quantas são as mulheres de risco para câncer de mama e, a partir de critérios epidemiológicos, identificá-las e ofertar-lhes as mamografias programadas. O planejamento das necessidades constitui um importante fator na oferta de serviços efetivos, eficientes e que, por consequência, podem agregar valor para as pessoas usuárias. Por exemplo, o planejamento da oferta não consegue identificar e focalizar, com estratégias de intervenções diferenciadas, os portadores de uma condição de saúde segundo a estratificação dos seus riscos. Dessa forma, muitos procedimentos são ofertados, por critérios de ordem de demanda ou de interesses políticos, a pessoas usuárias que não compõem os grupos de riscos, gerando intervenções desnecessárias ou equivocadas.

O planejamento necessário para as RASs é um planejamento estratégico. Um plano estratégico é um sistema de planejamento que, a partir das necessidades de saúde da população, contidas numa análise de situação de saúde, fixa grandes objetivos e procura alcançá-los a partir de um plano de longo prazo, de um plano de médio prazo e de um plano de curto prazo que guardam, entre si, profunda coerência.

Há tempo não existe no Brasil um plano estratégico da saúde nacional, elaborado pelo Ministério da Saúde, em conformidade com um plano nacional de desenvolvimento. Existem formulações de metas gerais, como as do Pacto pela Vida, onde se misturam metas de processos e de resultados, num número excessivo para serem acompanhadas consequentemente, o que está muito distante de um plano estratégico bem concebido.

A PPI da assistência, na prática, funciona como num plano operativo de curto prazo, revisto ao sabor dos interesses mais organizados, que não guarda coerência

com diretrizes e metas de médio e longo prazos que deveriam existir num plano estratégico.

O planejamento do SUS está centrado nos espaços estaduais (Planos Estaduais de Saúde) e nos espaços municipais (Planos Municipais de Saúde). Esses planos, muitas vezes, são realizados com função meramente cartorial, sem manifestarem-se como ordenadores das ações gerenciais cotidianas desses entes federados. Há dois outros espaços de planejamento, essenciais à construção das redes de atenção à saúde, que exigem a conformação de planos de saúde: o espaço macrorregional, o Plano Macrorregional de Saúde, e o espaço microrregional, o Plano Microrregional de Saúde. Esses planos, em geral, não integram o planejamento do SUS.

A PPI da assistência acaba por ser um planejamento exclusivo dos recursos federais de alta e média complexidades, destinados aos estados e aos municípios e, não, um instrumento de planejamento que permita articular e dar transparência aos objetivos e aos recursos desses três entes federados, nos diferentes territórios sanitários. Em geral, não alcança ir além de uma macro-alocação de recursos financeiros por procedimentos de saúde e que, ao fim e ao cabo, termina por definir tetos financeiros por entes federados. Assim, num ambiente de escassez de recursos, estabelece-se, no SUS, uma lógica gerencial que gira em torno de lutas distributivas entre os gestores, uma realidade gerencial de competição por recursos escassos, bem distante da perspectiva solidária de nosso federalismo cooperativo intraestatal e da regionalização cooperativa.

A PPI, em geral, não acolhe, dentro de si, algo inerente às RASs, a integralidade das intervenções promocionais, preventivas e assistenciais. Ela faz-se com foco nas ações assistenciais. Há programações separadas da vigilância em saúde e da assistência à saúde que não se coordenam.

As ações programadas na PPI assistencial limitam-se às intervenções de atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade) de atenção à saúde, desconsiderando as de APS que são fundamentais porque, além de resolverem a grande maioria dos problemas, cumprem, nas RASs, a função de centro de comunicação. Essa função coordenadora da APS faz com que o critério de planejamento ascendente, caro ao SUS, deixe de ser um planejamento que se direciona do município para os estados e União, para ser um sistema de planejamento que, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais, parta de cada unidade de APS e, daí, irradiem-se para as unidades de atenção secundária e terciária à saúde, para os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. Porque, conforme se mostrou na discussão, anteriormente feita nesse capítulo, dos pontos de atenção secundária e terciária à saúde, o planejamento das intervenções nesses dois níveis é feito na e pela APS. A

razão é que é, aí, que se dão a interação e o vínculo da população com o sistema de atenção à saúde.

O planejamento estratégico das RASs é realizado por um processo que envolve a formulação estratégica da qual resultam ações coordenadas de longo, médio e curto prazos.

A formulação estratégica implica uma análise do entorno político, institucional e sanitário. Pode ser sustentada pela análise das fortalezas, debilidades, oportunidades e ameaças e deve levar à definição da missão, da visão e dos valores compartilhados pelo ente de governança instituído, bem como a definição do seu posicionamento estratégico no mercado público. Esse trabalho envolverá uma ampla consulta a diferentes atores sociais que atuam, direta ou indiretamente, na RAS, envolvendo os gestores, os prestadores, as pessoas usuárias e os conselhos de saúde.

A formulação estratégica levará à construção dos projetos estratégicos de médio e longo prazos que implicam os objetivos por áreas de desenvolvimento estratégico, as medidas estratégicas que se vão adotar e os recursos que serão investidos. Os planos de médio prazo cobrem um período governamental de quatro anos e correspondem ao plano plurianual de ações do governo. Os planos de longo prazo são definidos a partir de uma visão que se deseja alcançar e numa temporalidade maior que, em geral, situa-se entre quinze e vinte anos. Eles devem ser produzidos em função de diferentes cenários de longo prazo que dão os limites de possibilidades de alcance da visão e dos objetivos estratégicos.

A situação presente, definida pela análise da situacional, mostra onde se está; a visão de futuro, estabelecida no plano estratégico, aponta aonde se quer chegar. O caminho entre essas duas situações que implica o como chegar preside a definição da estratégia e da carteira de projetos estruturadores e associados.

Coerente com os planos de longo e médio prazos, instituem-se, anualmente, a partir das leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias anuais que definem os objetivos de curto prazo e os limites orçamentários e estabelecem o detalhamento das despesas.

Tudo isso há de levar à construção de um mapa estratégico da rede de atenção à saúde que deve ser monitorado e avaliado.

Um terceiro instrumento de governança das RASs é o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na APS e na atenção secundária (média complexidade), conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à atenção terciária (alta complexidade). Deve contemplar, ademais, as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da territorialização e do planejamento estratégico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O PDI parte de um trabalho de elaboração da carteira de serviços, com base nas diretrizes clínicas baseadas em evidências. Essas carteiras são, também, a forma mais apropriada de definir operacionalmente o princípio da integralidade do SUS. A carteira de serviços não se restringe aos serviços assistenciais, por envolver, também, os serviços de vigilância em saúde. A carteira de serviços envolve: a especificação dos serviços a serem ofertados pela APS em todos os municípios; a especificação dos serviços a serem ofertados pela atenção secundária à saúde (média complexidade) nos municípios-polo das microrregiões sanitárias; e a especificação dos serviços de atenção terciária à saúde (alta complexidade) a serem ofertados nos municípios-polo macrorregionais. Essa carteira de serviços corresponde a um perfil de oferta ideal das RASs.

O Boxe 7 exemplifica a carteira de serviços sanitários da Espanha.

Boxe 7: A carteira de serviços sanitários da Espanha

A Lei nº 16, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a coesão e a qualidade do Sistema Nacional de Saúde, estabelece que os serviços sanitários constituem o conjunto de serviços promocionais, preventivos, diagnósticos, terapêuticos e reabilitadores que devem constituir a carteira de serviços do Sistema Nacional de Saúde. A carteira de serviços sanitários é composta por técnicas, tecnologias e procedimentos, entendendo-se, como tais, os métodos, as atividades e os recursos baseados nos conhecimentos e na experimentação científica, mediante os quais se prestam os serviços de saúde.

A carteira é elaborada com os critérios de efetividade, eficiência, segurança, utilidade terapêutica, alternativas assistenciais, adequação a grupos menos protegidos ou em risco, necessidades sociais e impacto econômico e organizacional. Não fazem parte da carteira de serviços sanitários tecnologias que que não estejam suficientemente testadas, que são motivo de publicidade dirigida ao público em geral, que se encontrem em fase de investigação clínica e que não guardem relação com doença, acidente ou malformação congênita.

A carteira de serviços sanitários é pactuada no Conselho Interterritorial e aprovada por um Decreto Real.

A carteira de serviços sanitários do Sistema Nacional de Saúde deve garantir a atenção integral e a continuidade da atenção prestada às pessoas usuárias, independentemente do nível de atenção em que são atendidas em cada momento.

Boxe 7: A carteira de serviços sanitários da Espanha

A atualização da carteira de serviços se faz por norma do Ministério de Saúde e Consumo, a partir de informe do Conselho Interterritorial. Para incorporar novas tecnologias ou excluir tecnologias existentes é necessária uma decisão do Ministério de Saúde e Consumo, ouvida a Agência de Avaliação de Tecnologias Sanitárias. As modificações para incluir ou excluir tecnologias na carteira de serviços sanitários são realizadas segundo alguns critérios: representar um aporte realmente inovador à prevenção, ao diagnóstico, à terapêutica ou à reabilitação; ser uma nova indicação de equipamentos ou produtos já existentes; mudar de forma significativa os sistemas organizacionais da atenção à saúde; atingir amplos setores da população; causar um impacto econômico significativo no Sistema Nacional de Saúde; e perder sua utilidade sanitária, representar riscos para as pessoas usuárias ou para os profissionais de saúde ou ter sido substituída por outra tecnologia.

As Comunidades Autônomas, que constituem as estruturas descentralizadas do país, poderão aprovar suas respectivas carteiras de serviços sanitários desde que respeitem todos os serviços explicitados na carteira nacional.

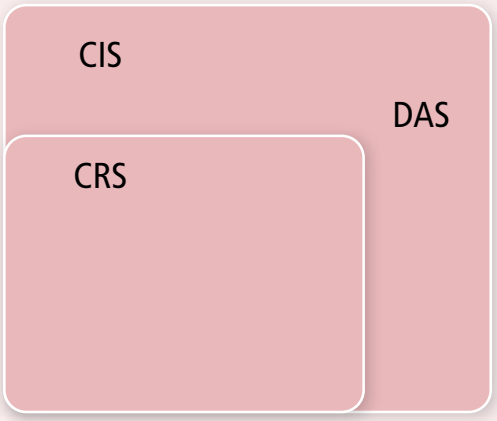
A carteira de serviços sanitários está constituída por: carteira de serviços de saúde pública, carteira de serviços da APS, carteira de serviços da atenção especializada, carteira de serviços da atenção às urgências, carteira de serviços de assistência farmacêutica, carteira de serviços de órtese e prótese, carteira de serviços dietéticos e carteira de serviços de transporte sanitário.

Fonte: Ministério de Sanidad y Consumo (2005)

Um segundo elemento necessário para a elaboração do PDI é o diagnóstico da oferta dos serviços que existem nas RASs e que configura o perfil da oferta real. Esse diagnóstico engloba: os serviços de APS, por municípios; os serviços de atenção secundária à saúde (média complexidade), por microrregiões; e os serviços de atenção terciária à saúde (alta complexidade), por macrorregiões.

A contrastação entre a carteira de serviços contida no perfil de oferta ideal, com suas respectivas quantidades e qualidades de oferta definidas segundo a programação, realizada com parâmetros epidemiológicos, com os serviços efetivamente prestados pelas RASs, em quantidade e qualidade, integrantes do perfil de oferta real, permite determinar os déficits da atenção à saúde. Esses déficits da atenção à saúde devem ser estabelecidos: para a APS, para cada município; para a atenção secundária à saúde (média complexidade) por microrregião; e para a atenção terciária à saúde (alta complexidade) por macrorregião. É o que se mostra na Figura 6.

Figura 6: Os *déficits* da atenção à saúde



CIS: Carteira ideal de serviços
CRS: Carteira real de serviços
DAS: Déficit da atenção à saúde
onde:
DAS = CIS-CRS

Ao examinar os déficits da atenção à saúde podem ocorrer duas situações. Numa primeira, existe uma capacidade instalada de oferta que permite atender às demandas por serviços, o que implica o aumento, na programação, dos recursos de custeio para adequar a quantidade de serviços à demanda definida. Numa segunda situação, há deficiência de capacidade instalada para o atendimento à demanda programada, o que leva à necessidade de investimentos para ampliar a oferta de serviços. O déficit da atenção à saúde, nessa segunda situação, é o elemento central para a elaboração do Plano Diretor de Investimentos (PDI).

O objetivo do PDI é superar os déficits de atenção à saúde, determinados por insuficiente capacidade instalada de oferta, para que as RASs possam operar adequadamente.

A elaboração do PDI faz-se a partir de padrões de investimentos predefinidos, com base nas diretrizes clínicas e em sistemas de custos otimizados, e implica a definição dos serviços a serem incrementados ou aperfeiçoados para superar os vazios da atenção à saúde, os materiais permanentes, os equipamentos e as construções ou reformas necessários, e os custos envolvidos.

Um quarto instrumento gerencial, imprescindível à governança das RASs, é o sistema de contratualização.

O sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os entes gestores das RASs e os entes prestadores de

serviços de saúde envolvidos nessas redes. Esses contratos objetivam dar solidez jurídica aos colegiados regionais por meio de contratos que gerem direitos e obrigações.

Com relação aos contratos entre os gestores e os prestadores de serviços, na administração pública, isso vem no bojo de uma profunda reforma da gestão pública. A introdução das relações contratuais na gestão pública é fruto de reformas nas organizações estatais contemporâneas definidas por Kaul (1997) como o movimento dos governos no sentido de deslocarem-se do fazer para o garantir que as coisas sejam feitas. Essas mudanças na administração pública podem ser conhecidas como a construção do Estado competente (HILDEBRAND e GRINDLE, 1994), como a reinvenção dos governos (OSBORNE e GAEBLER, 1994), como a instauração do Estado contratador (TROSA, 2001) ou como a nova gestão pública (MILLS *et al*., 2001).

Esses movimentos de reforma da gestão pública preconizam a separação das funções da regulação e da prestação de serviços. Para os reinventores do governo, o Estado moderno deve ser forte em navegar e não em remar (OSBORNE e GAEBLER, 1994); para os anglo-saxões deve haver uma clara separação entre o dono da obra (o principal), quem regula e financia, do mestre da obra (o agente), quem faz (TROSA, 2001). Ou seja, parafraseando o poeta, para o Estado contemporâneo regular é preciso, prestar diretamente os serviços não é preciso.

As mudanças da administração pública vão além da separação das funções do Estado. Seus principais elementos podem ser agrupados em três grandes blocos: a propositividade que visa a assegurar uma clareza de visão e objetivos; a responsabilização (*accountability*) que pretende aumentar a responsabilidade e a prestação de contas aos cidadãos; e o desempenho que implica criar incentivos para melhorar a performance institucional.

A separação das macrofunções de regulação e financiamento da prestação de serviços exige a instituição de mecanismos formais, entre os entes reguladores/financiadores e os entes prestadores de serviços que são os contratos de gestão.

O sistema de atenção à saúde é um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. Uma vez que a cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou, segundo a teoria dos jogos, deve-se buscar uma solução cooperativa que produza um excedente cooperativo (COOTER e ULEN, 1988). A melhor forma de negociar e acordar é através de contratos firmados entre partes diferentes.

O contrato coloca juntas duas ou mais entidades legais entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas. O contrato pode ser definido como o acordo entre dois ou mais agentes econômicos através do qual eles se comprometem a assumir ou a renunciar, ou a fazer ou a não fazer, determinadas coisas (PERROT *et al*., 1997). O contrato é, pois, uma aliança voluntária entre duas ou mais partes.

Além de darem uma base formal para a separação das funções da regulação e da prestação de serviços de saúde, o crescente interesse pelos contratos entre entes reguladores e prestadores de serviços de saúde é atribuído ao desapontamento com os padrões alocativos dos recursos dos sistemas gerenciais hierárquicos, ainda vigentes nas organizações estatais. As organizações estatais hierarquicamente rígidas, operando com os tradicionais sistemas de comando e controle, são, muitas vezes, capturadas pelos interesses dos prestadores de serviços e de suas burocracias, tornando-se incapazes de focalizarem-se nos seus sujeitos, os cidadãos usuários dos serviços públicos.

Por isso, alguns analistas têm defendido a necessidade de um acordo de longo prazo entre reguladores e prestadores de serviços de saúde através de um enfoque que se distancia do orçamento convencional das instituições estatais e dos mecanismos de mercado, o que foi denominado por Ham (1996) de enfoque da contestabilidade, entendido como o questionamento claro e permanente sobre o quê, o porquê e o como os serviços de saúde devem ser prestados. O instrumento no qual se assenta esse novo enfoque é o contrato entre a instituição reguladora e as instituições prestadoras de serviços. Ao estabelecer a relação contratual, ainda que dentro da mesma instituição estatal, destrói-se a lógica hierárquica e institui-se uma relação dialógica pela via do contrato, uma norma negociada. Na relação contratual não haverá mais um lado que manda e outro que obedece e um lado que pensa e outro que executa. O princípio da autoridade se mantém, mas noutra dimensão: a capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialogicamente com outros níveis organizacionais, de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos bilaterais.

Trosa (2001), analisando a introdução dos mecanismos contratuais nas organizações estatais, fala em espírito do contratualismo, algo que supera uma visão mais limitada do contrato como mero instrumento jurídico e se consolida como uma nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança do sistema de relações entre entes contratadores e entes contratados que passa a reger-se pelo princípio da parceria.

Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são: um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma

partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e a construção do sentido de responsabilização.

O contrato exige uma relação bilateral entre o lado da demanda, o ente contratador ou comprador – que atua como agente das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde, indivíduos e famílias – e o lado da oferta, os entes prestadores de serviços de saúde. Do lado da demanda, o ente regulador institui-se como uma organização monopsônica, fortalecendo-se perante os prestadores e, do lado da oferta, é necessário que os entes prestadores de serviços adquiram uma autonomia administrativa que os permita fazer as decisões com a liberdade necessária para cumprir o que foi acordado no contrato (REHNBERG, 1997).

A introdução de mecanismos de contratação nos sistemas públicos de atenção à saúde não necessita de estar, necessariamente, associada a políticas de desestatização dos entes estatais prestadores de serviços de saúde, com sua transformação em entes públicos não estatais ou em entes privados.

Os propósitos gerais de um contrato são: coordenar as atividades das partes, assegurando a produção de um excedente cooperativo; distribuir os frutos da cooperação; e assegurar que os compromissos sejam cumpridos. Para atingir esses propósitos as partes estão obrigadas a adotar regras de comportamento aceitas de comum acordo.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos nos sistemas de atenção à saúde: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidades aos gerentes locais; permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde; dão maior consequência ao planejamento estratégico das instituições ao exigir um maior empenho em atingir os produtos contratados; incentivam a criação e a utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais; melhoram a gestão da clínica; permitem uma melhor focalização nos interesses da população; e tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social (SAVAS *et al*, 1998).

Por outro lado, os sistemas de contratação podem determinar, pelo menos, duas consequências indesejadas que é necessário ter presente para impedir que se manifestem. Uma primeira é o aumento exagerado dos custos de transação dos sistemas de atenção à saúde. Foi o que aconteceu no Reino Unido, no início do processo de reforma do Serviço Nacional de Saúde, onde chegou a haver 3.800 entes contratantes, especialmente médicos gerais, com um incremento significativo dos custos de transação, o que obrigou, num segundo momento, a reduzir fortemente o número desses entes, reunindo os médicos generalistas em grupos (JORGE, 2001). O mesmo

se passou na Colômbia, onde os custos de transação decorrentes da introdução de um sistema singular de quase-mercados, baseado na competição gerenciada, atingiram um valor muito grande, colocando em cheque a solvência do sistema de atenção à saúde daquele país (JARAMILLO, 2001). O mesmo ocorreu na Argentina com o incremento incontrolado da intermediação no sistema de atenção à saúde (SOJO, 1997). Uma segunda consequência é a possibilidade de aumentar a fragmentação do sistema de atenção à saúde quando se fazem contratos, separadamente, com hospitais, ambulatórios especializados, unidades de APS etc. Esse parece ser o caso da Espanha, onde a contratação isolada de hospitais e de unidades de APS aumentou a incomunicação entre esses pontos de atenção à saúde e incrementou a fragmentação do sistema como um todo (VÍA, 2001).

Contudo, a fragmentação não é inerente aos mecanismos de contratação porque no Reino Unido, a instituição de grupos de médicos generalistas como agentes de contratação de todos os serviços de atenção secundária e terciária, aumentou a integração do sistema de atenção à saúde (BOADEN, 1997). Uma forma de evitar a fragmentação é contratar o conjunto de serviços que propiciem a continuidade do cuidado por comporem uma única RAS.

Os contratos são construídos a partir de quatro variáveis principais: os objetivos das RASs contidos nos planos estratégicos; as evidências e o custo efetividade das tecnologias de saúde; a disponibilidade e a capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde; e as necessidades das pessoas usuárias dos sistema de atenção à saúde.

A utilização dos contratos nas RASs é um ciclo de contratação como se vê na Figura 7. O ciclo parte das necessidades de saúde que se expressam nos planos estratégicos das RASs; os planos estratégicos de saúde definem os serviços de saúde a comprar; esses serviços devem ser especificados em que quantidades e com que qualidades; isso leva à definição e assinatura do contrato entre o comprador, o ente gestor da RAS, e o prestador dos serviços de saúde; o contrato deve ser monitorado e avaliado por um sistema de informação gerencial que emite relatórios de gestão de acordo com as necessidades de diferentes atores; o ciclo se fecha quando a avaliação dos serviços prestados realimenta os planos estratégicos de saúde e os planos de contratos.

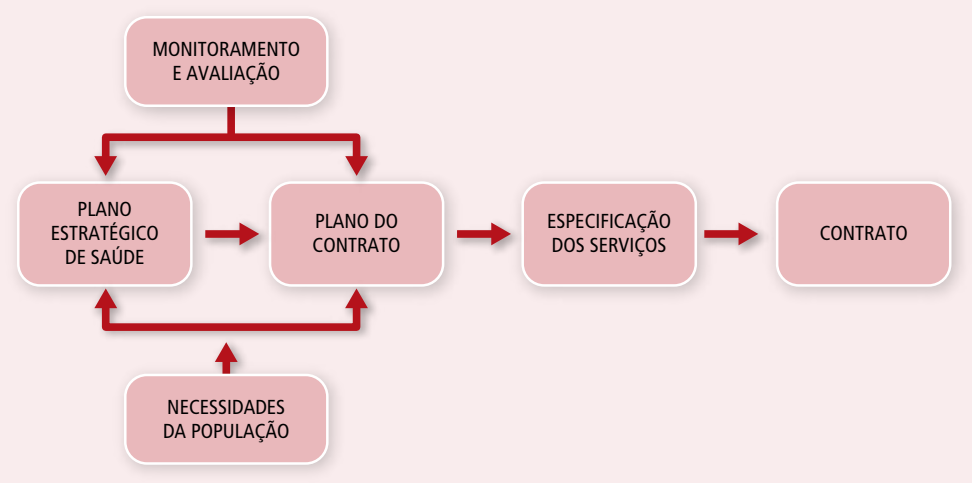
O plano do contrato deve englobar: as condições estruturais dos prestadores, se possível, definindo sistema de acreditação; os instrumentos de gestão da clínica, especialmente as diretrizes clínicas a serem utilizadas e as ferramentas de gestão da utilização, como os sistemas de controle retrospectivos, prospectivos e concomitantes; as condições de acesso aos serviços; e a especificação de padrões de qualidade

dos serviços. É desejável que as pessoas usuárias e os conselhos de saúde sejam envolvidos na especificação dos serviços a serem contratados.

A avaliação do contrato deve abranger um juízo sobre: o elenco de serviços prestados; a utilização e o acesso das pessoas usuárias aos serviços contratados; a coordenação e a integração da atenção à saúde prestada; a eficiência e a situação financeira dos prestadores de serviços; e a qualidade da atenção à saúde prestada.

Os contratos devem obedecer a um ciclo que se origina no plano estratégico que leva a um plano de contrato que deve ser monitorado e avaliado.

Figura 7: O ciclo da contratação em saúde



Os contratos devem conter um conjunto de cláusulas essenciais que envolvem a definição dos produtos, a escolha e a organização dos recursos, a coordenação no tempo e no espaço, o sistema de garantias, o sistema de monitoramento e avaliação, o sistema de pagamento e o sistema de incentivos (BROUSSEAU, 1993).

As partes devem definir os objetivos de sua aliança e os produtos que, dela, se esperam, no caso, quais os serviços de saúde que serão prestados a uma população. Essa definição deve ser feita da forma mais precisa possível, através de indicadores quantitativos e qualitativos e suas formas de mensuração ou qualificação. A explicitação dos produtos deve englobar indicadores de produção, de produtividade, de qualidade dos serviços de saúde e de satisfação da população. As partes devem

especificar quais os recursos serão utilizados, para cada uma delas, para atingir os objetivos do contrato e para definir como esses recursos serão gerenciados.

Não basta definir os produtos e os meios de produção; há que indicar quando e onde os produtos serão disponibilizados. Os contratos, por representarem uma mudança cultural radical, devem ter um período de vigência maior que permita construir uma relação cooperativa e estabelecer um ambiente de contrato confiável (LOEVINSOHN, 2008). No Reino Unido muitos contratos têm vigência de cinco anos (JORGE, 2001).

O sistema de garantias defende cada parte contra o comportamento oportunístico da outra e deve ser entendido como uma forma de dissuação entre as partes. Para que esse sistema seja eficaz, a penalização deve exceder os benefícios que derivariam do comportamento oportunista de cada uma das partes e cobrar um valor justo pela desistência do contrato.

Os produtos definidos e transformados em indicadores quantitativos e qualitativos devem ser checados com uma periodicidade predeterminada por controladores externos e internos e devem estar submetidos, quando couber um contrato legal, às normas e foros jurídicos estabelecidas de comum acordo.

A forma de pagamento dos prestadores de serviços de saúde pelo ente contratante deve estar claramente definida no contrato e pode ser feita de diferentes formas. É fundamental que o sistema de pagamento esteja alinhado com os objetivos das RASs.

O sistema de incentivos é um dos elementos mais decisivos num contrato e deve assegurar o equilíbrio entre as contribuições e as retribuições através de recompensas e penalidades, coerentes e claras, para as duas partes.

Para que as relações contratuais funcionem adequadamente, algumas condições são necessárias: a existência de uma cultura de resultados nas instituições; o consenso político em relação ao modelo de separação das funções de regulação e de prestação de serviços de saúde; a clareza dos objetivos do sistema de atenção à saúde e sua inserção no conteúdo do contrato; a existência de sistemas de informações gerenciais que permitam monitorar e avaliar os produtos acordados no contrato; a disponibilidade de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos nas instituições contratante e contratada; o sistema atrativo de remuneração dos serviços para os prestadores; a oferta dos serviços a serem contratados devem estar disponíveis por parte dos prestadores de serviços; a autonomia de gestão dos prestadores de serviços compatível com os alcance dos produtos contratados; e a capacidade dos prestadores de assumir riscos (VÍA, 2001).

Há diferentes tipologias de contratos nos sistemas de atenção à saúde. Mas há uma que tem mais utilidade prática e que consiste em categorizá-los em contratos endógenos ou internos e contratos exógenos ou externos. Essas categorias têm sido também denominadas, alternativamente, de contratos suaves e contratos duros (SAVAS *et al*, 1998).

Os contratos internos são aqueles em que os entes contratante e contratado são uma mesma instituição estatal. Nesses contratos está-se diante de um contrato moral e não de um contrato legal e, por isso, têm sido denominados de acordos de serviços (ENGLAND *et al*., 1997), de termos de compromisso ou de quase-contratos (SOJO, 2000) porque esses contratos não dispõem de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos. A autonomia jurídica do ente prestador é substituída pelo conceito de centro de responsabilidade, entendido como um centro prestador de serviços que entra numa via contratual com sua tutela, sem mudar sua natureza jurídica estatal (TROSA, 2001). Assim, são os contratos realizados na Costa Rica e no Reino Unido. Contudo, na Nova Zelândia há uma lei que dá aos contratos endógenos força legal (FERLIE *et al*, 1996).

Os contratos externos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como outras instituições públicas, estatais ou não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas. São os casos dos contratos entre um Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, uma Secretaria Estadual de Saúde ou uma organização social, ou de uma Secretaria Municipal de Saúde com hospitais filantrópicos ou hospitais privados lucrativos. Nos contratos exógenos configura-se uma terceirização dos serviços. Eles têm força legal e os entes contratados são instituições portadoras de autonomia administrativa e jurídica e, portanto, em capacidade para formalizar e responsabilizar-se, moral, administrativa e juridicamente, pelo que foi pactuado nos contratos. Nesse caso, aplica-se, mais, a expressão contrato de gestão.

Embora a contratação dos serviços de saúde no SUS seja uma preocupação dos gestores há tempo, uma significativa proporção de serviços é, ainda, executada sem contratos formais, especialmente por entes privados lucrativos e não lucrativos. Isso levou a que no Pacto de Gestão 2006 se introduzisse um índice de contratualização para medir o percentual de unidades que estão com contrato regular com o SUS.

Incorporou-se à normativa do SUS o processo de contratualização dos prestadores de serviços que tem como objetivo transformar os contratos de instrumentos meramente burocráticos para um processo que se baseia na definição de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas em função das necessidades de saúde da população e do perfil de oferta dos prestadores. Além disso, são especificadas obri-

gações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e a avaliação do desempenho dos prestadores. Os entes contratados se obrigam a alimentar regularmente os sistemas de informação: o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, CNES, o sistema de informações hospitalares, SIH SUS e o sistema de informações ambulatoriais, SIA SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007d).

Um quinto instrumento gerencial, utilizado nas RASs, é o sistema de monitoramento e avaliação.

Nas RASs, o papel do controle ou monitoramento distancia-se daquele exercitado nas organizações burocráticas em que apresenta com um foco fiscalizatório. O objetivo central do monitoramento nessas organizações poliárquicas é criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico (FLEURY e OUVERNEY, 2007).

Ainda que considerado, aqui, separadamente, o monitoramento e a avaliação, é parte integrante do círculo da formulação de políticas: definição do problema, diagnóstico, desenvolvimento de políticas, decisão política, implementação e monitoramento e avaliação (ROBERTS *et al*., 2003).

O processo de monitoramento e avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório. Uma intervenção é constituída pelos recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir bens ou serviços que possam modificar a situação-problema (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997).

O monitoramento é, muitas vezes, denominado de controle e se aproxima do conceito de avaliação normativa. O monitoramento pode ser definido no trabalho *ex-post* de acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

O monitoramento das intervenções faz-se de maneira contínua e periódica e, em geral, não exige análise estatística; no monitoramento das intervenções, as informações estão regularmente disponíveis nos sistemas de informação gerencial; o monitoramento das intervenções é uma atividade organizacional difusa, feita por todos que executam programas nas organizações; o monitoramento é, em geral, uma atividade interna à organização; e o monitoramento, normalmente, não pro-

duz evidências. O monitoramento faz-se em diferentes situações: a apreciação da estrutura, a apreciação dos processos, a apreciação da dimensão técnica dos serviços, a apreciação das relações interpessoais e a apreciação da dimensão organizacional (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

O processo de monitoramento exige, para seu funcionamento, um sistema de informação gerencial eficaz. Há duas implicações principais decorrentes disso.

Primeiro, há que, a partir do plano estratégico e dos contratos de gestão, desenhar o sistema de monitoramento, o que envolve definir: a natureza do indicador; a sua fórmula de cálculo; o seu nível gerencial (estratégico, tático ou operacional); a(s) fonte(s) de informação; as gerências dos bancos de dados encarregadas de prover as informações; as formas de apresentação (gráfico, tabelas etc.); e o período de informação (diário, quinzenal, mensal, trimestral, anual etc.). A seleção dos indicadores para o sistema de monitoramento envolve três critérios fundamentais: a importância do que está sendo medido, a solidez científica do indicador e a viabilidade de se obterem informações comparáveis. A importância do que está sendo medido envolve: o impacto do que está sendo medido na saúde da população; a importância política para os gestores e para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde; e a suscetibilidade do que está sendo medido às intervenções sanitárias. A solidez científica do indicador engloba: a validade, a capacidade do indicador medir o que se espera medir; a fidedignidade do indicador, a capacidade de produzir resultados estáveis em várias populações e circunstâncias; e a evidência científica, a presença de evidência de boa qualidade na literatura sobre o indicador. A viabilidade de se obterem informações comparáveis abrange: a existência de protótipos, os indicadores já em uso; a disponibilidade de comparadores, a presença de informações comparáveis, no país ou internacionalmente; o custo dos indicadores, o valor financeiro para se obter o indicador e processá-lo rotineiramente; e a capacidade dos indicadores propiciarem análises de subpopulações, a possibilidade do indicador em permitir análise de subgrupos populacionais (HURTADO, 2006).

Segundo, há que se dispor de um *software* relacional que pressupõe a articulação dos diferentes sistemas de informação para produzir indicadores predefinidos no plano estratégico e nos contratos de gestão e emitir relatórios de gestão periódicos, conformados pelas demandas de diferentes atores, dentro e fora da organização.

Os *softwares* para monitoramento podem ser do tipo Data Warehouse. Esses *softwares* não são um produto, e sim uma estratégia que reconhece a necessidade de armazenar dados, separadamente, em sistemas de informação e consolidá-los, de forma a assistir diversos profissionais de uma organização na tomada de decisões,

de modo rápido e eficaz. Eles se constituem de um conjunto de dados baseado em assuntos, integrado, não volátil, e variável em relação ao tempo, para apoio às decisões gerenciais. O *Data Warehouse* tem a seguinte arquitetura: aquisição da informação: essa camada é responsável por reunir, refinar, limpar e agregar o dados dos sistemas de produção e, para isso, o dado deve estar correto e deve prover um único significado para facilitar na tomada de decisão; armazenamento da informação: essa camada provê o armazém da informação; e disponibilização da informação: essa camada é a parte da arquitetura que suportará um conjunto de ferramentas de apresentação e de análise. Um projeto de *Data Warehouse* nunca termina. As fontes de dados mudam, as necessidades dos usuários também mudam, o número deles aumenta, as regras de mercado se alteram e os usuários tendem a demandar mais informações (MATEUS, 2000).

As ações de monitoramento são muito facilitadas quando são aplicadas como parte de um sistema de gestão estratégica. Um bom exemplo são sistemas de gestão estratégica construídos pelo BSC (*balanced score card*) a partir de: uma definição clara dos objetivos e estratégias das empresas; o alinhamento de toda organização com os objetivos propostos; a revisão dos processos internos necessários para a consecução desses objetivos; a definição de indicadores estratégicos, táticos e operacionais, controláveis e quantificáveis; e o controle sistemático desses indicadores. O BSC utliza mapas estratégicos e gráficos de fácil vizualização, como os painéis de bordo, para medir o desempenho das organizações (LIMA, 2007).

Há vários modelos de monitoramento dos sistemas de atenção à saúde, disponíveis na literatura internacional e, dentre eles, o modelo de Donabedian, o modelo lógico, o modelo americano e o modelo de monitoramento da performance dos sistemas de atenção à saúde nas Américas.

O modelo de Donabedian (2003) parte da clássica definição de estrutura, processo e resultados. Essas três categorias não são atributos de qualidade dos sistemas de atenção à saúde ou dimensões de performance, mas a explicitação de um processo de produção em insumos, processos e produtos. O modelo lógico é um avanço na concepção de Donabedian, representada por uma hierarquia dos componentes de um programa. Esses componentes, organizados numa cadeia, são: insumos, atividades, produtos e resultados, onde os insumos levam à atividades que levam aos produtos que, eventualmente, levam aos resultados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999).

Nos Estados Unidos, destacam-se duas propostas de monitoramento dos sistemas de atenção à saúde: a da Foundation for Accountability do domínio do consumidor e a do Instituto de Medicina para a qualidade da atenção à saúde. O modelo de domí-

nio do consumidor tem quatro categorias de centralização no consumidor conforme o consumidor expressa suas necessidades de saúde: ficando saudável e evitando as doenças; melhorando quando doente; convivendo com doenças crônicas ou incapacidades e obtendo ajuda para o autocuidado e manutenção das funções; e enfrentando o fim da vida (FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY, 1997). O modelo de qualidade do Instituto de Medicina supõe seis objetivos para os sistemas de atenção à saúde: que sejam seguros, que sejam efetivos, que sejam centrados nos pacientes, que sejam prestados no tempo oportuno, que sejam eficientes e que sejam equitativos. Os quatro primeiros são atributos da qualidade e os dois últimos são atributos transversais e que refletem as necessidades das pessoas usuárias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Um estudo do Instituto de Medicina definiu dez princípios para medidas de performance dos sistemas de atenção à saúde: medidas integrais; medidas e objetivos baseados em evidências; medidas longitudinais; suporte de usos múltiplos e atores sociais; medidas intrínsecas à atenção à saúde; perspectiva das pessoas usuárias; medidas individuais e populacionais; responsabilização compartilhada; sistema de aprendizagem; e sistema independentemente, flexível e sustentável (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006b).

A partir desses modelos disponíveis na experiência internacional e com base nos indicadores de qualidade da atenção à saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (KELLEY e HURST, 2006) foi apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde, um modelo de monitoramento da performance dos sistemas de atenção à saúde das Américas (HURTADO, 2006). Esse modelo supõe que os sistemas de atenção à saúde devem ser operados de maneira que os serviços sejam acessíveis à maioria da população; que devem ser de qualidade; e que devem ser providos de modo equitativo e eficiente; e que devem satisfazer às necessidades de saúde da população. O modelo mostra, ainda, que os sistemas de atenção à saúde não operam num vácuo, mas que são afetados por determinantes sociais da saúde. O modelo está constituído por vários indicadores, distribuídos por dimensões e subdimensões:

Acesso à atenção:

- Disponibilidade: oferta de médicos e enfermeiros por 10.000 pessoas; número e distribuição de estabelecimentos de saúde nos vários níveis de atenção, incluindo leitos hospitalares; e acesso geográfico.

Utilização:

- Possibilidade de ter atenção quando necessária: número médio de consultas por pessoa; número médio de consultas no pré-natal; número médio de visitas a crianças nos primeiros 15 meses de vida.

Acesso a fonte regular de atenção:
- Acesso regular à APS; qualidade da atenção.

Efetividade:
- Acesso à promoção da saúde e à educação em saúde; e aleitamento materno.

Estado de saúde:
- Mortes por acidentes vascular encefálicos após 30 dias de sua ocorrência; taxas de sobrevivência de 5 anos em pessoas portadoras de câncer de mama, de colo de útero e colorretal; taxa de mortalidade por asma de 5 a 39 anos; taxa de mortalidade por infarto de miocárdio em 30 dias; incidências de doenças imunizáveis.

Atenção hospitalar:
- Proporção de partos cesáreos; uso racional de antibioticoterapia profilática em condições traçadoras; readmissões hospitalares em condições traçadoras; internações pós-cirurgia ambulatorial; retorno a UTI.

Atenção ambulatorial:
- Programa anti-tabágico; rastreamento de câncer de mama (mamografia), câncer de colo de útero e câncer colorretal; cobertura vacinal; cobertura de vacina para influenza nos idosos; uso racional de antibióticos em condições selecionadas; internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; uso apropriado das diretrizes clínicas em diabetes, doenças cardiovasculares, asma e depressão.

Segurança:
- Taxas de infecção hospitalar; erros médicos; quedas de pacientes

Centralidade nas pessoas:
- Experiências das pessoas usuárias na atenção ambulatorial: qualidade das relações interpessoais com os profissionais, provisão de informação em saúde, empoderamento das pessoas usuárias e decisões compartilhadas entre profissionais e pessoas usuárias.

Satisfação dos pacientes com os serviços hospitalares:
- Comunicação das pessoas usuárias com os profissionais, responsividade da equipe, limpeza e nível de ruído do ambiente hospitalar, controle da dor, comunicação sobre medicamentos e informações sobre altas; atenção em tempo oportuno; continuidade da atenção; tempo de espera por procedimentos selecionados.

Equidade

- Quaisquer dos indicadores já definidos anteriormente, segmentados por características populacionais, por regiões ou por tipos de asseguramento ou financiamento do sistema.

Eficiência

- Propriedade: uso de cirurgia ambulatorial; admissões em cirurgias ambulatoriais; Relação insumo/produto: média de permanência hospitalar para condições específicas;
- Uso da capacidade instalada: estoque de medicamentos, hemocomponentes e material cirúrgico no fim do ano; taxa de salas cirúrgicas não utilizadas.

A avaliação é diferente do monitoramento. Consiste em fazer um julgamento *ex-post* de intervenções usando o método científico. Ela busca analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de intervenções, bem como estabelecer as inter-relações entre as intervenções e os contextos em que se localizam, para propiciar decisões mais racionais (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997).

A avaliação dos serviços de saúde consiste numa intervenção episódica sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas ou a utilizar múltiplas linhas de evidências; ela estabelece relações entre os componentes e analisa os resultados esperados e não esperados dos serviços de saúde; ela faz-se com utilização de técnicas de pesquisa avaliativa; ela é uma atividade organizacional especializada conduzida por avaliadores; ela pode ser feita interna e externamente; e ela produz evidências.

A avaliação pode ser decomposta em seis tipos de análise (CONTANDRIOPOULOS, 1997): a análise estratégica, a adequação entre a intervenção e a situação-problema que a gerou; a análise da intervenção, a definição das relações entre os objetivos da intervenção e os recursos empregados na sua realização; a análise da produtividade, o modo como os recursos são utilizados para produzir a intervenção; a análise dos efeitos, o impacto da intervenção sobre os estados ou os níveis de saúde da população; a análise do rendimento, a relação entre os recursos empregados e os efeitos obtidos; e a análise da implantação, a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção no seus efeitos ou a influência do ambiente nos efeitos obtidos.

Um bom exemplo de avaliação, aplicável às RASs, é a avaliação dos programas materno-infantis no Nordeste do Brasil, realizada por Hartz *et al*. (1997).

Um sexto instrumento gerencial da governança das RASs é o sistema de acreditação.

A acreditação é um sistema de verificação periódico, voluntário e reservado, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde da população.

A acreditação dos serviços de saúde é regulada, no país, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006, que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação. Essa Resolução determina que a Agência Nacional de Acreditação (ONA) e as instituições por ela credenciadas utilizem, no desenvolvimento do processo de acreditação, exclusivamente os padrões e níveis definidos por aquele manual, no que se refere às normas de: serviços hospitalares; serviços de hemoterapia; serviços de laboratório clínico; serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva; serviços de radiologia, diagnóstico por imagens, radioterapia e medicina nuclear; e serviços ambulatoriais, terapêuticos e de pronto atendimento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006).

O sistema de acreditação das RASs exige uma nova forma de acreditação, diferente da que vem sendo praticada. Na perspectiva sistêmica que marca o funcionamento das RASs não é suficiente acreditar, isoladamente, cada um dos seus componentes, pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio porque é a operação harmoniosa e integrada de todos os elementos das redes que possibilitam agregar valor para a população (PORTER e TEISBERG, 2007). Numa RAS, a presença de um excelente hospital, acreditado num nível superior, mas que não está organicamente articulado, em rede, com a APS, com a atenção ambulatorial secundária e com os sistemas de apoio, não garante que os seus serviços, separadamente, irão melhorar os níveis de saúde da população. É o que fica claro, no Boxe 1, sobre a situação da hipertensão arterial sistêmica no SUS.

A acreditação das RASs impõe uma nova atitude acreditatória que implica a acreditação de toda os componentes da rede e de suas relações, de forma a tornar imperativa a sistemicidade e a continuidade da atenção à saúde.

É o que se verifica na proposta de acreditação de RASs da Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations, resumida no Boxe 8.

Boxe 8: A acreditação de RASs pela Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations

O sistema de acreditação das RASs pode ser feito conforme recomenda a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations por meio do Comprehensive Accreditation Manual for Integrated Delivery Systems, desenhado para facilitar o melhoramento operacional contínuo dos sistemas integrados de saúde (o conceito de RAS utilizado), bem como para realizar a auto-avaliação de suas performances tendo como base os padrões da Comissão.

O manual de acreditação está desenvolvido em vários capítulos funcionais:

A gestão da informação:

- O objetivo da função da gestão da informação é obter, gerenciar e usar informação para melhorar a performance de prestadores de serviços às pessoas usuárias e para dar suporte aos processos de governança e de gestão. Para alcançar os objetivos dessa função, os seguintes processos devem ser desenvolvidos: identificar as necessidades de informação, internas e externas, das RASs; desenhar a estrutura do sistema de informação; definir e capturar os dados e as informações; manter a confidencialidade das pessoas usuárias; analisar e transformar dados em informações; integrar os dados; transmitir, reportar e prover *feedback* em dados e informações; e assimilar e usar as informações. O manual foca na performance desses processos através da gestão de: componentes de dados e informações; dados e informações específicos das pessoas usuárias; dados e informações agregados; conhecimentos especializados em dados e informações; e dados e informações comparativos de performance. Os padrões são estabelecidos para: o planejamento da gestão da informação; a confidencialidade e segurança; os processos de gestão da informação; a decisão baseada em informações; a informação baseada no conhecimento; e a informação específica da pessoa usuária.

A gestão dos recursos humanos

O objetivo da função de gestão dos recursos humanos é propiciar aos gestores e aos prestadores das RASs identificar e prover um número apropriado de pessoal qualificado para cumprir sua missão e atender às necessidades das pessoas usuárias. Para isso, os líderes das RASs devem definir as competências e as qualificações das equipes para que se cumpram a missão do sistema e garantir os recursos humanos necessários, clínicos e administrativos, através de relações convencionais empregados-empregadores, de contratos ou de outros arranjos. Há uma lista de padrões que envolvem, dentre outros: treinamento em serviço; informação e educação permanente; avaliações de desempenho; critérios de recrutamento; avaliação das práticas clínicas com vistas ao recrutamento; orientação inicial aos recursos humanos; treinamento inicial dos recursos humanos; avaliação da competência para realizar o trabalho; avaliações periódicas de desempenho; identificação dos líderes e de suas responsabilidades; definição do escopo dos serviços; definição da missão, valores e objetivos; coerência dos planos com a missão, valores e objetivos; estabelecimento de relações entre os aspectos clínicos, segurança, gestão de riscos e qualidade; definição do plano de serviços; gestão de programa de emergência; a adequação do ambiente da atenção; critérios para seleção de prestadores e de delegação dos serviços; e coordenação das atividades.

Boxe 8: A acreditação de RASs pela Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations

A promoção da saúde e a prevenção das condições de saúde

As RASs devem estabelecer serviços preventivos nos níveis primário, secundário e terciário. Para isso deve ser desenvolvido um plano de serviços preventivos, com base em linhas-guia baseadas em evidências. O plano envolve a avaliação das necessidades de serviços preventivos, o que inclui: a definição da população; o número de pessoas nessa população; a distribuição da população por idade e gênero; e um inventário dos serviços preventivos apropriados, segundo idade e gênero.

A melhoria do desempenho

O objetivo do aperfeiçoamento do desempenho das RASs é melhorar os resultados sanitários do sistema através de melhorias na clínica, na administração, na governança e nos processos de apoio. O enfoque está em medir o desempenho através da coleção de dados, medir o desempenho atual e melhorar o desempenho. Os padrões utilizados são: a coleção de dados para monitorar o desempenho; dados são sistematicamente agregados e analisados; padrões indesejados ou tendências de desempenho são analisados; processos para identificar e gerenciar eventos-sentinela são definidos e implementados; informações das análises dos dados são utilizadas para fazer mudanças que melhorem o desempenho, aumentem a segurança para as pessoas usuárias e reduzam os riscos dos eventos-sentinela; e um sistema proativo para identificar e reduzir efeitos adversos e os riscos para a segurança são definidos e implementados.

A liderança

O objetivo da função de liderança é permitir às lideranças das RASs planejar, dirigir, coordenar, prover e melhorar os serviços de saúde para responder às necessidades das pessoas usuárias e da comunidade. A liderança é o que se provê individual e coletivamente para uma RAS. Uma liderança efetiva tem as seguintes características: é inclusiva, não exclusiva; encoraja a participação de todos na missão, visão e valores das RASs; desenvolve lideranças em todos os níveis do sistema; avalia as necessidades das pessoas usuárias das RASs; e desenvolve uma cultura sistêmica que foca na melhoria contínua do desempenho do sistema para atender a essas necessidades.

A educação e a comunicação

O objetivo dessa função é melhorar os níveis de saúde das pessoas usuárias por meio de: promoção de comportamentos saudáveis; facilitação da participação das pessoas usuárias e das famílias nas decisões sobre a sua saúde; envolvimento das pessoas usuárias e de suas famílias nas decisões sobre a saúde; e dar apoio ao retorno rápido às atividades. Educar as pessoas usuárias para torná-las conhecedoras do sistema de atenção à saúde é um grande desafio das RASs e requer uma relação colaborativa entre os componentes do sistema, as equipe de saúde e as pessoas usuárias e as famílias. Os padrões nessa função são: facilitar a compreensão das pessoas usuárias e as famílias sobre as RASs e sobre os passos para utilizá-las; ajudar as pessoas usuárias a compreender seu estado de saúde, as opções de cuidado e as consequências das escolhas; educar as pessoas usuárias para exercitar seus direitos e responsabilidades; encorajar as pessoas usuárias e as famílias no exercício das decisões sobre as opções de cuidados; aumentar o potencial das pessoas usuárias e as famílias para seguir o plano de cuidados para maximizar o estado de saúde; aumentar a habilidade das pessoas usuárias e as famílias para enfrentar suas necessidades; aperfeiçoar o papel das pessoas usuárias e as famílias na atenção contínua; e promover um estilo de vida saudável.

Os direitos, as responsabilidades e a ética

Boxe 8: A acreditação de RASs pela Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations

As RASs têm responsabilidades éticas com os cidadãos, com seus financiadores e com seus servidores. Para isso, as RASs devem contar com documentos que definam linhas-guia sobre ética para sua operação e para a atenção às pessoas usuárias. O código de ética das RASs deve envolver: privacidade pessoal; confidencialidade da informação; acesso razoável à atenção; atenção prestada com respeito às crenças e valores das pessoas usuárias; designação de um responsável quando a pessoa usuária é incapaz de entender o plano de cuidados; e participação informada das pessoas usuárias em seu plano de cuidados.

A continuidade da atenção

O objetivo dessa função é definir e modelar a sequência dos processos e das atividades para maximizar a coordenação dos cuidados ao longo do contínuo de atenção. Os padrões dessa função envolvem: atenção às pessoas usuárias provida apropriadamente; entrada das pessoas usuárias nos níveis adequados de atenção; informação adequada às pessoas usuárias nos serviços de emergência; existência de processos para monitorar a propriedade da atenção; existência de programa de monitoramento da assistência farmacêutica; existência de comunicação entre os diversos serviços para dar suporte à continuidade da atenção; informação às pessoas usuárias de necessidades de saúde que precisam de seguimento; transferências de pessoas usuárias entre os serviços realizados de acordo com as suas necessidades de saúde; e altas das pessoas usuárias realizadas de acordo com as necessidades de saúde.

Os eventos-sentinela

Os eventos-sentinelas são ocorrências não esperadas envolvendo mortes ou sérias injúrias físicas ou psicológicas ou riscos. São sentinelas porque sua presença sinaliza um problema sistêmico que implica a necessidade imediata de investigação e resposta. A função de eventos-sentinela tem os seguintes objetivos: ter um impacto positivo na atenção às pessoas usuárias e na prevenção desses eventos; focar a atenção no sistema que tenha experimentado um evento-sentinela e compreender as suas causas e mudar o sistema para que esses eventos não mais ocorram no futuro; aumentar o conhecimento geral sobre eventos-sentinela, suas causas e as estratégias de prevenção; e manter a confiança do público no sistema. Alguns eventos-sentinela utilizados são aqueles que obedecem aos seguintes critérios: o evento resultou numa morte precoce ou em perda de funções não relacionadas com o curso natural da doença; o suicídio de uma pessoa sob atenção num serviço de saúde; a morte de criança com parto a termo; os contatos sexuais das pessoas usuárias com profissionais de saúde; a transfusão de sangue entre grupos incompatíveis; e cirurgia em paciente errado ou em parte errada do corpo.

Fonte: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004)

O sistema de financiamento das redes de atenção à saúde

O sistema de financiamento nos sistemas de atenção à saúde consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou de fontes secundárias (governo federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação em fundos reais ou virtuais (poupança familiar, orçamento público, fundos públicos etc.) e sua distribuição por meio de uma variedade de arranjos

institucionais para produzir serviços de saúde. Assim, o sistema de financiamento desempenha três papéis: o papel extrativo, o papel acumulativo e o papel alocativo.

Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde é aquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das RASs para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços. Ou seja, é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado com os objetivos das RASs.

Ocorre que os sistemas de financiamento da saúde foram desenvolvidos na era da predominância do cuidado agudo, desconsiderando a atenção às condições crônicas. Além disso, os resultados econômicos do financiamento às condições crônicas dão retornos financeiros cinco anos depois e os resultados sanitários costumam demorar de oito a dez anos para ocorrerem (EASTMAN *et al*., 1997). Esses tempos longos não combinam com as visões de resultados de curto prazo dos gestores comuns de saúde que preferem, então, financiar a atenção às condições e aos eventos agudos que dão visibilidade política de curto prazo, a investir em resultados econômicos e sanitários de médio e longo prazos, mas sustentáveis.

Para que as RASs possam alcançar seus objetivos é importante alinhar esses objetivos com o sistema de financiamento e com os incentivos econômicos. A falta de alinhamento determina a implantação de políticas inefetivas (KUTZIN, 2008). Somente se logrará enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – a essência das RASs – se os objetivos dessas redes estiverem alinhados com o sistema de pagamento e com os incentivos econômicos. Por exemplo, de nada adianta fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, se o sistema de pagamento está dirigido a remunerar os serviços por procedimentos, segundo suas respectivas densidades tecnológicas.

Os espaços-chave de financiamento das RASs são dois, o financiamento das redes e dos seus componentes (LaFORGIA, 2007). O financiamento das redes envolve: o custeio, a focalização em mecanismos de pagamento para a rede cobrir as necessidades e demandas de saúde da sua população; o investimento, a focalização na compatibilização da capacidade física com as necessidades e as demandas da

população e a racionalização da estrutura operacional segundo a capacidade fiscal e financeira, mediante planejamento estratégico de investimentos para toda a rede.O financiamento dos componentes das RASs engloba o custeio, o alinhamento dos incentivos econômicos de modo a favorecer uma responsabilização compartilhada entre todos esses componentes; e o investimento, o direcionamento para os serviços de saúde, feitos segundo o plano estratégico, contemplando os princípios de economia de escala e de escopo e buscando a qualidade.

O sistema de pagamento materializa-se através de formas de pagamento distintas, expressas nos seguintes tipos ideais: unidade de serviço, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, diária, capitação, salário, elemento de despesa orçamentário ou orçamento global.

Esses diversos modos de pagamento podem ser agrupados em dois grandes grupos: os pagamentos retrospectivos e os pagamentos prospectivos. O sistema de pagamento retrospectivo é aquele em que o fluxo financeiro faz-se ex-ante, independentemente da prestação prévia dos serviços, como os pagamentos por capitação e por orçamento global. Diferentemente, os pagamentos prospectivos constituem fluxos financeiros ex-post, no qual o pagamento é efetuado em virtude dos serviços previamente executados, como nas formas de pagamento por unidade de serviço, por diária e por procedimentos por grupos afins de diagnóstico.

Essas formas de pagamento apresentam, todas, fortalezas e debilidades. Assim, o pagamento por capitação é forte no incentivo de medidas promocionais e preventivas e na contenção de custos, mas pode induzir os prestadores a não oferecerem certos serviços necessários; por outro lado, o pagamento por unidade de serviços ou por procedimentos incentiva a sobreprestação de serviços, mas é o sistema que mais satisfaz os usuários.

Contudo, está se fixando uma posição de que o método de pagamento por unidade de serviço ou por procedimentos deve ser evitado porque suas debilidades são muito superiores às suas fortalezas, em quaisquer circunstâncias. Nos Estados Unidos, essa forma de pagamento tem sido considerada como um reator descontrolado que abastece os custos do sistema de atenção à saúde, já que cerca da metade dos serviços de saúde consumidos são resultado da orientação de médicos e de fornecedores e não das necessidades da população (CHRISTENSEN *et al*., 2009). Esses autores citam dois executivos importantes de organizações de saúde americanas. Um George Halvorson, Presidente da Kaiser Permanente diz: "*Examine os números e observe os contrastes. Os pacientes poderiam pagar a um médico US$ 100 por uma visita de prevenção à asma e mais US$ 200 por seu inalador, vendido sob prescrição. Uma visita ao setor de emergência, por outro lado, pode gerar de US$ 2.000 a US$ 4.000*

em receitas para o prestador, enquanto uma hospitalização integral poderia render de US$ 10.000 a US$ 40.000 em receitas para a instituição. Se o dinheiro incentiva o comportamento, onde, como sociedade, estamos colocando nosso dinheiro hoje? Não é na prevenção das crises de asma, mesmo estando os Estados Unidos diante de uma epidemia de asma". Outro o dr. Robert Nesse, da Clínica Mayo, indaga: "*Qual seria o preço de um hambúrger na TGI Fridays se, em vez de pagar pelo resultado da boa comida, oferecida em local adequado por um serviço amável, pagássemos pelo número de cozinheiros ou pelo número de garçons que nos atendessem. O que aconteceria com o preço do hambúrguer?*"

Alguns pontos parecem consensuais em relação aos sistemas de pagamento nas RASs: os prestadores de serviços respondem aos incentivos positivos e negativos contidos em cada forma de pagamento; exige-se um certo nível de capacidade gerencial para tornar qualquer método eficaz; os métodos de pagamento que geram incentivos mais positivos tendem a apresentar custos administrativos mais altos; os gestores estão se movendo das formas de pagamento por subsídio à oferta para formas de pagamento por subsídio à demanda; a forma de pagamento deve induzir a algum compartilhamento de riscos financeiros com os prestadores de serviços; e a forma de pagamento deve fazer parte de um contrato de gestão com base em desempenho (BARNUM *et al.*, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Diante das vários métodos alternativos de pagamento, havia, até bem pouco tempo, uma tendência a propor a adoção de sistemas mistos por uma série de razões: são os mais encontrados; dariam mais flexibilidade aos gestores para compor suas relações com os prestadores de serviços; e permitiriam relativizar os incentivos adversos contidos num sistema puro (KUTZIN,1995). Contudo, recentemente, manifesta-se uma tendência para a forma de pagamento por orçamento global ou por capitação ajustada em função de seus efeitos sistêmicos positivos nas RASs, como: o incremento de atividades de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde; o efeito indutor sobre a organização de um sistema baseado na atenção contínua em vários pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio; o fortalecimento da APS; a capacidade de contenção de custos; e a indução do rateio dos riscos financeiros e sanitários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; TELYUKOV, 2001; CERCONE, 2007).

Uma análise das experiências internacionais de financiamento de RASs permite extrair algumas tendências. Em termos do contexto, deve-se buscar a definição de territórios sanitários que permitam alcançar maior escala para melhorar a equidade, a eficiência, a qualidade e reduzir os custos administrativos e a racionalização da oferta. Os entes de governança das RASs necessitam de ter um orçamento definido sob o qual tenham responsabilidade: a possibilidade de gestão dessas redes exige

um orçamento e a autonomia de sua gestão pelos entes de governança. Em sistemas descentralizados com múltiplas fontes financeiras, a sustentabilidade das RASs depende, cada vez mais, de um fundo comum que agregue os recursos de diferentes fontes e os coloque sob comando dos entes de governança. O mecanismo de financiamento *per capita* ajustado torna-se mais comum porque permite financiar um pacote amplo de serviços ofertados, promover a equidade, conter os custos e financiar os investimentos das RASs. Todas as formas de financiamento devem estar amarradas a contratos de gestão que fixem bônus e sanções financeiras. E bons contratos exigem sistemas padronizados de custos (LaFORGIA, 2007).

Um seminário realizado no Reino Unido para discutir a integração dos sistemas de atenção à saúde naquela região concluiu que o desenvolvimento de sistemas de capitação ajustada para uma determinada população, vinculado a riscos econômicos e a oportunidades de benefícios reais, constitui a única forma de incentivar a adoção de RASs (ROSEN e HAM, 2008).

Nos Estados Unidos, numa reunião para avaliar a crise do sistema de atenção à saúde daquele país, concluiu-se que: o sistema é o mais caro do mundo; ele opera com padrões de qualidade medíocres; ele produz resultados sanitários inferiores a outros países que gastam bem menos; e ele não oferece serviços preventivos apropriados. A causa disso tudo é o sistema de pagamento focado no volume de recursos, ou seja, os incentivos financeiros estão dirigidos para prestar mais serviços a mais pessoas, o que aumenta os custos do sistema de forma incontrolável (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008). O mesmo está se constatando no Canadá. O Conselho de Saúde daquele país verificou que se gastaram, em 2008, 172 bilhões de dólares em saúde e que esses gastos consumiram 40% dos orçamentos das províncias. Com base nisso, esse Conselho lançou uma discussão nacional sobre o financiamento da saúde que retira o foco do volume dos recursos consumidos para dirigi-lo para o valor do que se está obtendo por dólar invertido. Essa discussão tem como nome valor da saúde no Canadá e mantém uma página na Internet, acessível aos cidadãos daquele país (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2009).

Por outro lado, vão se acumulando evidências de que mais serviços e mais recursos no sistema de atenção à saúde não contribui para melhorar os resultados sanitários e, em alguns casos, observou-se uma associação inversa entre o volume dos gastos e a qualidade da atenção à saúde e piores resultados sanitários foram obtidos em regiões com maiores ofertas de serviços e maiores gastos (JENKINS *et al.*, 2003). Parece que a explicação está em que os sistemas de pagamento focados no volume de procedimentos penaliza os prestadores que operam com mais qualidade, já que manter as pessoas saudáveis, reduzir os erros médicos e evitar os serviços desnecessários geram menos receita (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

É interessante notar que a maior crise do sistema de atenção à saúde no mundo está presente, hoje, nos Estados Unidos que são o país que mais gasta nesse setor.

Um trabalho feito com países da OCDE mostrou que não há relação entre o volume de recursos despendidos em saúde com a expectativa de vida ao nascer (JOUMARD *et al*., 2008). Na mesma linha, um documento da Organização Mundial da Saúde, adverte que uma visão de senso comum considera que a melhor maneira de melhorar a qualidade da atenção é alocar mais recursos para o sistema de atenção à saúde. Mas isso não é verdade porque, frequentemente, mais recursos são usados para fazer mais do mesmo e, isso, pode levar a serviços inefetivos e perigosos, localizados em lugares errados em função das necessidades da população e sem integração em redes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

Dessa forma, vai-se formando uma opinião de que os sistemas de financiamento devem mudar, radicalmente, de um enfoque de volume para um enfoque de geração de valor para as pessoas. Nesse sentido, tem sido proposto um sistema de pagamento por episódio de atenção para os eventos agudos maiores; e o uso de orçamento global ajustado por riscos ou capitação ajustada por condições de saúde específicas para as doenças crônicas. Essas mudanças no sistema de pagamento devem prover recursos suficientes para: fortalecer a APS por meio de um pagamento por orçamento global ajustado por riscos, com uma parte articulada a desempenho; estimular a adoção dos modelos de atenção às condições crônicas; e criar incentivos para as pessoas que utilizam a APS (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

Num livro que trata dos sistemas de atenção à saúde no ambiente privado americano, na ótica da livre competição de mercado, Porter e Teisberg (2007) propuseram um sistema de pagamento com base no valor para a saúde em vez de nos esforços, na complexidade dos serviços ou nos custos totais. Isso implicaria alinhar o sistema de pagamento e o valor agregado às pessoas usuárias, pela superação do modelo atual de pagamento separado para cada médico, hospital ou procedimento, instituindo-se, alternativamente, um sistema de pagamento envolvendo um valor global consolidado pelo ciclo de atendimento completo a uma condição de saúde.

O sistema de financiamento das RASs, no seu componente de pagamento aos prestadores de serviços, deve conter incentivos que induzam à articulação dessas redes e à valorização dos procedimentos de atenção às condições crônicas.

Há evidência de que o sistema de pagamento com incentivos de desempenho funciona bem desde que seja acompanhado de um bom sistema de monitoramento (FROLICH *et al*., 2007). Os estudos sobre os incentivos de desempenho em relação às

condições crônicas permitem concluir que: eles não devem limitar-se aos resultados, mas envolver metas em relação à estrutura e aos processos; eles devem ser contínuos e não por um tempo definido como um ano; e eles produzem melhores resultados quando são dirigidos aos profissionais da ponta mais que aos gestores. As evidências em relação aos incentivos de qualidade são menos conclusivas (BEICH *et al*., 2006; HACKBARTH, 2006). Não obstante, na Inglaterra se verificou que, na APS, o pagamento por desempenho melhorou a qualidade clínica (CAMPBELL *et al*., 2007).

Há vários exemplos de inovações no financiamento, nas experiências internacionais. No Reino Unido, desenvolveu-se um sistema com base em resultados sanitários e qualidade para os médicos generalistas que envolve incentivos de desempenho em relação às principais condições crônicas como, por exemplo, o registro de pessoas portadoras de acidentes vasculares encefálicos, a porcentagem de pessoas com histórico de infarto agudo do miocárdio que utilizam inibidores de enzimas de conversão da angiotensina e a porcentagem de pessoas usuárias que tiveram sua pressão arterial igual ou inferior a 14,5/8,5. Também no Reino Unido, tem sido utilizado um enfoque de pagamento denominado de ano de cuidado, definido como a atenção contínua a uma pessoa portadora de condição crônica durante o período de um ano, incluindo o autocuidado apoiado. O pagamento é por um *per capita* ajustado por risco que é calculado com base em todos os serviços que essa pessoa deverá receber durante o ano (CENTRE FOR CLINICAL MANAGEMENT DEVELOPMENT, 2007).

Ademais, há experiências interessantes de incentivos diretos às pessoas usuárias na atenção às condições crônicas. Tanto na Alemanha (SIERING *et al*., 2008), quanto na França (DURANT-ZALESKI e OBRECHT, 2008), as pessoas usuárias que se envolvem em programas de gestão da condição de saúde são dispensadas do co-pagamento da consulta médica ou têm reduzido o valor desse pagamento.

CAPÍTULO 3 – OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O terceiro elemento constitutivo das RASs é o modelo de atenção à saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde.

Na realidade, a implantação das RASs, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas.

Essas condições, ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoa usuárias, segundo seus riscos. Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar, deles, o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências verdes e azuis possam ser atendidas na APS, esse nível de atenção necessita de ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazos, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores. Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a

atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, além das ações programadas, as ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea.

OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

Os modelos de atenção às condições agudas prestam-se, também, à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma consequente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das RASs, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de riscos. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos.

Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com a gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de classificação de risco (Manchester Triage System – MTS) que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa.

O Sistema Manchester de classificação de risco foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1994, com objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para avaliação médica diferentes. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria. Ele apresenta como características principais: uma escala em cinco níveis; uma utilização ampla em vários países; é baseado em categorias de sintomas; é baseado em discriminantes-chave; é baseado em algoritmos clínicos; e apresenta um tempo de execução inferior a três minutos (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O Sistema Manchester de classificação de risco tem sido utilizado em países como o Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda, Japão e no Brasil. Em nosso país foi experimentado em Minas Gerais e tem sido utilizado em outros estados.

Considerando-se os tempos comuns, foi feito acordo sobre a nomenclatura e as definições. Para cada categoria foi atribuído um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica. Após reuniões em todo o Reino Unido com enfermeiros e médicos dos serviços de urgência e emergência, obteve-se consenso com a escala de classificação de risco mostrada no Quadro 6 (MACKWAY-JONES *et al.*, 2005).

Quadro 6: Sistema Manchester de classificação de risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones *et al*. (2010)

Esse sistema de classificação de risco apresenta alguns elementos de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; ele acaba com a triagem sem fundamentação científica; ele pode ser feito por médicos e enfermeiros; ele garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; ele é rápido; e ele pode ser auditado (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O objetivo da classificação dos risco é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O diagnóstico não está ligado à prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquele mais pertinente à queixa. Depois procura-se um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, compatível com a gravidade apresentada.

A metodologia de classificação de risco envolve passos (CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Prioridade e gestão: a definição da prioridade clínica se faz ao reunirem informações necessárias para classificar a pessoa usuária numa das cinco categorias definidas. A gestão clínica da pessoa usuária requer que se compreendam suas reais necessidades.

Auditoria: uma sólida auditoria é essencial para a avaliação de qualquer metodologia normatizada para que se avalie a reprodutibilidade entre profissionais e serviços.

A tomada de decisões: uma boa avaliação clínica de uma pessoa usuária requer raciocínio, intuição, conhecimento e aptidão profissional. A tomada de decisões utiliza cinco passos:

Identificação do problema: obtenção de dados da pessoa usuária, acompanhante ou profissional para escolha do fluxograma de apresentação. São 50 fluxogramas para situações habituais que contemplam agravos clínicos, trauma, ferimentos, crianças e comportamento anormal.

Obtenção e análise das informações relacionadas à solução: procura do discriminador através das perguntas estruturadas. Após escolher o fluxograma, o profissional deve analisar os discriminadores para definir a prioridade.

Avaliação das alternativas e escolha de uma delas para implementação: o fluxograma de apresentação fornece uma ordenação do processo de raciocínio para a tomada de decisões. Existem discriminadores gerais (ex. dor aguda) e específicos (ex. dor pleurítica) e todos possuem sua definição num dicionário.

Implementação da alternativa selecionada: seleção de uma das cinco categorias através dos discriminantes gerais ou específicos compatível com o quadro da pessoa em atendimento.

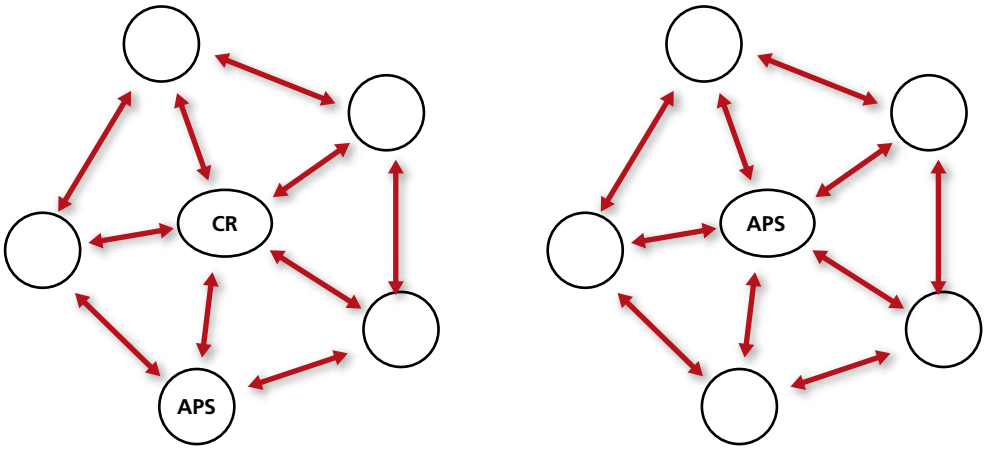
Monitoramento do processo e avaliação dos resultados: deve ser feita entre profissionais e entre serviços para assegurar confiabilidade e reprodutibilidade, fundamentais nos dados para pesquisas e planejamentos.

A organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência e de emergência com a definição de prioridades é potente reformulador de seus modelos de gestão. Há necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de risco: atribuindo tempos de espera para atendimento médico; definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, tanto nas condições agudas quanto nas crônicas, devem ser aplicadas a mesma estrutura operacional das RASs, ou seja, a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. Essa foi uma contribuição importante da discussão da atenção às urgências e às emergências em Minas Gerais quando se concluiu que, também nesse tipo de atenção, seria fundamental a organização em redes. Em geral, a atenção às urgências e às emergências é focada nos pontos de atenção secundários ambulatorial e hospitalares e no sistema de transporte.

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas, estão no papel da APS e na forma de regulação, como se mostra na Figura 8. Nas redes de atenção às condições crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o centro de comunicação das RASs, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas redes de atenção às urgências e às emergências, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. Não faz sentido, numa situação de urgência maior, como um infarto agudo do miocárdio, transitar as pessoas pela APS porque implicaria perder um tempo precioso na atenção à saúde.

Figura 8: As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas



CR: Complexo regulador

APS: Atenção primária à saúde

Sem dúvida, há ganhos na estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva das RASs. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de risco é potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação, nas RASs, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é uma condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência

e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, filas enormes e que estão, permanentemene na mídia nacional.

A organização das redes de atenção às urgências e emergências faz-se segundo os critérios seguintes: utilização de protocolo único de classificação de risco; fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se co-responsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado; compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se co-responsabilizam pelos resultados; e informatização dos processos (CORDEIRO JÚNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais (WINDLE e MACWAY JONES, 2003; LYONS *et al*., 2007), quanto em áreas específicas como as causas externas (SUBBE *et al*., 2006), as doenças cardiovasculares (MATIAS *et al*., 2008) e a pediatria (ROUKEMA *et al*., 2006).

O Boxe 9 mostra um exemplo de rede de atenção às urgências e às emergências, implantadas em Minas Gerais sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde.

Boxe 9: As redes de atenção às urgências e às emergências em Minas Gerais

A rede de atenção às urgências e às emergências (Rede de U & E) foi construída utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192.	Município
	UAPS/PSF	1° atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1° atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UAPS Acolher azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1° atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UAPS Acolher azul	Município > 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1° atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Acolher azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1° atendimento para vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macrorregião
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião

Os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde foram: o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

Boxe 9: As redes de atenção às urgências e às emergências em Minas Gerais

A proposta de reorganização da Rede U & E tem alguns pressupostos fundamentais: numa região, 90% da população deve ter acesso a um dos pontos de atenção da rede com o tempo máximo de 1 hora, seja esse ponto de atenção fixo ou móvel; as diretrizes clínicas da rede é que determinam a estruturação e a comunicação dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos; as fronteiras tradicionais se modificam na rede; e um novo modelo de governança e custeio, compartilhados por uma macrorregião, é vital para sua sustentabilidade.

A Rede de U & E estrutura-se nos seguintes pontos de atenção à saúde:

As Unidades de APS (UAPSs)

As UAPSs são tradicionalmente associadas à atenção e a procedimentos eletivos, mantendo política refratária e insuficiente de atendimento às condições e aos eventos agudos. Decorre disso que pessoas em condições de urgência menor ou de urgência social passaram a ser os principais causadores de filas, provocando congestionamento e menor resolutividade nos serviços de urgência e emergência de maior densidade tecnológica.

Na Rede de U & E esse paradigma muda porque a APS responsabiliza, em sua área de atuação, pelas pessoas usuárias classificadas como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo Sistema de Manchester de classificação de risco. Isso implica reestruturação da APS, de forma a atender, nesse nível, à grande maioria das urgências. Pessoas que chegam às UAPSs em situações de urgência ou emergência, por demanda espontânea, devem ter seu primeiro atendimento na UAPS. Doentes graves, entretanto, não podem ser encaminhados para esses pontos de atenção à saúde pelo complexo regulador. O atendimento a doentes graves na APS se dá somente quando essas pessoas se apresentarem espontaneamente nessas estruturas. Isso obriga a mudanças nas UAPSs como a reconfiguração do espaço físico, o adensamento tecnológico, a implantação de novos fluxos e processos e a capacitação da equipe de APS na utilização do Sistema Manchester de classificação de risco e no manejo das condições de urgência.

O Hospital Local

Predominam, no Brasil, hospitais locais de baixa escala, com menos de 50 leitos que, em geral, operam com baixa resolutividade e baixa qualidade da atenção. Em Minas Gerais, esses hospitais correspondem a 60% dos hospitais contratados pelo SUS. O fato da maioria deles não contar com médico nas 24 horas do dia, nem nos finais de semana, provoca pressão nos pontos de atenção de urgência dos municípios de médio e grande portes, com transferências de pessoas usuárias, sem critérios de transporte adequados e sem regulação.

Na Rede de U & E proposta, os hospitais com menos de 50 leitos, que se localizam em regiões em que o acesso até o hospital de referência microrregional se dá em mais de uma hora, deverão ter papel no atendimento de urgência e emergência, de acordo com os seguintes critérios: médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia, sete dias por semana; orçamento global fixo e não mais pagamento por procedimentos; período de observação do paciente de, no máximo, 72 horas; referência no Hospital Microrregional; suporte básico de vida; melhoria da infraestrutura; e capacitação no Sistema Manchester de classificação de risco e no manejo de urgências das equipes de saúde.

A Unidade não Hospitalar de Atendimento às Urgências (UPAs)

Boxe 9: As redes de atenção às urgências e às emergências em Minas Gerais

São estruturas definidas pelo Ministério da Saúde como integrantes do sistema de atenção às urgências e às emergências. Fazem parte da rede de resposta às urgências de média complexidade, mas sem retaguarda hospitalar acordada, o que causa enormes transtornos. A criação das UPAs promoveu a desresponsabilização dos hospitais pelo atendimento de urgência, mas elas estão geralmente despreparadas para o atendimento de urgências de média complexidade e precisam de retaguarda final no hospital. A proposta é ligar as UPAs, por contrato de gestão, a um hospital de referência, com definição clara do papel de cada um.

Os Hospitais Microrregionais

Os Hospitais Microrregionais devem ser referência para urgências médico-cirúrgicas de média complexidade e, em alguns casos, para procedimentos clínicos mais complexos. Os critérios são: escala mínima de referência de 100.000 habitantes; minimamente, plantões na área de emergência de adultos e crianças e retaguarda em cirurgia geral e ortopedia (em regiões em que a referência populacional é acima de 200.000 habitantes é importante a presença contínua do componente cirúrgico); se existir uma UPA na região, ela deve ser formalmente referenciada a esse hospital que funcionará como retaguarda para internação e urgências e emergências cirúrgicas de média complexidade; interface entre as equipes desses hospitais e a UPA, se houver, por exemplo, direção médica única nas duas instituições; existência de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); e a resposta cirúrgica para casos de trauma maior tem lógica própria.

Os Hospitais Macrorregionais

São hospitais de maior resolutividade e capacidade de resposta a situações complexas. A organização da Rede de U & E se faz por especialização da resposta aos dois principais problemas que aumentam a carga de doenças, medida por anos potenciais de vida perdidos (APVP): o trauma maior e a urgência cardiovascular. A implantação dessas redes, assim como a concentração de recursos tecnológicos (qualificação de pessoas, estrutura física adequada e coordenação da resposta) mostrou redução de mortalidade e é fator fundamental na mudança do prognóstico. O trauma maior e a urgência cardiovascular exigem organização da rede de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no polo macrorregional. Alguns dos pontos à saúde da rede, entretanto, devem ser descentralizados e especializados, já que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência.

Fonte: Cordeiro Junior e Mafra (2008)

OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A discussão mais robusta, na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde, está relacionada às condições crônicas. A razão é que, conforme assinala Ham (2007a), a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, tem sido de privilegiar a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas.

Os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas são construídos a partir de um modelo seminal, o modelo de atenção crônica. Dele, derivam

várias adaptações, aplicadas em diferentes partes do mundo, que serão tratadas como os modelos derivados do modelo de atenção crônica. Por fim, será apresentado um modelo de atenção às condições crônicas, desenvolvido por Mendes (2007b), para aplicação no SUS.

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. O modelo inicial foi aperfeiçoado num projeto-piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson e, em seguida, submetido a um painel de expertos no tema. Posteriormente, foi testado nacionalmente por meio de um programa denominado Improving Chronic Illness Care. Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

O modelo da atenção crônica foi proposto como resposta a grandes desafios colocados pela emergência das condições crônicas nos Estados Unidos (WAGNER, 2002).

- **Desafio 1**: A mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde.
- **Solução 1**: A implantação do novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos.
- **Desafio 2**: Os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais face-a-face de 15 minutos, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos.
- **Solução 2**: A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atua com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada; esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde, deve

estar presente, seja presencial, seja à distância, por meio de telefone ou correio eletrônico.

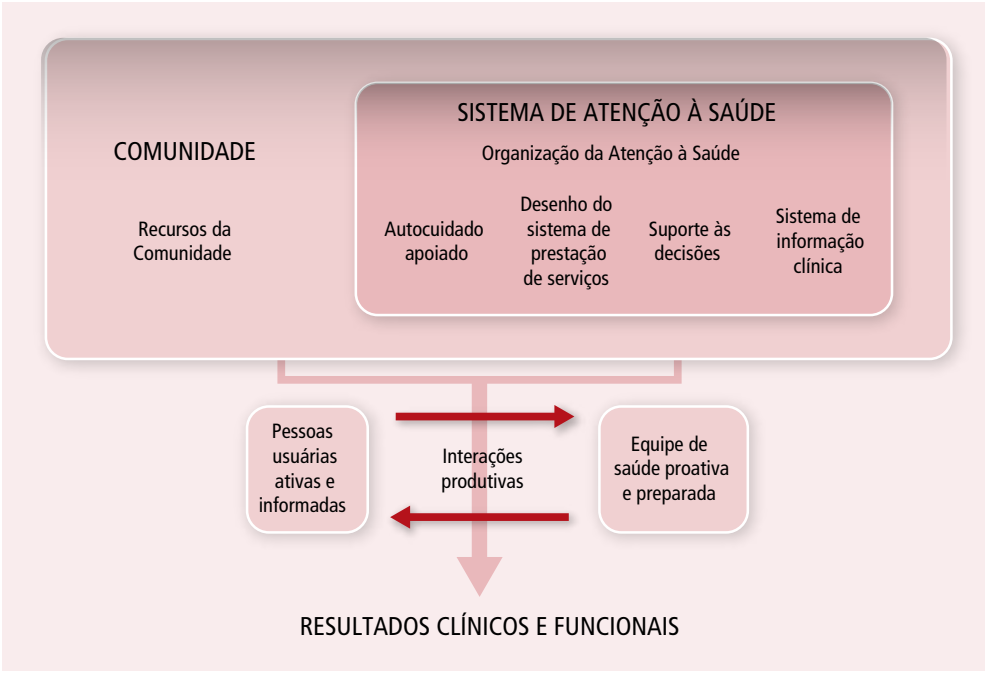
- **Desafio 3**: A equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno.
- **Solução 3**: É necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar suporte às decisões; há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks*, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais-líderes.
- **Desafio 4**: A dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas.
- **Solução 4**: É preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todos as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados. Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todos as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante. Esse sistema de informação clínica provê *feedback* de performance e identifica pessoas com necessidades especiais de atenção, segundo riscos.
- **Desafio 5**: As pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de confiança para se autocuidarem.
- **Solução 5**: As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do CCM. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.
- **Desafio 6**: Os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias.
- **Solução 6**: Deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem suplementar os recursos das organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas.

Apesar da ampla difusão do CCM é bom estar atento à advertência de seu principal formulador: "*o modelo de atenção crônica não é uma panaceia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo*" (Wagner, 2002). É, por essa razão, que o modelo funciona, já que constitui uma solução complexa e sistêmica para um

problema complexo como o da atenção às condições crônicas. Porque, ao contrário que o senso comum aponta, não há solução simples para problemas complexos; problemas complexos exigem soluções complexas e sistêmicas.

O trabalho original de apresentação do CCM é de Wagner (1998), representado na Figura 9. Esse modelo compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Figura 9: O modelo de atenção crônica (CCM) (*)



Fonte: Wagner (1998)

(*) Autorização de uso de imagem concedida ao autor pelo American College of Physicians. Tradução para o português de responsabilidade do autor.

A descrição detalhada do CCM é feita abrangendo os seis elementos fundamentais do modelo (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

As mudanças na organização da atenção à saúde objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Isso se faz por meio de:

- Melhoria do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente pelos seus líderes seniores.
- Introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas.
- Fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde.
- Provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde.
- Desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações.

Um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições crônicas deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças. Os líderes seniores devem identificar as melhorias na atenção à saúde como um trabalho importante e traduzir essa percepção em políticas e metas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas, envolvendo o uso de incentivos que reforcem as mudanças sistêmicas. As organizações efetivas tentam prevenir erros e problemas da atenção à saúde relatando e analisando os enganos e gerando mudanças para evitá-los. Problemas de falhas na comunicação e na coordenação da atenção à saúde devem ser prevenidos por meio de acordos que facilitem a comunicação e os fluxos de informações e de pessoas entre os gestores e os prestadores de serviços.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde.
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência.
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas.
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde.
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a competência cultural são dois conceitos emergentes centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

As mudanças no suporte às decisões objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- Introdução de diretrizes clínicas baseada em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde.
- Compartilhamento das diretrizes clínicas baseadas em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde.
- Uso de ferramentas de educação permanente de comprovada efetividade;
- Integração da APS com a atenção especializada.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profisionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas como suporte às equipes de APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental.

As mudanças no sistema de informação clínica objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de:

- Provisão de alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias.
- Identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada.
- Elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária.
- Compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde.
- Monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde.

A atenção efetiva às condições crônicas é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e sumarizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

As mudanças no autocuidado apoiado objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

- Ênfase no papel central da pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde.
- Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as ações de resolução de problemas e o monitoramento.
- Organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.
- O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de autorresponsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de

saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

As mudanças nos recursos da comunidade objetivam mobilizar esses recursos para atender às necessidades das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

- Encorajamento das pessoas usuárias para participarem em programas comunitários efetivos.
- Parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias para dar apoio e desenvolver programas que ajudem atender às necessidades das pessoas usuárias.
- Advocacia de políticas que melhorem a atenção à saúde.

Olhando para fora de si, as organizações de saúde podem fortalecer a atenção à saúde e evitar a multiplicação de esforços. Os programas comunitários existentes podem dar apoio ou expandir a atenção à saúde. Os conselhos locais de saúde podem exercitar, democraticamente, o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Pessoas usuárias ativas e informadas significa que elas dispõem de motivação, informação, habilidades e confiança para efetivamente tomar decisões sobre sua saúde e para gerenciar sua condição crônica.

Equipe de saúde proativa e preparada é aquela que atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade.

No Boxe 10, relata-se uma experiência de utilização do CCM na atenção a condições crônicas.

Boxe 10: O modelo de atenção crônica (CCM) no Health Disparities Collaboratives

Nos Estados Unidos instituiu-se uma rede de centros de APS, a Health Disparities Collaboratives, organizada com integração com serviços especializados, com o objetivo de melhorar a atenção às condições crônicas. A missão da rede é substituir a atenção primária à saúde fragmentada, episódica e reativa por uma atenção integral, contínua e proativa. Sua consigna é mudar a prática da RAS para mudar a vida das pessoas.

A rede adotou o CCM em sua organização, atingindo, no período de 1998 a 2002, 414 equipes de APS e trabalhando com as seguintes condições crônicas: diabetes, asma, depressão, doenças cardiovasculares e câncer.

As principais mudanças nos seis elementos do modelo de atenção crônica foram:

Organização da atenção à saúde

Boxe 10: O modelo de atenção crônica (CCM) no Health Disparities Collaboratives

Os esforços de melhoria da atenção à saúde estão articulados com um programa de qualidade. O plano estratégico das organizações de saúde enfatiza a lógica da atenção às condições crônicas e transforma isso em metas claras de alcance de resultados sanitários e econômicos. Há um envolvimento dos profissionais de saúde com liderança, nesse esforço. As ações estratégicas são suportadas por recursos humanos, materiais e financeiros adequados. As mudanças nesse elemento envolveram: expressar a melhoria da atenção às condições crônicas na visão, na missão, nos valores e nos planos estratégico e tático das organizações; envolver as lideranças nesse esforço de atenção às condições crônicas; assegurar uma liderança contínua para a melhoria da qualidade clínica; e integrar o modelo de atenção a um programa de qualidade.

Desenho do sistema de prestação de serviços

O sistema de atenção não somente determina que tipo de cuidado é necessário, mas torna claros os papéis e as tarefas que se impõem para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada. Também assegura que toda a equipe de saúde envolvida com a atenção a uma pessoa tenha informação atualizada sobre sua saúde e seja capaz de monitorá-la ao longo do tempo. A atuação da equipe de saúde está calcada nas necessidades das pessoas usuárias e nas metas de autocuidado. São realizados atendimentos pela equipe de saúde com portadores de uma mesma condição. As mudanças nesse elemento envolveram: usar o prontuário clínico para elaboração e monitoramento do plano de cuidado; definir o papel da equipe multidisciplinar de saúde nos atendimentos de grupos de pessoas usuárias; designar membros das equipes de saúde para monitoramento das pessoas usuárias através de chamadas telefônicas, correio eletrônico e de visitas domiciliares; e usar agentes de saúde comunitários para ações fora das unidades de saúde.

Suporte às decisões

As decisões relativas ao manejo das condições crônicas estão estruturadas em diretrizes clínicas desenvolvidas através da medicina baseada em evidência. Essas diretrizes integram-se na prática cotidiana das unidades de saúde. Isso exigiu a transformação das diretrizes clínicas em produtos educacionais e sua aplicação às equipes de saúde, através de programas de educação permanente, e às pessoas usuárias, através de instrumentos de educação em saúde. As mudanças nesse elemento envolveram: introduzir as diretrizes clínicas baseadas em evidências na ação cotidiana do sistema de atenção à saúde; estabelecer uma relação fluida entre a equipe de APS e os especialistas temáticos para um suporte especializado eficaz; promover a educação permanente para toda equipe de saúde; e promover, com base nas diretrizes clínicas, a educação em saúde das pessoas usuárias.

Sistema de informação clínica

A utilização de um sistema de informação clínica, tanto para pessoas usuárias individuais, quanto para grupos populacionais, tem sido fundamental para o manejo das condições crônicas. A prioridade é o uso de prontuários clínicos eletrônicos. Esse sistema de informação clínica é que permite uma integração dos seis elementos do modelo de atenção e a elaboração e o monitoramento do plano de cuidado de cada pessoa usuária. As mudanças nesse elemento envolveram: introduzir o prontuário clínico eletrônico; desenvolver o processo de utilização cotidiana do prontuário clínico eletrônico; fazer o registro de cada condição crônica por grau de risco; e usar o prontuário clínico eletrônico para gerar lembretes, alertas e *feedbacks* para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias e para produzir indicadores de efetividade clínica do sistema de atenção à saúde.

Boxe 10: O modelo de atenção crônica (CCM) no Health Disparities Collaboratives

Autocuidado apoiado

O autocuidado apoiado é diferente de dizer às pessoas o que fazer. As pessoas usuárias desempenham um papel central em determinar sua atenção à saúde, desenvolvendo um sentido de responsabilidade por sua própria saúde. Na prática, esse enfoque implica uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir o problema, estabelecer as metas, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo da condição crônica. As mudanças nesse elemento envolveram: usar instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; estabelecer metas de autocuidado em conjunto com as pessoas usuárias; treinar os profissionais de saúde para que colaborem com as pessoas usuárias no estabelecimento de metas para o autocuidado; monitorar as metas de autocuidado; usar a atenção em grupos de pessoas usuárias para dar suporte ao autocuidado; prover o apoio ao autocuidado através de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas.

Recursos da comunidade

É preciso envolver a comunidade nos programas de atenção às condições crônicas. Assim, articulam-se as ações das organizações de saúde com a comunidade, especialmente com as organizações da sociedade civil (igrejas, clubes, organizações não governamentais, movimentos sociais etc.). As mudanças nesse elemento envolveram: estabelecer parcerias com outras organizações comunitárias para dar suporte aos programas de enfrentamento às condições crônicas; dar relevo às ações intersetoriais, especialmente na promoção da saúde; elevar a consciência da comunidade em relação ao problema das condições crônicas; e proporcionar uma lista de recursos comunitários para as equipes de saúde e para as pessoas usuárias e suas famílias.

Os resultados da aplicação do modelo de atenção crônica se fizeram sentir rapidamente. Pesquisas avaliativas, utilizando casos controle, obtiveram os seguintes resultados: numa amostra de 8.030 portadores de diabetes, a hemoglobina glicada caiu de 9,0% em março de 1999 a 8,0% em julho de 2001; numa amostra de 1.200 portadores de asma, a porcentagem de usuários com asma persistente recebendo medicação apropriada com adesão à medicação anti-inflamatória aumentou de 10% para 70% em, apenas, dez meses de introdução do novo modelo; e houve uma rápida melhoria nos sintomas, em mais da metade dos portadores de depressão.

Fonte: Health Disparities Collaboratives (2004)

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para facilitar a implantação e monitoramento do CCM.

Um instrumento é o checklist para verificação das mudanças propostas pelo CCM. Ele permite verificar se todas as intervenções necessárias, para cada um dos seis elementos, foram consideradas no processo de implantação do CCM, numa organização particular. Esse checklist está organizado pelos seis elementos do CCM.

1. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE		
1.1	A melhoria da atenção às condições crônicas é parte da visão, da missão e do plano estratégico da organização.	☐
1.2	Os líderes seniores da organização e suas equipes de trabalho dão suporte efetivo e promovem os esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	☐
1.3	Os líderes seniores da organização dão apoio efetivo aos esforços de melhoria da atenção às condições crônicas removendo barreiras e garantindo os recursos necessários às mudanças.	☐
1.4	Há uma liderança permanentemente envolvida com os processos de melhoria clínica contínua.	☐
1.5	Os processos de melhoria da atenção às condições crônicas estão integrados nos programas de qualidade da organização.	☐
2. DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS		
2.1	O prontuário clínico eletrônico é utilizado rotineiramente para a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado das pessoas usuárias.	☐
2.2	Há a designação de papéis e tarefas da atenção programada aos membros da equipe multidisciplinar de saúde.	☐
2.3	Há a oferta regular da atenção programada, individual e em grupos.	☐
2.4	Há o comprometimento de membros da equipe multidisciplinar de saúde para serem responsáveis pelo monitoramento das pessoas usuárias, incluindo visitas domiciliares, contatos telefônicos e correio eletrônico.	☐
2.5	Os agentes comunitários de saúde acompanham, rotineiramente, as pessoas usuárias na comunidade.	☐
3. AUTOCUIDADO APOIADO		
3.1	Utilizam-se, rotineiramente, os instrumentos de autocuidado apoiado construídos com base em evidência de sua efetividade.	☐
3.2	As metas de autocuidado apoiado são elaboradas e definidas em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária.	☐
3.3	As equipes multidisciplinares de saúde são treinadas para apoiar as pessoas usuárias para o autocuidado.	☐
3.4	As metas de autocuidado são monitoradas regularmente.	☐
3.5	Utiliza-se regularmente o atendimento em grupo para alcançar as metas de autocuidado.	☐
4. SUPORTE ÀS DECISÕES		
4.1	As diretrizes clínicas baseadas em evidência são utilizadas rotineiramente no sistema de atenção às condições crônicas.	☐
4.2	A APS está integrada com especialistas que dão suporte às suas ações.	☐
4.3	Há um sistema regular de educação permanente para os profissionais envolvidos com a atenção às condições crônicas.	☐
4.4	Há uma oferta regular de programas de educação em saúde para as pessoas usuárias com base nas diretrizes clínicas.	☐

5. SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA		
5.1	Há um prontuário clínico eletrônico capaz de gerar o registro das pessoas usuárias por condições de saúde;	☐
5.2	Há processos desenvolvidos para o uso dos prontuários clínicos eletrônicos e para o uso dos registros das pessoas usuárias por condições crônicas, por estratificação de riscos, assegurando a entrada dos dados, a integridade dos dados e sua manutenção do sistema;	☐
5.3	O prontuário clínico eletrônico é capaz de prover lembretes e alertas para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde e contém as informações necessárias para elaborar e monitorar o plano de cuidado de cada pessoa usuária;	☐
5.4	O prontuário clínico eletrônico é capaz de dar *feedbacks* para a equipe de saúde e para as pessoas usuárias.	☐
6. RECURSOS DA COMUNIDADE		
6.1	Há uma ligação estreita entre os serviços de saúde e as organizações da comunidade que possam prover programas complementares;	☐
6.2	Os serviços de saúde provêem às pessoas usuárias e suas famílias uma relação de recursos da comunidade que podem ser utilizados complementarmente na atenção às condições crônicas;	☐
6.3	Há um Conselho Local de Saúde que faz o controle social efetivo da unidade de saúde, incluindo o monitoramento das metas em relação às condições crônicas;	☐

Fonte: Adaptado de Health Disparities Collaboratives (2004)

O CCM serve, também, como base para o desenho dos programas de intervenção. Um instrumento para esse fim pode ser obtido em Improving Chronic Illness Care (2008).

Há instrumentos construídos para a avaliação das condições crônicas com base no modelo de atenção crônica na perspectiva das pessoas usuárias. É o caso do The Patient Assessment of Chronic Ilness Care (Improving Chronic Illness Care, 2008), um instrumento que tem sido testado empiricamente e que está sustentado por evidências provenientes de vários estudos, incluindo avaliações de sua tradução e adaptação para diferentes países e línguas (GLASGOW *et al*., 2005; KOVACS *et al*., 2006; BEATTIE *et al*., 2007; ROSEMANN *et al*., 2007; SALAFFI *et al*., 2007; ARAGONES *et al*., 2008; SCHMITTDIEL *et al*., 2008; SZECSENYI *et al*., 2008; WENSING *et al*., 2008).

O processo de implantação do CCM deve ser continuamente monitorado e, para isso, propõe-se um sistema de monitoramento que deve ser aplicado antes de se iniciar o processo de implantação e depois, regularmente, em períodos definidos na estratégia de implantação desse processo de mudança do modelo de atenção à saúde. Um instrumento de monitoramento e avaliação do CCM, denominado de Assessment of Chronic Illness Care, está disponível em Improving Chronic Illness

Care, 2008. Um estudo de 13 meses verificou que o uso desse instrumento de monitoramento e avaliação permitiu identificar as mudanças nos sistemas de atenção à saúde e que constituiu uma ferramenta válida para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas (BONOMI *et al*., 2002). Outros trabalhos mostram as evidências que sustentam esse instrumento, no monitoramento e na pesquisa (SI *et al*., 2005; SOLBERG *et al*., 2006). Um documento muito semelhante foi desenvolvido no Reino Unido pela NatPaCT (2007).

Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente.

O estudo avaliativo clássico do CCM foi realizado pela Rand Corporation e pela Universidade de Berkeley, Califórnia (Rand Health, 2008), e teve dois objetivos: avaliar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde para implementar o CCM e estabelecer o grau em que a adoção desse modelo melhorou os processos e os resultados em relação às condições crônicas. Essa avaliação durou quatro anos e envolveu aproximadamente 4 mil portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão, em 51 organizações de saúde. Mais de uma dezena e meia de artigos foram publicados sobre essa avaliação, mas os principais resultados foram: as organizações foram capazes de apresentar melhorias fazendo uma média de 48 mudanças em 5,8 dos 6 elementos do CCM; os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações (NELSON *et al*., 2002; CRETIN *et al*., 2004; ASCH *et al*., 2005; BAKER *et al*., 2005; CHAN *et al*., 2005; LIN *et al*., 2005; SCHONLAU *et al*., 2005; MANGIONE-SMITH *et al*., 2005; SHORTELL *et al*., 2005; TSAI *et al*., 2005; MEREDITH *et al*., 2006; MARJORIE *et al*., 2008; MARSTELLER *et al*., 2008; Shinyi *et al*., 2008; VARGAS *et al*., 2008).

Vários outros trabalhos de avaliação do CCM estão disponíveis na literatura. Alguns são de avaliação geral da aplicação do modelo, parte deles publicados por autores que participaram ativamente de sua concepção (WAGNER *et al*., 1996; McCULLOCH, 1998; WAGNER *et al*., 1999; COLEMAN *et al*., 1999; BODENHEIMER *et al*., 2002; SCHOENI, 2002; BODENHEIMER, 2003; ENDINCOTT *et al*., 2003; GLASGOW *et al*., 2003; ROTHMAN, 2003; WASSON *et al*., 2003; GLASGOW *et al*., 2005; PEARSON *et al*., 2005; WAGNER e al., 2005; DORR *et al*., 2006; HARRIS e ZWAR, 2007). Há vários estudos avaliativos do CCM utilizando ensaios clínicos randomi-

zados (WAGNER, 1997; LOZANO *et al*., 2004; NEUMEYER-GROMEN *et al*., 2004; BATTERSBY, 2005; DWIGHT-JOHNSON *et al*., 2005; HOMER *et al*., 2005; BAUER *et al*., 2006; PIATT *et al*., 2006). Outros estudos avaliativos voltaram-se para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas (GLASGOW *et al*., 2002; HARWELL *et al*., 2002; McDONALD, 2002; MONTORI *et al*., 2002; CHIN *et al*., 2004; DANIEL *et al*., 2004;LANDON *et al*., 2004; SPERL-HILLEN *et al*., 2004; WANG *et al*., 2004; BRAY *et al*., 2005; SIMINERIO *et al*., 2005; STROEBEL *et al*., 2005; LANDIS *et al*., 2006; SIMINERIO *et al*., 2006; NUTTING *et al*., 2007). Outros trabalhos analisaram condições crônicas particulares (RENDERS *et al*., 2001; GILBODY *et al*., 2003; LIEU *et al*., 2004; JACKSON *et al*., 2005; OUWENS *et al*., 2005; MANGIONE *et al*., 2006; SHOJANIA *et al*., 2006; WALSH *et al*., 2006). Outras avaliações trataram de aspectos organizacionais relativos à atenção às condições crônicas (FLEMING *et al*., 2004; LI *et al*., 2004; HUNG *et al*., 2006; SCHMITTDIEL *et al*., 2006). Há outros estudos que se fixaram na avaliação econômica da atenção crônica, especialmente estudos de custo efetividade (DEMERS *et al*., 1997; GILMER e O'CONNOR, 2003; GOETZEL *et al*., 2005; GILMER *et al*., 2006). Por fim, elaboraram-se trabalhos de avaliação da satisfação dos usuários (VANDERBILT MEDICAL CENTER, 2002; HAM, 2007a). Segundo Ham (2007a), o CCM funciona melhor quando se fazem mudanças que envolvem o conjunto dos seus seis elementos.

O CCM, apesar de desenvolvido e muito estudado nos Estados Unidos, não é adotado extensamente naquele país, com exceção para as organizações que se estruturam como sistemas integrados de atenção à saúde e que cobrem em torno de 5% da população daquele país (CHRISTENSEN, 2009). A razão pela qual ele não é intensivamente utilizado no país norte-americano é que o CCM guarda certa incompatibilidade com os princípios organizativos ali prevalecentes como a fragmentação do sistema, os incentivos econômicos perversos, a ausência de uma orientação para a APS e a inexistência de um foco populacional (HAM, 2007a).

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DERIVADOS DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

A proposta original do CCM foi adaptada em vários países e situações, gerando uma série de modelos derivados em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos.

Esse modelo encontra um ambiente melhor de desenvolvimento em sistemas de atenção à saúde públicos e universais (HAM, 2007a). Por isso, o CCM tem sido implantado, com ajustes, mais ou menos profundos, em países como Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia, Cingapura e outros, e em países em desenvolvimento (RICCIARDI, 1997; BERNABEI *et al*., 1998;

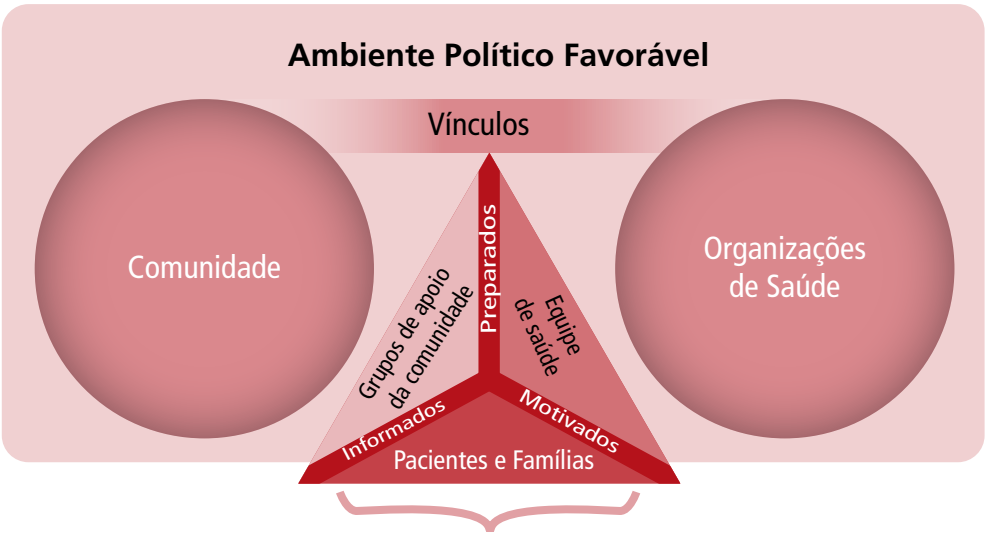
McALISTER *et al*., 2001; TEMMINK *et al*., 2001; HANSEN e DRIVSHOLM, 2002; SCOTT *et al*., 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; WELLINGHAM *et al*., 2003; BATTERSBY, 2005; DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a; PARKER, 2006; SINGH, 2005a; SINGH e HAM, 2006; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008).

A partir da análise da experiência dos Estados Unidos, Ham (2007a) sugere que o CCM deve ser implantado na Europa e propõe os seguintes elementos-chave de sua adaptação ao continente: a cobertura universal; a limitação dos co-pagamentos para permitir o acesso aos serviços de saúde; a APS deve ser prestada com base em populações e subpopulações cadastradas no sistema de atenção à saúde, por riscos; as ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde devem ser parte do modelo; a integração clínica; e o uso de tecnologias de gestão da clínica, como a gestão das condições de saúde e a gestão de caso.

O MODELO DOS CUIDADOS INOVADORES PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS (CICC)

Um modelo importante que representa uma expansão do modelo de atenção crônica é o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas, representado na Figura 10. Ele foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (2003) e aplicado em vários países, muitos deles países em desenvolvimento.

Figura 10: O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003)

A expansão do modelo de atenção crônica, perseguido pelo CICC, deriva de sua inserção em um contexto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. Por isso, propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro, os indivíduos e as famílias; o nível meso, as organizações de saúde e a comunidade; e o nível macro, as políticas de saúde.

O CICC é entendido assim: "*Inovar o tratamento significa reorientar os sistemas de saúde de forma a que os resultados valorizados pelo sistema sejam efetivamente produzidos. Os resultados esperados para os problemas crônicos diferem daqueles considerados necessários para os problemas agudos. As necessidades dos pacientes com condições crônicas também são distintas. Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio, não apenas de intervenções biomédicas. Necessitam de cuidado planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Esses indivíduos precisam de atenção integrada que envolva tempo, cenários de saúde e prestadores, além de treinamento para se autogerenciarem em casa. Os pacientes e suas famílias precisam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a prevenção ou gerenciamento eficaz das condições crônicas. O tratamento otimizado para as condições crônicas requer um novo modelo de sistema de saúde*" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Sua implementação faz-se a partir de oito elementos essenciais: apoiar a mudança de paradigma; gerenciar o ambiente político; desenvolver um sistema de atenção à saúde integrado; alinhar políticas setoriais para a saúde; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; centralizar o tratamento na pessoa usuária e na família; apoiar as pessoas usuárias em suas comunidades; e enfatizar a prevenção.

O CICC, no nível micro, estrutura-se para enfrentar dois problemas: a falta de autonomia das pessoas usuárias para melhorar sua saúde e a baixa qualidade da interação entre a pessoa usuária e os profissionais das equipes de saúde. Para superar esses problemas, as pessoas usuárias precisam participar da atenção à saúde e os profissionais devem lhes apoiar nesse sentido. O comportamento das pessoas usuárias no seu dia-a-dia, aderindo a esquemas terapêuticos, praticando exercícios físicos, alimentando-se de forma adequada, abandonando o tabagismo e interagindo com as organizações de saúde influenciam os resultados sanitários em proporções maiores que as intervenções médicas. Por outro lado, a qualidade da comunicação entre as pessoas usuárias e as equipes de saúde influencia positivamente os resultados sanitários, o que implica envolver as pessoas na elaboração e monitoramento dos seus planos de cuidado.

O CICC, no nível meso, propõe uma mudança de foco das organizações de saúde, retirando a ênfase nas condições agudas para implantar uma atenção que dê conta da atenção às condições crônicas. Isso significa as seguintes mudanças: desenvolver uma atenção proativa, contínua e integral, com valorização relativa dos procedimentos promocionais e preventivos; estimular e apoiar as pessoas usuárias no seu autocuidado; adotar diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas; implantar sistemas de informação clínica potentes, investindo fortemente em tecnologia de informação; e integrar os recursos da organização com os recursos comunitários (grupos de portadores de doenças, voluntários, organizações não governamentais, movimentos sociais).

O CICC, no nível macro, propõe que se devam elaborar políticas de saúde que considerem as singularidades das condições crônicas e que desenvolvam RAS. Isso implica: planejamento baseado nas necessidades da população; alocação de recursos segundo a carga de doenças; alocação de recursos segundo critérios de custo efetividade; integração dos sistemas de financiamento; alinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos da atenção às condições crônicas; implantação de sistemas de acreditação, monitoramento e de qualidade da atenção; desenvolvimento da educação permanente dos profissionais de saúde; e desenvolvimento de projetos intersetoriais.

Há evidências de que componentes específicos do CICC determinam melhorias em alguns processos e resultados sanitários, mas não há evidência robusta do valor do foco nas políticas de saúde (SINGH e HAM, 2006).

Há uma proposta específica para a avaliação do CICC (JORDAN, 2005). Para tal, desenvolveu-se um questionário de avaliação com perguntas e respostas em três pontos de escala: nenhum, algum e muito.

As questões dizem respeito:

- Aos princípios da atenção à saúde: extensão do cuidado; decisões baseadas em evidência; foco na população; foco na prevenção; foco na qualidade; integração, coordenação e continuidade do cuidado; flexibilidade e adaptabilidade do sistema de saúde.
- No nível micro do sistema de atenção à saúde: capacitação, informação e motivação dos pacientes; capacitação, informação e motivação das equipes de saúde; capacitação, informação e motivação das parcerias comunitárias.
- No nível meso da organização da atenção à saúde: promoção da continuidade e da coordenação da atenção; promoção da qualidade através de lideranças e incentivos; organização das equipes de atenção à saúde; organização do autocuidado e da prevenção das doenças; e uso de sistemas de informação.

- No nível meso da comunidade: consciência dos líderes sobre as condições crônicas; encorajamento de melhores resultados pelas lideranças comunitárias; mobilização e coordenação dos recursos; e provisão de serviços suplementares pela comunidade.
- No nível macro de políticas e financiamento: liderança e advocacia em relação aos problemas das condições crônicas; integração das políticas; promoção de financiamento consistente; desenvolvimento e alocação de recursos humanos; suporte legislativo; e parcerias institucionais.

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA EXPANDIDO

O CCM tem sido utilizado, também, no Canadá.

Alguns estudiosos daquele país sentiram que o CCM era excessivamente focalizado em aspectos clínicos, o que dificultaria sua aplicação nas ações de promoção da saúde. Por isso, introduziram, no modelo, o componente de promoção da saúde, voltado para os determinantes sociais da saúde e para a participação da comunidade.

Em razão disso, conceitualizaram o modelo de atenção crônica expandido (BARR *et al*., 2003) que foi adotado pela Província de British Columbia (MINISTRY OF HEALTH, 2003; GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008).

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O modelo de atenção à saúde e de assistência social, também com origem no CCM, tem sido introduzido no Reino Unido para dar conta das condições crônicas de longa duração, em consonância com o Plano de Melhoria do Serviço Nacional de Saúde e com suas ações para melhorar qualidade de vida das pessoas portadoras de condições crônicas de longa duração. Esse modelo busca integrar as ações de atenção à saúde e da assistência social.

Esse modelo foi proposto a partir da constatação de que: 60% dos adultos do Reino Unido apresentam uma condição crônica que não pode ser curada; desses, uma parte significativa tem mais de uma condição crônica, o que torna mais complexa a atenção à saúde; 2/3 das emergências hospitalares são determinadas por agudizações de condições crônicas; 5% das pessoas usuárias que são internadas em hospitais ocupam 42% dos leitos hospitalares agudos; a atenção prestada a muitos portadores de condições crônicas é feita de forma reativa, não programada e episódica, o que leva a um sobre-uso da atenção secundária à saúde; e aproximadamente 50% dos medicamentos não são tomados conforme a prescrição (DEPARTMENT OF HEALTH, 2004; DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a).

O modelo de atenção à saúde e assistência social assenta-se em intervenções realizadas em três âmbitos: na infraestrutura, no sistema de atenção à saúde e nos resultados da atenção à saúde. Na infraestrutura, as intervenções são nos recursos comunitários, no suporte às decisões, nos sistemas de informações clínicas e nos ambientes da atenção à saúde e da assistência social. No sistema de atenção à saúde, as intervenções são na promoção da saúde, no autocuidado apoiado, na gestão de condição de saúde e na gestão de caso. Nos resultados, procura-se desenvolver pessoas usuárias mais bem informadas e empoderadas e profissionais de saúde e de assistência social proativos e bem preparados (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a).

Os fatores-chave do modelo de atenção à saúde e assistência social são: um enfoque sistemático para integrar atenção à saúde, assistência social, profissionais e pessoas usuárias; a identificação de todos os portadores de condições crônicas; a estratificação das pessoas usuárias para que possam receber atenção diferenciada segundo suas necessidades; o uso de agentes comunitários na gestão de caso; a capacidade de identificação de pessoas usuárias que usam intensivamente os serviços; a utilização de equipes multiprofissionais na APS, com apoio de especialistas; a ênfase no autocuidado apoiado; e o uso de instrumentos e tecnologias já disponíveis para produzir impacto na saúde das pessoas.

O modelo de atenção à saúde e assistência social incorporou a pirâmide da Kaiser Permanente que é discutida, mais adiante, nesse capítulo.

Uma das aplicações dessa proposta é o modelo de atenção à saúde da Escócia que está constituído pelos seguintes elementos: diretrizes clínicas para portadores de condições crônicas; parceria entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde; soluções integradas que respondam às necessidades de portadores de condições crônicas; focalização na APS e nos equipamentos comunitários; e autocuidado apoiado (SCOTLAND HEALTH WHITE PAPER, 2003).

O MODELO DA CONTINUIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo da continuidade da atenção à saúde mostra que as condições crônicas desenvolvem-se em resposta a diferentes riscos, de forma progressiva e, a partir dessa constatação, propõe intervenções relativas aos diversos momentos da evolução dessas condições de saúde.

A evolução das condições crônicas se inicia por uma população saudável, depois pelas subpopulações com presença de fatores de risco, depois pelas subpopulações com condição crônica estabelecida com diferentes riscos e, finalmente, pela subpopulação portadora de condição crônica em estado terminal. Para cada um desses

estágios propõem-se intervenções singulares de promoção da saúde, de atuação sobre os fatores de risco, as ações de recuperação e reabilitação e de cuidados paliativos para os portadores de condições terminais (SUNOL *et al*., 1999)

Uma avaliação do modelo de continuidade da atenção, realizada na Austrália, mostrou uma redução da permanência hospitalar, o aumento da motivação da equipe de saúde e melhor integração no sistema de atenção à saúde (WALKER e HASLETT, 2001).

Uma variante do modelo de continuidade da atenção à saúde foi implementada na Nova Zelândia, o modelo do curso da vida. O curso da vida aponta para uma evolução contínua que vai de uma população protegida para uma população vulnerável, daí para uma população com condição estabelecida sem complicações e, finalmente, para uma população com condição de saúde estabelecida com complicações. A cada momento de evolução respondem-se com ações de promoção primária, secundária e terciária à saúde.

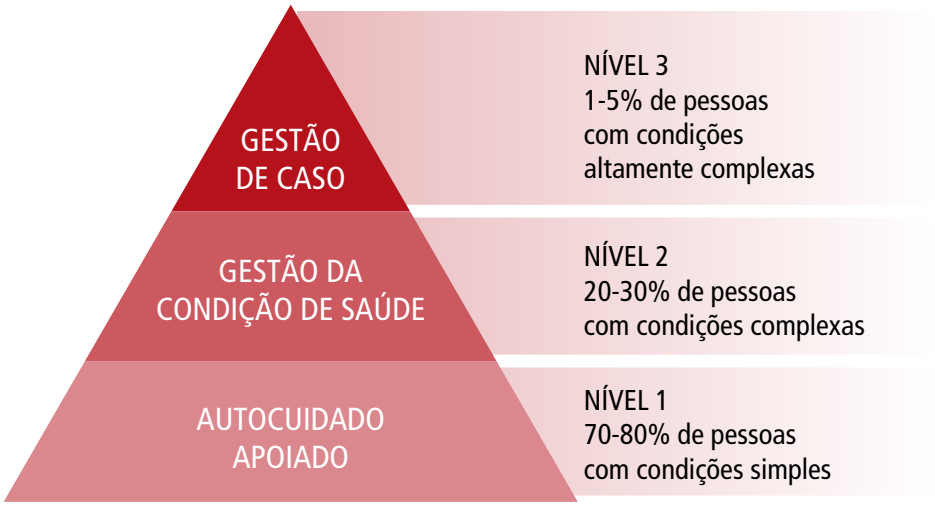
Esse modelo estrutura-se em: Resultados finais: melhores níveis de saúde, redução de iniquidades; maior autonomia, segurança e confiança, intersetorialidade, equidade e acesso, efetividade, qualidade e eficiência. Resultados intermediários: diminuição da incidência das condições crônicas, redução do impacto das condições crônicas na saúde e no bem-estar, maior resposta dos serviços às necessidades das pessoas e das famílias e maior envolvimento das pessoas, famílias e comunidade. Produtos: volume e tipo de serviços de prevenção, de enfrentamento de riscos, de atenção curativa e reabilitadora e de atenção paliativa. Atividades: atividades clínicas e gerenciais. Insumos: Recursos humanos, materiais e financeiros (MINISTRY OF HEALTH, 2005).

Avaliações do modelo de curso da vida constataram uma melhoria dos resultados sanitários e uma redução dos custos da atenção à saúde (SINGH e HAM, 2006).

A PIRÂMIDE DE RISCO DA KAISER PERMANENTE

O modelo da pirâmide de risco, criado pela Kaiser Permanente, identifica três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica. A organização das pessoas usuárias, segundo as diferentes complexidades, permite orientar as intervenções em relação aos grupos de riscos e utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos (BENGOA, 2008). Esse modelo está representado na Figura 11.

Figura 11: O modelo da pirâmide de risco da kaiser permanente



Fonte: Bengoa (2008); Porter e Kellogg (2008)

O modelo da pirâmide de risco evoluiu gradativamente desde um foco em portadores de condições de saúde muito complexas até os seus três níveis atuais (FIREMAN *et al*., 2004).

A pirâmide de risco apresenta algumas singularidades: a integração do sistema de atenção à saúde, a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica, os esforços em ações promocionais e preventivas, a ênfase no autocuidado apoiado, o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias, a completa integração entre a APS e a atenção especializada, a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica e a consideração das pessoas usuárias como membros das equipes de saúde.

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia de gestão de caso.

As características principais da pirâmide de risco são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

Nos princípios gerais: alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população; as pessoas usuárias são parceiras na atenção à saúde; as pessoas usuárias são consideradas autoprestadoras de cuidados; a informação de saúde é essencial; a melhoria da atenção se dá pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias; a APS é fundamental, mas seus limites com a atenção secundária devem ser superados; uso intensivo de cuidado por Internet (e-cuidado); e o uso não programado das internações hospitalares é considerado uma falha sistêmica. Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e à distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de atenção à saúde deve ter foco nas pessoas segundo risco, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidência que normatizam o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por tecnologia de informação potente, especialmente por prontuários clínicos integrados (SINGH, 2005a).

Há evidências de que o modelo da pirâmide de risco, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida dos usuários, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais (WALLACE, 2005; SINGH e HAM, 2006; PORTER, 2007). Por isso, esse modelo tem sido adotado, com bons resultados, em projetos realizados em vários lugares do Reino Unido, num experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde (Ham, 2006). Ele tem sido aplicado, também, no Canadá, Inglaterra, Escócia, Dinamarca, Nova Zelândia e Austrália (BENGOA, 2008).

Uma comparação internacional entre o sistema integrado de saúde da KP e o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido mostrou que: os custos dos dois sistemas são próximos; as pessoas usuárias da KP têm acesso a uma carteira de serviços mais extensa; têm um acesso mais rápido a especialistas e a hospitais; o sistema inglês usa muito mais leitos-dia que a KP; o tempo de permanência média nos hospitais varia com a idade no NHS, mas não no sistema da KP; a KP tem maior grau de integração; e a KP utiliza muito mais tecnologias de informação (FEACHAM *et al*., 2002). Outro estudo comparando as mesmas duas organizações, constata que as internações hospitalares, pelas 11 causas mais frequentes, foram três vezes maiores no NHS que na KP (HAM *et al*., 2003). Um outro trabalho de comparação do sistema público de atenção à saúde da Dinamarca com o sistema da KP verificou que: o sistema da KP diagnostica mais portadores de condições crônicas; a KP opera com médicos e equipes de saúde menores,131 médicos por 100 mil beneficiários na KP contra 311 médicos por 100 mil beneficiários no sistema dinamarquês; a KP opera com taxas de permanência hospitalar em eventos agudos de 3,9 dias contra 6,0 dias no sistema dinamarquês; as taxas de permanência para derrame cerebral são

de 4,2 dias na KP contra 23 dias no sistema dinarmaquês; 93% dos portadores de diabetes da KP fazem o exame de retina anual contra 46% no sistema da Dinamarca; e o gasto *per capita* na KP, em dólares ajustados pelo poder de compra, é de 1.951 dólares na KP contra 1.845 dólares no sistema dinamarquês (FROLICH *et al.*, 2008).

Uma descrição do sistema integrado de saúde da Kaiser Permanente é feita no Boxe 11.

Boxe 11: O sistema integrado de saúde da Kaiser Permanente (KP)

A KP é uma operadora privada de plano de saúde nos Estados Unidos, não lucrativa, que se estrutura sob a forma de sistemas integrados de saúde. O sistema KP é integrado verticalmente e a organização é uma asseguradora e uma prestadora ao mesmo tempo.

É a maior organização não lucrativa de planos de saúde no país, com uma clientela de 8,7 milhões de clientes, distribuídos em nove estados americanos. 27% dos clientes apresentam uma ou mais doenças crônicas; as doenças crônicas são responsáveis por 64% dos gastos da organização. Tem uma força de trabalho de 156 mil trabalhadores, dos quais 13 mil médicos, sendo 55% médicos de APS e 45% de especialistas.

Cada médico de APS tem sob sua responsabilidade, em média, 2.300 usuários. A equipe de APS é composta por médico, enfermeiro, assistente médico, farmacêutico, educador em saúde, assistente social e/ou psicólogo. A APS soluciona mais de 80% dos problemas da população adscrita. Os serviços de atenção são ofertados, integradamente, num único local.

Os médicos têm de passar num estágio probatório de três anos antes de se tornarem parceiros da KP e suas inserções são baseadas fortemente na compreensão da missão organizacional e na capacidade de desenvolverem a advocacia das pessoas usuárias. Os especialistas se envolvem em ações educacionais dos profissionais da APS.

A atenção às condições crônicas é o foco central da KP e as prioridades são: asma, dor crônica, doença coronariana, depressão, diabetes, insuficiência cardíaca, atenção aos idosos, obesidade e autocuidado apoiado. Para cada uma dessas áreas há diretrizes clínicas baseadas em evidências e programas de gestão das condições de saúde.

Ainda que os médicos tenham liberdade para receitar livremente, 84% dos remédios prescritos são genéricos e 98% deles fazem parte do formulário terapêutico da KP.

É central, no modelo KP, o fato de que 65% a 80% do cuidado é prestado, de forma rotineira, pelas equipes de APS, com ênfase no autocuidado apoiado; por essa razão, as pessoas usuárias são consideradas membros das equipes de APS. As ações de autocuidado são apoiadas por metodologias potentes de educação em saúde que envolvem grupos de pessoas usuárias de diferentes condições de saúde. O restante da população é acompanhada por tecnologias de gestão da clínica – gestão da condição de saúde ou gestão de caso – com maior concentração dos cuidados profissionais nos níveis de atenção de maiores riscos. Parte significativa do atendimento é feito por equipes multiprofissionais com grupos de pessoas usuárias. Para isso, há uma política de extensão do trabalho médico por meio de enfermeiros, enfermeiros obstetrizes e assistentes médicos; esses profissionais atuam principalmente em áreas especializadas. Em função disso, somente 15% do total de atendimentos da KP é realizado por consultas médicas presenciais.

Boxe 11: O sistema integrado de saúde da Kaiser Permanente (KP)

Há um foco forte nas ações preventivas relativas ao tabagismo, ao sobrepeso ou obesidade, ao sedentarismo, ao estresse e à alimentação inadequada, além de uma ação vigorosa sobre hipertensão arterial, dislipidemia, depressão e doenças imunizáveis. A depressão é considerada um fator de risco para as doenças crônicas. A cada ano são ofertadas centenas de milhares de sessões de educação em saúde em relação a esses fatores de risco, muitas delas, abertas ao público em geral. A vigilância de doenças vulneráveis a essas tecnologias é realizada rotineiramente.

O sistema de atenção à saúde tem um componente muito importante de tecnologia de informação, o KP Health Connect um sistema de gestão da atenção que integra os prontuários eletrônicos, os registros populacionais, os sistemas de apoio, como laboratório, imagens e assistência farmacêutica, e os sistemas de gestão econômico-financeira da organização. Esse sistema dá muita força ao cuidado eletrônico (e-care) por meio de consultas médicas por correio eletrônico, resultados de exames *on-line*, refill de prescrições *on-line*, agendamentos *on-line*, acompanhamento à distância de pressão arterial, glicemia e peso. A organização faz investimentos altíssimos em tecnologia de informação porque eles apresentam retorno muito positivo. Estima-se que a maturação do sistema integrado de gestão da atenção à saúde permitiu diminuir 11% das consultas médicas, reduzir as redundâncias em imagens e exames de laboratório e padronizar a atenção em áreas como a anestesia, a ortopedia, a obstetrícia e a oncologia.

A KP contrata com os grupos médicos para prestar serviços profissionais e gerir o sistema de atenção à saúde, pagando por um *per capita* ajustado por risco. Por sua vez, os grupos médicos pagam seus profissionais de saúde com uma parte variável em função do desempenho e da qualidade dos serviços prestados. Os incentivos estão alinhados para estimular a promoção da saúde e a prevenção das condições de saúde. Como o *per capita* inclui o pagamento da APS, da atenção ambulatorial especializada e da atenção hospitalar, num único pacote, há um incentivo para a prestação de cuidados primários.

Estudos comparativos da KP com médias nacionais dos Estados Unidos mostram que a população fumante da KP, em termos proporcionais, é a metade da população americana. As internações hospitalares são quase a metade na clientela da KP em relação à média americana. A KP tem índices de cobertura muito favoráveis, em geral superiores à média americana, em: rastreamento do câncer de mama, 79%; rastreamento de clamídia, 64%; rastreamento de câncer colorretal, 51%; rastreamento de câncer de colo de útero, 77%; imunização de crianças, 86%; o controle da pressão arterial variou de 33% em 2001 para 76% em 2006; controle da hemoglobina glicada, 89%; controle de colesterol, 94%; e controle oftalmológico do diabetes, 81%. As consultas de emergência caíram, no período de 1996 a 2006, em 18% para doenças coronarianas, 24% para diabetes e 17% para insuficiência cardíaca. 93% dos portadores de asma recebem um tratamento adequado. 85% das pessoas que apresentaram infarto agudo do miocárdio mantêm regularmente a medicação com base em beta-bloqueadores, o que reduz em 30% o risco de um novo infarto em relação à média nacional. A mortalidade por doenças cardíacas na população KP caiu 21% entre 1996 e 2005 e é inferior à média americana. A mortalidade por HIV/aids é inferior a 1% por ano e 91% das gestantes fazem teste para detecção de HIV/aids.

Em função de seus bons resultados, os beneficiários da KP abandonam pouco essa operadora; em 2005 apenas 1% desse beneficiários deixaram a KP, o que é muito inferior a média de outras organizações de manutenção de saúde que foi de 11,1%.

As boas avaliações da KP, seja no âmbito internacional, seja internamente nos Estados Unidos, derivam da sua conformação em redes que integram a APS com a atenção especializada, de uma atenção à saúde baseada na população e da estratificação da população por riscos.

Fontes: Kellogg (2007); Porter (2007); Porter e Kellogg, 2008)

Há dois modelos de atenção à saúde bastante similares ao da Kaiser Permanente, modelo Evercare e o modelo Pfizer.

O modelo Evercare, praticado pela United Health, focaliza-se nas pessoas de alto risco utilizando enfermeiros como gestores de caso, com o objetivo de manter a saúde das pessoas usuárias, detectar mudanças, prevenir internações desnecessárias e dar altas mais precoces. O modelo procura integrar as ações de atenção à saúde e de assistência social (UNITED HEALTHCARE, 2004). Há evidências de que o modelo Evercare melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares, diminuiu os custos da atenção e permitiu identificar as necessidades não atendidas das pessoas usuárias (REUBEN, 2002; KANE *et al*, 2003; SMITH, 2003; BOADEN *et al*., 2005; SINGH e HAM, 2006).

O modelo Pfizer centra-se nos usuários de condições de saúde muito complexas por meio da gestão de casos por telefone, realizada por enfermeiros, a partir de diretrizes clínicas de gestão de caso à distância. Ele opera com contatos proativos, educação em saúde e autocuidado apoiado (SINGH e HAM, 2006).

OUTROS MODELOS DERIVADOS DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

Outros modelos derivados ou similares ao CCM têm sido implantados nos Estados Unidos: o modelo de fortalecimento da atenção à saúde, o modelo da atenção guiada, o modelo PACE, o modelo da saúde pública e o modelo de atenção à saúde dos Veteranos de Guerra.

O modelo de fortalecimento da atenção à saúde foi proposto como uma alternativa à gestão de casos tradicional no campo da saúde mental. Ele se foca em ajudar as pessoas e a comunidade a desenvolver seus próprios talentos, capacidades e interesses, conectando-os com os recursos de que necessitam para atingir seus objetivos. Há evidência de que a aplicação desse modelo melhorou a qualidade de vida e a satisfação das pessoas usuárias e reduziu os custos da atenção à saúde (FAST e CHAPIN, 1996).

O modelo da atenção guiada foi desenvolvido para o cuidado de pessoas idosas com múltiplas condições crônicas. Ele foi implantado na APS, articulando as ações de médicos e enfermeiros para prover sete serviços a grupos de aproximadamente 50 pessoas: diagnóstico integral e plano de cuidado; melhores práticas para a atenção às condições crônicas; autogestão das condições crônicas; estilos de vida saudáveis; atenção coordenada; informação e suporte familiar; e mobilização de recursos comunitários. Uma avaliação concluiu que esse modelo melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias e diminuiu os recursos de saúde utilizados (BOULT, 2005).

O modelo PACE (The Program of All-Inclusive Care for the Elderly) centra-se nas pessoas idosas e tem como objetivo reduzir as internações hospitalares e os cuidados de enfermagem domiciliar. Ele se estrutura em centros/dia, em equipes multidisciplinares de gestão de caso e na integração entre APS e atenção secundária à saúde. Há muitos estudos descritivos sobre esse modelo, mas pouca evidência de qualidade a respeito de sua efetividade (BRANCH *et al*., 1995; GROSS *et al*., 2004). Uma análise comparativa sugeriu que o modelo PACE reduziu as internações hospitalares comparado com o modelo tradicional de atenção, mas que aumentou o uso de enfermagem domiciliar (NADASH, 2004).

O modelo da saúde pública compõe-se de três níveis de intervenções: políticas dirigidas à população, atividades comunitárias e serviços de atenção à saúde. O modelo inclui serviços preventivos e monitoramento dos cuidados aos portadores de condições crônicas e enfatiza os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças (ROBLES, 2004). Esse modelo, para ter sucesso no controle das condições crônicas, deve se estruturar com liderança comprometida, na vigilância em saúde, em parcerias, no planejamento estatal, em intervenções focalizadas, e na avaliação e gestão de programas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003).

O modelo de atenção à saúde dos Veteranos de Guerra articula o envolvimento das pessoas e das famílias no planejamento da atenção; a melhoria da autonomia e da situação funcional; a provisão de uma atenção integrada num contínuo de atenção; a integração entre atenção aguda e de longo prazo; e a colaboração de equipes muldisciplinares (MICHAELS e McCABE, 2005).

Na Dinamarca, desenvolveu-se um sistema que combina o modelo expandido de atenção crônica com o modelo de continuidade da atenção à saúde. Esse modelo materializa-se através de serviços baseados na comunidade e na atenção domiciliar (BOSCH, 2000; FROHLICH e JORGENSEN, 2004).

Na Itália, o modelo de atenção às condições crônicas foca-se em centros de enfermagem e em serviços residenciais e ambulatoriais na comunidade. Ainda que alguns estudos sugeriram reduções de internações impróprias, melhoria da qualidade de vida e menor dependência de recursos e crescimento dos serviços voluntários (RICCIARDI, 1997), não há evidência de qualidade sobre os resultados da aplicação desse modelo.

Na Holanda, o governo está implementando os componentes do CCM. O seu programa de atenção transmural destina-se a superar a brecha entre a atenção hospitalar e comunitária, ainda que haja uma conflitante evidência sobre sua efetividade (TEMMINK *et al*., 2001).

Na Austrália, diversos modelos têm sido implantados, quase sempre, a partir do CCM. Desde 2001, um modelo com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, está sendo utilizado e se estrutura em: intervenções sobre a população saudável por meio da prevenção primária: promoção de estilos de vida saudáveis, ações de saúde pública e ações intersetoriais; intervenções sobre a população em risco por meio da prevenção secundária e do diagnóstico precoce: rastreamento de doenças, exames periódicos, intervenções precoces, controle de fatores de risco por meio de mudança de hábitos e medicação; intervenções sobre pessoas com doença estabelecida por meio da gestão de condição de saúde e da prevenção terciária: atenção às condições crônicas e atenção aos eventos agudos; pessoas com doenças crônicas controladas por meio da gestão de condição de saúde e da prevenção terciária: atenção contínua, reabilitação e autocuidado (NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP, 2001).

Modelos de atenção aos portadores de doenças crônicas têm sido desenvolvidos na Ásia. Em Cingapura foi proposto um modelo baseado na atenção primária à saúde e no autocuidado, mas com pouca ênfase em mudanças organizacionais (CHEAH, 2001).

A avaliação de diferentes modelos de atenção às condições crônicas mostra que eles derivam, quase todos, do CCM ou fixam-se em aspectos parciais da atenção, sem definir um modelo conceitual de referência. O principal ponto de similaridades entre eles está em que se movem das intervenções sobre as condições e eventos agudos para o manejo integral da atenção às condições crônicas.

Em relação à utilização internacional predominam os modelos de atenção crônica (CCM), dos cuidados inovadores para as condições crônicas (CICC) e a pirâmide de riscos (SINGH e HAM, 2006).

UMA PROPOSTA DE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

Com base no modelo de determinação social da saúde, nos elementos do modelo da atenção crônica (CCM), nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde e em função da singularidade do sistema público de atenção à saúde brasileiro, Mendes (2007b) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS que foi denominado de modelo de atenção às condições crônicas (MACC).

Esse modelo recolhe e acolhe todas as evidências produzidas pela validação empírica do modelo seminal de atenção crônica, o CCM, seja nos seus seis elementos

fundantes, seja nas relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

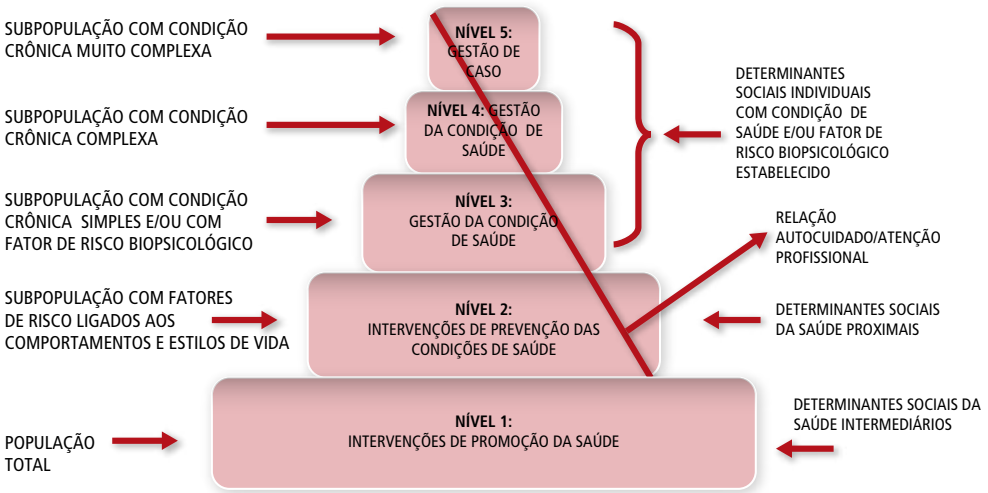
As principais variáveis incorporadas no MACC e que derivam de evidências robustas produzidas pela avaliação do CCM são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007b).

Contudo, à semelhança dos outros modelos derivados do CCM, esse modelo introduz duas modificações fundamentais. Primeiro, conforme fizeram, também, o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) e o modelo de atenção crônica expandido, de British Columbia, Canadá (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008), procura ampliar o âmbito das intervenções sanitárias em relação à população total, por meio de intervenções intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde intermediários. Segundo, a partir da pirâmide de risco da Kaiser Permanente (HAM, 2006; BENGOA, 2008; PORTER e KELLOGG, 2008) e das evidências sobre a atenção à saúde baseada na população, articula as subpopulações portadoras de riscos com as intervenções de prevenção das condições de saúde e as subpopulações com condições de saúde estabelecidas, diferenciadas por riscos, com as intervenções sanitárias ofertadas pelas tecnologias de gestão da clínica.

A descrição do modelo de atenção às condições crônicas

O modelo está representado na Figura 12.

Figura 12: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2007b)

O MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população (à esquerda da Figura 12), os focos das intervenções de saúde (à direita da Figura 12) e os tipos de intervenções de saúde (no meio da Figura 12).

O MACC articula-se com o modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991).

Há três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea (FRENK, 2006). Uma primeira, a da determinação social da saúde, considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade; uma segunda, voltada para ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais; e uma terceira, o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as organizações do setor saúde. O MACC permite integrar essas três perspectivas que se complementam, até porque há evidências de que os sistemas de atenção à saúde são, por si mesmos, um importante determinante social da saúde (COMISSÃO SOBRE MACROECONOMIA E SAÚDE, 2003; SUHRCKE *et al.*, 2008; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008).

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das

quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Em outras palavras, a má saúde dos pobres, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias dentre e dentro dos países são provocadas por uma distribuição desigual, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas consequentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível (acesso à atenção à saúde, à educação, às condições de trabalho, ao tempo livre e à habitação) e a possibilidade de ter uma vida próspera. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades injustas é uma questão de justiça social e um imperativo ético para o qual devem ser estruturadas três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; e medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinião pública a esse respeito (COMISSIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

A importância dos determinantes sociais da saúde decorre de que eles repercutem diretamente na saúde; eles permitem predizer a maior proporção das variações no estado de saúde, a iniquidade sanitária; eles estruturam os comportamentos relacionados com a saúde; e eles interatuam mutuamente na geração da saúde (COMISSIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

A determinação social da saúde está alicerçada num fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistemáticas em sua distribuição pela população e injustas (WHITEHEAD, 1992; MARMOR, 2006).

A discussão dos determinantes sociais da saúde funda-se em três correntes da epidemiologia social não mutuamente exclusivas: a corrente dos fatores psicossociais, a corrente da produção social da saúde/economia política da saúde e a corrente da teoria ecossocial (COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

Há vários modelos para representar a determinação social da saúde (COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Contudo, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), mostrado na Figura 13, por ser simples, de fácil compreensão e pela clara visualização gráfica.

Figura 13: O modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes.

O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

Como se pode ver na Figura 13, os indivíduos estão no centro do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada 1, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não

somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, as práticas sexuais não protegidas e outros.

A camada 2 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos recentes consideram o capital social como relações informais de confiança e cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valórico de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico. As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas (SAPAG e KAWACHI, 2007)

Na camada 3, estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Esses determinantes sociais da saúde são denominados de determinantes intermediários

Finalmente, na camada 4, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.

A análise do modelo da determinação social da saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação.

Os fatores macro da camada 4 devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem de forma a reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 3 convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses determinantes sociais da saúde intermediários é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 2 exigem políticas de construção de coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente minorias étnicas e raciais, mulheres e pobres.

Os determinantes sociais da camada 1 tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas no plano micro com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido e outros), especialmente por meio da educação em saúde e no campo da APS.

A articulação entre o modelo de atenção às condições crônicas, MACC, representado na Figura 12 com o modelo de determinação social da saúde, apresentado na Figura 13 se dá nos níveis de atenção à saúde.

No primeiro nível, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde, com o foco nos determinantes sociais da saúde, localizados nas terceira e quarta camadas (macrodeterminantes, condições de vida e de trabalho e acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias) que correspondem aos determinantes intermediários da saúde.

No segundo nível, opera-se com subpopulações da população total estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção das condições de saúde, voltadas para indivíduos e subpopulações.

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida. Somente a partir do terceiro nível do modelo é que se vai operar com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade que apresenta a condição de saúde estabelecida, definirá as intervenções sanitárias. Os terceiro, quarto e quinto níveis do modelo de atenção às condições crônicas estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo e fatores hereditários, o núcleo central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções serão predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica e a partir da gestão baseada na população.

A partir do terceiro nível exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde. Nesse nível 3, opera-se com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio riscos, em geral prevalente entre 70 a 80% dos portadores da condição de saúde, ou que apresentam fatores de risco biopsicológicos, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. No quarto nível, opera-se com subpopulações com condição crônica complexa, de alto ou muito alto riscos, também por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. O que justifica essa divisão entre gestão da condição de saúde nos níveis 3 e 4, é o tipo de atenção que varia em função do grau de risco; em geral, as condições de baixo e médio riscos são enfrentadas por uma atenção à saúde fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, enquanto as condições de alto e muito alto riscos são manejadas com uma presença relativa mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o cuidado especializado.

No nível 5, opera-se com subpopulações da população total que apresentam uma condição de saúde muito complexa. Essas subpopulações são aquelas que, segundo a lei da concentração da severidade das condições de saúde e dos gastos da atenção à saúde, atingem de 1 a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde (BERK e MONHEINT, 1992). As intervenções em relação a essas subpopulações é realizada por uma outra tecnologia da gestão da clínica, a gestão de caso.

Na Figura 12, a linha transversal que corta o desenho, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha representa, hegemonicamente, o autocuidado apoiado. É, dessa forma, que esse modelo incorpora, as evidências provenientes, especialmente da pirâmide de riscos da Kaiser Permanente. Assim, no nível 3, vai-se operar, mais fortemente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e atenção profissional e, no nível 5, há uma forte concentração da atenção profissional,

coordenada por um gestor de caso. Mas as mudanças na atenção à saúde, determinadas pelo MACC, são mais profundas e vão muito além da atenção profissional e o autocuidado apoiado.

Nesse capítulo, vão se considerar os dois primeiros níveis do MACC e as profundas mudanças que se devem processar na natureza da atenção à saúde para que se tenha sucesso no manejo das condições crônicas.

Isso significa discutir as relações das RASs com as subpopulações estratificadas por riscos, elemento essencial de uma atenção à saúde baseada na população, as intervenções promocionais sobre os determinantes sociais da saúde intermediários, as intervenções sobre os comportamentos e estilos de vida não saudáveis e as mudanças da atenção à saúde.

As intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas – componentes dos níveis três, quatro e cinco do modelo de atenção às condições crônicas – objeto das tecnologias de gestão das condições de saúde e da gestão de caso, serão discutidas detalhadamente no Capítulo 4 sobre a gestão da clínica

A estratificação da população

O processo de estratificação da população, representado pelo lado esquerdo da Figura 12, é central na construção das RASs porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pelas RASs, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das RASs.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000).

A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas,

com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos específicos para cada qual.

A estratificação da população é fundamental nas RASs, porque ao invés de ter uma atenção única para todos as pessoas usuárias, diferencia-as, por estratos de riscos, e permite definir, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a co-participação da atenção especializada.

Por exemplo, na linha-guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2007b), a hipertensão arterial – uma subpopulação com prevalência estimada de 20% da população de mais de 20 anos – está estratificada da seguinte forma: portadores de hipertensão de baixo risco, 40% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de médio risco, 35% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de alto e muito alto risco, 25% da subpopulação de portadores de hipertensão. As intervenções sanitárias propostas na linha-guia são distintas para os diferentes estratos de risco, concentrando-se a intensidade da atenção profissional e especializada nos portadores de alto e muito alto risco, 25% do total da subpopulação portadora de hipertensão.

A estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares. Um trabalho básico para isso foi o de Leutz (1999) que dividiu as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em três grupos: aqueles com condições de saúde leves ou moderadas, mas estáveis e com alta capacidade para o autocuidado; aqueles com condições de saúde moderadas e com alguma capacidade de autocuidado; e aqueles com condições de saúde severas e de longo prazo e que têm limitada capacidade de autocuidado. Para cada um desses grupos devem se desenvolver estratégias de intervenções diferenciadas. Essa concepção de Leutz é a base do modelo da pirâmide de riscos.

A atenção à saúde baseada na população move o sistema de atenção de um indivíduo que necessita de cuidado para o planejamento e a prestação de serviços a uma população determinada, o que vai exigir das organizações de saúde conhecimentos e habilidades para captar as necessidades de saúde da população e de suas subpopulações de acordo com seus riscos (CARL-ARDY *et al*., 2008).

Quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de organizar a agenda de atendimentos, tanto na APS quanto nos centros de especialidades médicas, para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas.

A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde. Isso implica o cadastramento de todos as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da APS e que expressa o seu papel, nas RASs, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode limitar-se a cada indivíduo. Há que ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco sociosanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos.

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica. A estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde.

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbidades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Disso resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto risco e que têm certa capacidade de se autocuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco mas sem capacidade de se autocuidarem, são acompanhados pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam autocapacidade para se manterem controladas, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estra-

tificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde (STANLEY, 2004; SINGH e HAM, 2006; KELLOGG, 2007; PORTER, 2007; PORTER e KELLOGG, 2008); impactos positivos nos resultados clínicos (STUCK *et al*., 1993; FAGERBERG *et al*., 2000; CONN *et al*, 2002; PARKER, 2006); e maior eficiência no uso dos recursos de saúde (MUKAMEL *et al*.,1997; RICH e NEASE, 1999; HICKEY *et al*., 2000; WELLINGHAM *et al*., 2003; SINGH, 2005a; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY STRATEGIC HEALTH AUTHORITY, 2006).

O nível 1 do modelo de atenção às condições crônicas

O nível 1 do MACC incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários, por meio de intervenções intersetoriais

Esse primeiro nível do MACC, como se vê na Figura 12, constitui a base do modelo. Ele tem como sujeito a população total, como focos de intervenções os determinantes sociais da saúde intermediários (os fatores relativos às condições de vida e de trabalho, o acesso a serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias) por meio de intervenções de promoção da saúde materializadas, especialmente, em projetos intersetoriais.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) produziu um relatório, com suporte numa robusta literatura, em que faz uma análise da situação de saúde que se vai sintetizar aqui, sobre os determinantes, especialmente sobre crescimento econômico e distribuição de renda, educação, saneamento, habitação, emprego e trabalho e meio ambiente.

Em termos de crescimento econômico, o Brasil vem crescendo; o PIB *per capita* passou de 2.060 dólares em 1960 para 5.720 em 2006. A queda das desigualdades permitiu uma redução significativa da pobreza e da extrema pobreza (BARROS, 2007). Mas vige, ainda, uma distribuição de renda injusta. Em 2000, perto de 30% da população tinham uma renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo e, na outra ponta, 3% da população apresentava uma renda familiar *per capita* superior a dez salários mínimos. Mesmo com as melhoras recentes na igualdade de renda, o Brasil situa-se em 11º lugar entre os países com maiores concentrações de renda.

Com relação à educação, o analfabetismo tem se reduzido. Em 1940, 56% da população era analfabeta e esse valor caiu para 13,6% em 2000. Mas esse percentual variou fortemente de acordo com as regiões e a renda. O analfabetismo, em 2006, foi de 17,9% entre os de menores rendas e de 1,3% entre os de maiores rendas. A taxa de escolarização líquida (o percentual da população de determinada

idade matriculada no nível de ensino adequado) cresceu, no ensino fundamental, de 80% em 1980 para 94,3% em 2000. O mesmo indicador, no ensino médio, apesar de um valor mais baixo, apresentou tendência de crescimento. Contudo, há fortes diferenças na média de anos de estudo, variando de 10,2 anos para o quintil mais rico e 3,9 anos para o quintil mais pobre; as diferenças regionais são expressivas em todos os estratos de renda. O número de pessoas que concluíram o curso superior foi de 226.423 em 1980 e de 717.858 em 2005, mas esse número representa, apenas, 0,4% da população total do país.

As variações positivas em relação à renda, escolaridade e saúde expressaram-se no índice de desenvolvimento humano (IDH) que passou de 0,649 em 1975 para 0,800 em 2005.

A cobertura de serviços de água e esgoto tem aumentado. A rede de abastecimento de água atingiu, em 2004, 83% dos domicílios particulares e os serviços de esgotamento sanitário chegaram a 70%. Mas restam desigualdades regionais expressivas; a cobertura de abastecimento de água foi de 91% no Sudeste e de 54,8% na Região Norte.

Em relação à habitação e com base no Censo de 2000, a necessidade de novas moradias em todo o país era de 6,6 milhões, sendo 5,4 milhões nas áreas urbanas e 1,2 milhão na área rural. Em números absolutos, a maior parte desse déficit habitacional concentra-se nos estados do Sudeste (41%) e do Nordeste (32%), regiões que agregam a maioria da população urbana do país e que dispõem da maior parte dos domicílios urbanos duráveis, sendo que 83,2% desse déficit habitacional urbano está concentrado nas famílias com renda mensal de até três salários mínimos (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2004). Estima-se que o déficit habitacional possa ter atingido 8 milhões de domicílios em 2005.

As condições de emprego, determinadas pela transição de uma economia agrária para uma economia industrial e de serviços, trouxeram junto problemas como o crescimento do setor informal, salários baixos, insegurança no emprego e trabalho infantil.

Do ponto de vista do ambiente, a urbanização, o crescimento do transporte e das indústrias, assim como a expansão da fronteira agrícola, criaram condições propícias para uma permanente exposição de segmentos populacionais à poluição atmosférica e dos corpos hídricos e ao aumento da mortalidade e da morbidade decorrentes de fatores ambientais.

As redes sociais e comunitárias são fundamentais para o incremento do capital social e da coesão social. O capital social pode ser definido como um conjunto de atributos que estão presentes numa sociedade como bens intangíveis que favorecem a confiança, a reciprocidade a ação social com relação a normas compartilhadas (PUTNAM *et al*., 1994). O capital social é um fator relevante para alcançar a coesão social que representa um conceito mais amplo e que inclui a ausência de conflitos sociais latentes e a presença de fortes laços sociais, onde se incluem a confiança e as normas de reciprocidade, as associações que superam a divisão social e as instituições dedicadas a manejar os conflitos (HOPENHAYN, 2006). As associações entre capital social e desenvolvimento econômico, educação, violência, mobilidade de emprego e governabilidade estão bem estabelecidas (COLEMAN, 1988; SAMPSON *et al*., 1997; BAQUERO, 2003). O mesmo vem ocorrendo entre capital social e saúde (MLADOVSKY e MOSSIALOS, 2006; SAPAG e KAWACHI, 2007; SCOTT e HOFMEYER, 2007). De outro lado, sugere-se que os sistemas públicos universais de atenção à saúde, como o SUS, contribuem para a acumulação de capital social (FIGUERAS *et al*, 2008; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008).

A ação desses determinantes manifestam-se na saúde em vários aspectos. Há trabalhos que tratam, especificamente, das determinações sociais das condições crônicas (HEALTH NEXUS AND ONTARIO CHRONIC DISEASE PREVENTION ALLIANCE, 2008).

No Brasil, o desenvolvimento econômico desigual faz com que a mortalidade infantil seja maior em regiões menos desenvolvidas que em regiões mais desenvolvidas. Minas Gerais, em 2007, apresentou uma taxa de mortalidade infantil média de 14,7 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos, mas essa média variou de 25,0 a 28,0 nas três microrregiões mais pobres do Vale do Mucuri e Rio Doce, a uma mortalidade infantil de um dígito nas três microrregiões mais desenvolvidas (SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA, 2008). O mesmo ocorre com a utilização de serviços de saúde no estado. Em 2005, 43% das mulheres fizeram mamografias, mas essa média variou de menos de 5% no Vale do Jequitinhonha, uma região muito pobre, a 65% na região Centro, uma região mais rica (COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS, 2005).

As relações entre renda e saúde são nítidas em nosso país. A percepção do estado de saúde varia conforme a classe de rendimento. Dados da PNAD 2003, trabalhados para Minas Gerais, mostraram que a autopercepção de um estado de saúde ruim ou muito ruim para o estado foi, em média, de 3,7%, mas variou de 0,2% nas pessoas com renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos a 6,6% naquelas de rendimento de até 1 salário mínimo (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005). Outros trabalhos demonstraram que as pessoas de menor renda tenderam a utilizar menos os serviços de saúde (IBGE, 2003), a ter maiores restrições de atividades por

motivo de saúde (IBGE, 2003), a demandar menos consultas médicas (CAPILHEIRA e SANTOS, 2006) e a ter menor acesso a serviços preventivos para câncer de colo do útero (IBGE, 2003). Há evidências de que as pessoas de menores rendas apresentam maiores probabilidades de apresentarem condições crônicas (SICHIERI, 2000; BANCO MUNDIAL, 2005); de terem maior prevalência de hipertensão (Da COSTA et., 2007) e de morrerem por doenças cardiovasculares (STEPHEN *et al*., 1994).

A educação é fator determinante na saúde, de tal forma que baixos níveis de educação afetam negativamente a saúde, em relação à percepção do estado de saúde, à alfabetização sanitária, ao acesso aos serviços de saúde e aos níveis de saúde. Macinko *et al*.(2006), analisando a queda da mortalidade infantil no Brasil, mostraram que o fator mais determinante dessa queda foi a escolaridade das mães, superior à contribuição relativa do número de equipes de PSF, do acesso ao abastecimento de água e do número de leitos hospitalares. Menor escolaridade está associada a menor expectativa de vida (MESSIAS, 2003); a menor utilização de serviços preventivos de câncer de mama e de colo de útero (IBGE, 2003); a pior autopercepção do estado de saúde (DACHS, 2002); e a maior prevalência de doenças crônicas (LESSA *et al*., 2006).

A associação entre saneamento e saúde são claras. Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas verificou que más condições de saneamento estão ligadas a: pior autopercepção do estado de saúde; a maior inatividade por doenças; a maiores chances de morrer entre meninos de 1 a 6 anos vivendo sem esgotamento sanitário; as mulheres grávidas têm uma probabilidade 30% maior de terem filhos nascidos mortos (NERI, 2007). Por outro lado, o incremento da oferta de abastecimento de água contribui para a diminuição da mortalidade infantil (MONTEIRO, 1995; HOLCMAN *et al*., 2004).

O desemprego, o trabalho informal e a exclusão do mercado de trabalho estão associados a piores de condições de saúde nos adultos brasileiros (GIATTI e BARRETO, 2006). Em dois anos, o INSS reconheceu quase 60 mil casos de doenças relacionadas com o trabalho. Os acidentes de trabalho, ainda que apresentando tendência decrescente, são muito prevalentes. Há estudos que mostram o papel determinante das condições de trabalho sobre a silicose (CARNEIRO *et al*., 2002); as doenças respiratórias (FARIA *et al*., 2006); as doenças dermatológicas (MELO, 1999); os distúrbios músculo-esqueléticos (MUROFUSE e MARZIALE, 2005); os distúrbios mentais (PORTO *et al*., 2006); e a perda de audição (GUERRA *et al*., 2005).

Os problemas de saúde gerados por fontes de emissão de poluentes, por acidentes com produtos químicos e por mudanças no uso do solo expressam-se em mortalidade e morbidade. Por ano, ocorrem, no mundo, 3 milhões de mortes causadas pela poluição atmosférica e estima-se que 30% a 40% dos casos de asma estejam relacionados com esse problema ambiental. No Brasil, os poluentes influem nas

doenças cardiovasculares (MARTINS *et al*., 2006); nas condições de gestantes (LIN *et al*., 2004); e nas doenças respiratórias (FARHAT *et al*., 2005). Por outro lado, a expansão das fronteiras agrícolas determinam problemas respiratórios consequentes às queimadas (BUSSAMRA *et al*., 2004) e o desmatamento amplia a incidência da malária (CASTRO *et al*., 2006).

O Brasil apresenta uma baixa acumulação de capital social. Pesquisa mostrou que as relações de confiança entre brasileiros são muito débeis (ALMEIDA, 2007). Os mais de 2 mil entrevistados só mencionaram confiar em seus familiares (84%), mas, majoritariamente, referiram não confiar nos amigos (70%), nos vizinhos (77%), nos colegas de trabalho (70%) e na maioria das pessoas (85%).

As associações entre os determinantes sociais intermediários e a saúde precisam ser constantemente monitoradas. Por isso, nesse primeiro nível do modelo de atenção às condições crônicas, é necessário que os órgãos de vigilância em saúde capacitem-se para exercitar, rotineiramente, a vigilância desses determinantes sociais da saúde.

Pode-se concluir que, em termos de derminantes intermediários da saúde, há muitos problemas a superar. De fato, muitos deles estão sendo enfrentados por programas setoriais. Os dados da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) mostram que o governo federal vem atuando sobre eles com vários programas e com recursos crescentes. Contudo, essa forma hegemônica de ação pública, praticada em todos os níveis federativos, retira efetividade e eficiência dos programas públicos porque é feita de forma tematizada e fragmentada, sem uma articulação entre os diferentes setores que permitiria gerar, pela sinergia, melhores resultados sanitários e econômicos. Por isso, sugere-se que a ação seja realizada de forma intersetorial.

É isso que se expressa no primeiro nível do MACC, Figura 12, quando se propõem intervenções de promoção da saúde para a população total, realizadas por meio de ações intersetoriais, sobre os determinantes sociais da saúde intermediários.

A ação intersetorial é entendida como as relações entre partes do setor saúde com partes de outros setores, estabelecidas com o objetivo de desenvolver projetos que levem a melhores resultados sanitários, de forma efetiva, eficiente e sustentável, que não seriam obtidos com a ação isolada do setor saúde (COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

As políticas principais, recomendadas pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), nos âmbitos distais e intermediários de determinação, são: políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental

e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade; políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, educação e serviços de saúde; e políticas que favoreçam o fortalecimento da solidariedade e da confiança, a construção de redes de apoio e a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, em especial dos grupos sociais vulneráveis.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) recomenda que as intervenções nos diversos níveis de determinação, para serem viáveis, efetivas e sustentáveis, devem fundamentar-se, além da intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas. Afirma que as evidências científicas permitem entender como operam os determinantes sociais na geração das iniquidades e como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados esperar em termos de sua efetividade e eficiência. Há trabalhos que tratam da produção e utilização evidências científicas com relação à promoção da saúde (JACKSON e WATERS, 2004; ARMSTRONG *et al*., 2007; BONNEFOY *et al*., 2007); no caso brasileiro, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) sugere a criação de um programa conjunto entre o Ministério de Ciência e Tecnologia e o Ministério da Saúde com o objetivo de incentivar a produção regular de evidências científicas nesse campo.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) avança na proposição de um desenho institucional, no âmbito do governo federal, para a coordenação das ações intersetoriais, com o estabelecimento, na Casa Civil, de uma instância dedicada às Ações Intersetoriais para Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, com as seguintes funções: responsabilizar-se pelo monitoramento e avaliação de projetos, programas ou políticas relacionadas aos determinantes sociais da saúde; propor mecanismos de coordenação das ações em curso; constituir uma instância de revisão e aprovação dessas ações, segundo seu impacto na saúde; elaborar projetos de caráter estratégico; e captar recursos para a implantação de novas intervenções intersetoriais. O Ministério da Saúde exerceria a Secretaria Técnica/Executiva dessa instância federal. É óbvio que esse desenho institucional, respeitados os papéis federativos singulares, se aplica, também, aos estados e aos municípios. Do ponto vista operacional, as prioridades da ação intersetorial deveriam estar relacionadas à promoção da saúde na infância e adolescência e ao fortalecimento das redes de municípios saudáveis.

É preciso ter claro que as intervenções intersetoriais de promoção da saúde podem ser desenvolvidas em diferentes âmbitos: no nível planetário ou da globalização, no nível macro, no nível meso e no nível micro (COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS

OF HEALTH, 2007). Assim, pode haver, como na Finlândia, um plano nacional sobre os determinantes sociais da saúde (MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH, 2008) até uma ação intersetorial desenvolvida num bairro de uma cidade envolvendo diferentes organizações ali presentes (RAMIREZ *et al*., 2008).

O Boxe 12 abaixo relata um programa de ações intersetoriais do Governo de Minas Gerais, o Projeto Travessia.

Boxe 12: O Projeto Travessia

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, para o período 2008/2023, tem como visão tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver. Um dos eixos estratégicos desse plano é equidade entre pessoas e regiões e esse eixo constitui-se de programas voltados para localidades de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), destinados aos segmentos da população mais vulnerável socialmente.

O Projeto Travessia é uma ação integrada de várias órgãos estaduais e dos governos municipais com o objetivo de promover a inclusão social e produtiva da população em situação de maior vulnerabilidade social e estimular a participação e o controle social das políticas públicas. Para cumprir esse objetivo o Projeto Travessia busca articular e integrar o planejamento, a execução e o acompanhamento das políticas públicas, estaduais e municipais, com base no território, visando à sua maior efetividade e eficiência.

Inicialmente, o projeto abrangeu cinco municípios, sendo dois em regiões metropolitanas. Num segundo momento, foram selecionados 33 municípios localizados nas regiões mais pobres do estado (Norte, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri e Vale do Rio Doce), com IDH inferior a 0,680 e com população inferior a 10 mil habitantes. A proposta é de incremento gradativo de municípios no projeto. Em 2011 mais de 200 municípios estão no projeto.

O projeto atua segundo algumas premissas: foco em populações em situação de vulnerabilidade, prioritariamente aquelas cadastradas no Cadastro Único do Ministério de Desenvolvimento Social; fortalecimento dos grupos organizados e representativos das comunidades; sustentabilidade dos programas executados; e ação intersetorial dos setores de saneamento (melhoria do abastecimento e distribuição de água e esgoto), intervenções urbanas (pavimentação, melhorias habitacionais e construção de espaços públicos), saúde (implantação da rede de atenção às mulheres e às crianças, com centro de comunicação na atenção primária à saúde, para redução da mortalidade infantil), organização da gestão social (implantação dos Centros de Referências de Assistência Social), educação (melhoria da infraestrutura das escolas, capacitação de diretores e professores) e renda (qualificação profissional, doação de insumos agrícolas, constituição e acompanhamento de cooperativas).

Na primeira fase, em 2007, o projeto atuou em cinco municípios e oito localidades, com 173 ações integradas entre 11 órgãos estaduais e os municípios. Foram despendidos em torno de R$ 90 milhões naquele ano.

Boxe 12: O Projeto Travessia

Para que as ações planejadas, em conjunto, sejam executadas eficazmente, instituiu-se a seguinte dinâmica de trabalho: criação e a implantação de um sistema informatizado de monitoramento do programa nos municípios; instituição de um canal de comunicação com a sociedade e o projeto (interlocutor local); inserção permanente de um articulador local, em cada município; reuniões, constantes, da equipe do Travessia com os responsáveis pelos programas ou projetos, de cada Secretaria, e com os articuladores e interlocutores locais; visitas periódicas, da equipe do Travessia, aos municípios, com o intuito de obter e divulgar informações sobre as ações em execução; produção de relatórios mensais; mobilização constante da comunidade local, para o envolvimento no programa e às ações, incluindo o estabelecimento e manutenção de grupos de referências; criação e implementação de um comitê de acompanhamento do Travessia, composto por representantes das principais órgãos estaduais envolvidos; e comprometimento da gestão municipal, por meio da assinatura de um protocolo de intenções e de um convênio, assumindo a responsabilidade de diversas ações.

Para o Projeto Travessia, é essencial a participação da comunidade no seu desenvolvimento para que se acumule capital social nas comunidades. Uma ação importante é de mobilização social que conta com o apoio de técnicos sociais. Além disso, a equipe do Travessia encontra-se com a comunidade local de três em três meses, em média, para avaliar o plano de trabalho.

Para avaliar o impacto do programa Travessia sobre as localidades selecionadas, contratou-se uma entidade externa, um centro de pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Fonte: Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (2008)

O nível 2 do modelo de atenção às condições crônicas

O nível 2 do MACC incorpora a prevenção das condições de saúde, em subpopulações de risco, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção de condições de saúde, e não prevenção de doenças, porque pode-se prevenir condições de saúde, como a gravidez, que não constitui uma doença.

Os determinantes sociais da saúde proximais, oriundos de comportamentos e estilos de vida, são considerados fatores de risco. Esses fatores de risco são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais.

Os fatores de risco são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis e modificáveis ou comportamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008e). Entre os primeiros estão o sexo, a idade e a herança genética e, dentre os últimos, o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool, o sexo inseguro e o estresse.

A abordagem dos fatores não modificáveis é feita, predominantemente, nos níveis três e quatro do modelo de atenção às condições crônicas, como parte da gestão da clínica. Ali, também, são abordados os fatores de risco biopsicológicos como a hipertensão, a hiperlipidemia e a intolerância à glicose. Há sistemas de atenção à saúde que consideram, também, a depressão como um fator de risco para as condições crônicas (PORTER, 2007).

As intervenções preventivas sobre os fatores de risco podem ser feitas com base na população, na comunidade ou nos indivíduos. As intervenções baseadas na população têm seu foco sobre a população como um todo ou sobre as subpopulações estratificadas por riscos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Ou, podem ser feitas por meios de intervenções nos âmbitos macro, meso e micro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Os governos têm um papel crucial a desempenhar na prevenção das condições de saúde, em especial na proteção aos grupos vulneráveis. Muitos creem que se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou estilos de vida inadequados tornam-se responsáveis por suas enfermidades. Contudo, a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde não cabendo a vitimização dos portadores de condições crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No plano das macropolíticas, como a elaboração de legislação específica para fatores de risco, o aumento de impostos dos bens produtores das condições de saúde e a informação massiva, em geral, os governos têm atuado de forma insuficiente. As razões são várias (NOVOTNY, 2008): como os fatores de risco decorrem de estilos de vida pensa-se que não cabe aos governos atuar fortemente nesse campo, deixando a critério de cada pessoa mudar seu comportamento; há grande dificuldade de desenvolver ações intersetoriais efetivas; enfrenta-se forte reação de grupos de interesses poderosos como a indústria da bebida, do tabaco, da alimentação e do entretenimento e das empresas de publicidade; e é difícil avaliar, de forma rotineira e por longo prazo, os resultados dos programas de prevenção. Disso decorre o pequeno investimento em programas de promoção e prevenção. Os governos da Europa gastam menos de 1% de seus orçamentos em saúde com medidas de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde (EUROPEAN COMMISSION, 2000).

No plano meso, as intervenções preventivas devem se fazer em comunidades e sobre grupos de pessoas nos ambientes de trabalho ou nos ambientes escolares. Por exemplo, as intervenções preventivas realizadas nos ambientes de trabalho, além de produzirem resultados sanitários, têm um efeito econômico muito positivo: redução

de 27% no absenteísmo por doença, redução de 26% nos custos com atenção à saúde e um retorno econômico de 5,81 dólares para cada dólar investido (WORLD HEALTH ORGANIZATION E WORLD ECONOMIC FORUM, 2008).

Há o reconhecimento de que a prevenção dos riscos é geralmente mais efetiva quando voltada para populações do que para indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Mas essas intervenções baseadas na população devem ser complementadas por ações preventivas, desenvolvidas no plano individual.

No nível micro, o espaço privilegiado de atuação é o da APS pela simples razão de que é, ali, que a população é conhecida, vinculada e acompanhada longitudinalmente.

Ainda que sejam importantes, as ações preventivas, no plano individual, não são fáceis de serem concretizadas. Além das dificuldades inerentes à mudança do comportamento humano, faltam instrumentos efetivos para ajudar a provocar essas mudanças. Por isso, têm sido utilizadas, crescentemente, na prevenção das condições de saúde e no autocuidado apoiado, intervenções baseadas em teorias psicológicas ou comportamentais que não se autoexcluem. Dentre elas ressaltem-se: a teoria da escolha racional; a teoria da ação racional (AJZEN e FISHBEIN, 1980); a teoria do comportamento planejado, uma extensão da ação racional; o modelo de autorregulação (PETRIE e BROADBENT, 2003); a teoria cognitiva social ou da aprendizagem social (BANDURA, 1977); a teoria da autodeterminação (DECI e RYAN, 1985); a entrevista motivacional (ROLLNICK *et al*., 2000); e o modelo transteorético de mudança ou teoria dos estágios da mudança (PROCHASKA e DiCLEMENTE, 1983).

Para Rijken *et al*. (2008), essas teorias ajudam a compreender que o comportamento humano é importante e a desenvolver intervenções que sejam efetivas em mudar os comportamentos e os estilos de vida. Elas mostram que as mudanças de comportamento na saúde requerem uma série de estratégias que dependem do nível de conhecimento das pessoas em relação à sua saúde, às suas crenças, aos seus níveis de confiança, à força das suas redes de suporte social e aos seus níveis de motivação.

Uma das teorias mais aplicadas para facilitar as mudanças em relação aos comportamentos e estilos de vida tem sido o modelo transteorético de mudança ou teoria dos estágios da mudança. Essa teoria postula que as mudanças de comportamentos se dão em estágios sequenciais de estados psicológicos e comportamentais que vão desde uma falta de motivação até um novo comportamento sustentado.

O Quadro 7 mostra os estágios de mudança e os modos de motivar as mudanças de comportamento segundo a teoria dos estágios de mudança.

Quadro 7: Os estágios de mudança e os modos de motivar as mudanças

ESTÁGIO DE MUDANÇA	INCENTIVOS À MUDANÇA
Pré-contemplação: não há nenhum interesse na mudança nos próximos seis meses	Aumento da consciência da necessidade da mudança por meio de informação
Contemplação: balanceamento dos riscos e benefícios da mudança, mas pensando em mudança	Relação dos prós e contras da mudança e busca de apoio à mudança
Preparação: planejamento para a mudança e construção de alternativas; intenção em tomar ações de mudança no prazo de um mês	Elaboração de um plano de ação com definição dos passos, tempos e incentivos
Ação: as mudanças ocorrem e os novos comportamentos aparecem; mudando numa ação específica	Elaboração de metas de curto prazo e construção de capacidade de solução dos problemas que surgirem no curso da ação
Manutenção: os novos comportamentos continuam com confiança crescente e superação das barreiras ocorre; mudanças persistentes de seis meses a cinco anos	Paciência, persistência e conscientização da necessidade de mudança
Relapso: recaída, retorno ao comportamento antigo	Entendimento das causas da recaída e aprendizagem sobre a sua superação

Fontes: Prochaska e DiClemente (1983); Kaiser Permanente (2005); Bodenheimer e Grumbach (2007)

A teoria dos estágios da mudança tem sido aplicada, em vários países do mundo, na prevenção das condições de saúde e no autocuidado apoiado (CHAPMAN-NOVAKOFSKI, 2005; DIJKSTRA, 2005; PORTER, 2007; KELLOGG, 2007; RIJKEN *et al*., 2008). Por exemplo, a Kaiser Permanente tem um programa denominado "Cultivando a saúde", destinado a ajudar seus cliente para adotar estilos de vida saudáveis, em relação à atividade física (KAISER PERMANENTE, 2005), ao estresse (KAISER PERMANENTE, 2007), ao tabagismo (KAISER PERMANENTE, 2008a) e ao peso (KAISER PERMANENTE, 2008b). No Brasil essa teoria também tem sido considerada em campos como a atividade física (MIRANDA, 1999; REIS e PETROSKI, 2005; SOUZA e DUARTE, 2005), a alimentação (ASSIS e NAHAS, 1999; OLIVEIRA e DUARTE, 2006), o uso excessivo de álcool (MURTA e TROCCOLI, 2005) e o autocuidado no diabetes (SILVA, 2006).

Há quem considere que a teoria dos estágios da mudança é eficaz em certos comportamentos relativos à adição como tabagismo e uso excesivo de álcool, mas questiona a discreção efetiva dos estágios e afirma que ela seria menos eficaz no autocuidado de condições crônicas (MARSHALL e BIDDLE, 2001; LITTELL e GIRVIN, 2002)

Uma outra técnica importante, para ser utilizada na atenção às condições crônicas, é a entrevista motivacional.

A entrevista motivacional é uma abordagem diretiva, focal, para atingir determinados resultados, em termos de comportamentos. Utiliza técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, terapia centrada na pessoa, terapia cognitiva e terapia sistêmica. Ela se apoia numa concepção de mudança que articula a importância da mudança e a confiança em realizá-la. Pessoas que pensam que a atividade física não é importante são improváveis de iniciar esse processo de mudança com efetividade. Da mesma forma, pessoas que pensam que a atividade física é importante, mas que não têm um grau de confiança suficiente em sua capacidade de mudar, dificilmente irão fazer exercício físico regularmente. Essa técnica aborda as pessoas com baixa importância por meio de processos educacionais e as pessoas com baixa confiança com definição de metas, plano de ação e técnicas de solução de problemas (ROLLNICK *et al*., 2000).

Há evidência de que a entrevista motivacional tem produzido resultados em relação aos dependentes de álcool, à redução de peso, ao controle da pressão arterial (MILLER *et al*., 1993; NOONAN e MOYERS, 1997; ROLLNICK *et al*., 2000;), mas seus resultados em relação ao manejo das condições crônicas e à atividade física são inconclusivos (ROLNICK *et al*., 2000). Essa técnica é particularmente efetiva em indivíduos que apresentam baixa motivação de mudança (BUTLER *et al*., 1999). Ela tem sido tem sido criticada por ser passiva e demorar muito tempo em produzir resultados (MOYERS e YAHNE, 1998).

A entrevista motivacional tem sido usada no Brasil, principalmente em comportamentos relacionados às adições (ALBERNAZ e PASSOS, 2001; OLIVEIRA *et al*., 2003; De MICHELE *et al*., 2004).

Há evidências de que os comportamentos e estilos de vida são determinantes sociais importantes das condições crônicas. McGinnis and Foege (1993) identificaram a natureza crítica dos fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, estimando que eles foram responsáveis por 40% das mortes ocorridas nos Estados Unidos. Esses fatores de risco são as principais causas de morte por câncer em países de baixa e média rendas: o tabagismo por 18% das mortes; o baixo consumo de frutas, legumes e verduras por 6% das mortes; e o consumo excessivo de álcool por 5% das mortes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006). Nos Estados Unidos e Europa, estima-se que a expectativa de vida poderia reduzir-se em cinco anos nas próximas décadas se os níveis de obesidade atuais continuarem crescendo conforme os padrões atualmente vigentes; nessas condições, prevê-se que uma em cada quatro pessoas nascidas, hoje, poderá desenvolver diabetes ao longo de sua

vida (BENGOA, 2008). Os fatores de risco são generalizados e explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas, em homens e mulheres, em todas as partes do universo. No mundo, a cada ano, 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco, 2,6 milhões de pessoas morrem por problemas de sobrepeso ou obesidade, 2,7 milhões morrem devido ao consumo insuficiente de frutas e hortaliças e 1,9 milhão morrem devido ao sedentarismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Por outro lado, há evidências de que se os fatores de risco fossem controlados seriam evitadas 80% das doenças cardiovasculares e diabetes e mais de 40% dos cânceres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Um bom exemplo de ação de sucesso sobre os fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida é o da Finlândia. Esse país tinha uma das mais altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares do mundo, em 1972. O governo introduziu um amplo programa de educação populacional em relação ao fumo, dieta e atividade física. O programa envolveu uma legislação antifumo, aumentou a disponibilidade diária de produtos com baixa taxa de gordura, melhorou as merendas escolares e estimulou as atividades físicas. Como resultado, as taxas de mortalidade por enfermidades cardiovasculares caíram, no período 1972/1995, em 65%, em todo o país e, em 73%, em North Karelia, onde foi, inicialmente, implantado (PUSKA *et al*., 1998).

Estudo sobre mortalidade atribuível aos dez principais fatores de risco em grupos de países das Américas, segundo definição da Organização Mundial da Saúde, mostrou, conforme se vê na Tabela 9, que os países do Grupo B, com baixa taxa de mortalidade na América Latina e Caribe, onde está o Brasil, têm 37,6% de suas mortes determinadas por fatores de riscos comportamentais ou de estilos de vida.

Tabela 9: Dez principais fatores de risco para mortalidade atribuível nos países do Grupo B da América Latina e Caribe

FATOR DE RISCO	MORTALIDADE PROPORCIONAL (%)
Pressão arterial	12,8
Sobrepeso	10,1
Álcool	9,5
Tabaco	8,5
Colesterol	6,5
Baixa ingestão de frutas, legumes e verduras	5,4
Sedentarismo	4,1
Sexo sem segurança	1,9
Saneamento	1,2
Poluição do ar	1,2
Total da mortalidade atribuível	61,2

Fonte: Banco Mundial (2005)

A simultaneidade desses fatores de risco gera um sinergismo que acaba por potenciar os problemas de saúde. Tome-se o caso do câncer. Para países de rendas baixa e média, entre os quais se encontra o Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (2006), a fração atribuível na população ao conjunto de fatores de risco associados a uma localização específica de câncer variou de 11% para cólon e reto (sobrepeso e obesidade, inatividade física e baixo consumo de vegetais), a 18% para câncer de mama (inatividade física, sobrepeso e obesidade e consumo de álcool), a 48% para câncer de boca e orofaringe (tabagismo e consumo de álcool) e a 66% para câncer de traquéia, brônquios e pulmão (tabagismo, baixo consumo de frutas e vegetais e fumaça de queima de combustíveis sólidos no domicílio). Além disso, conforme se demonstra pelo enfoque do curso de vida das condições crônicas, o impacto dos fatores de risco modificáveis aumenta com o passar dos anos; isso significa que o impacto desses fatores de risco podem ser adiados por intervenções realizadas precocemente. A longo prazo, as intervenções preventivas realizadas no início a vida têm a capacidade potencial de reduzir substancialmente a epidemia de doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Os fatores de risco vinculados aos comportamentos e aos estilos de vida que são, aqui, analisados mais detalhadamente são: o tabagismo, a dieta, o excesso de peso, a atividade física e o uso excessivo de álcool.

Deve ficar claro que uma política consequente de prevenção de condições de saúde deve ter como base um sistema de vigilância dos fatores de risco efetivo que se foque nos fatores de risco modificáveis e que se estruture no processo seguinte: análise das tendências temporais da mortalidade e da morbidade por condições crônicas; monitoramento dos fatores de risco por meio de inquéritos de saúde regulares e especiais; análise e crítica dos resultados; fontes de dados com validação e melhoria dos instrumentos e indicadores; indução e apoio às ações de prevenção das condições crônicas; e monitoramento e avaliação das intervenções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esse sistema de vigilância dos fatores de risco deve operar nos níveis nacional, estadual, regional e local.

O Boxe 13 relata um sistema de monitoramento dos indicadores de comportamentos e estilos de vida nos Estados Unidos, uma parte de um sistema mais amplo de monitoramento da saúde no país.

Boxe 13: Monitoramento dos comportamento e estilos de vida nos Estado Unidos

Foi proposto um sistema nacional de monitoramento da saúde, nesse país, por meio de 20 indicadores que devem ser analisados nos níveis local, estadual e nacional, segundo idade, raça, sexo, nível educacional, estado de emprego e renda.

Os indicadores selecionados para medir os determinantes proximais relativos aos comportamentos e aos estilos de vida foram:

- Tabagismo: porcentagem de adultos que fumaram mais de 100 cigarros em sua vida e que regularmente fumam alguns dias ou todos os dias.
- Dieta: porcentagem de adultos com boa dieta indicada por um valor igual ou superior a 80 no índice de alimentação saudável, criado pelo Departamento de Agricultura.
- Atividade física: porcentagem de adultos cumprindo a recomendação de atividade física moderada: 30 minutos de atividade física moderada cinco dias por semana ou 20 minutos de atividade física vigorosa três dias por semana.
- Obesidade: porcentagem de adultos com índice de massa corporal igual ou superior a 30.
- Consumo excessivo de álcool: porcentagem de adultos que reportam terem consumido quatro (mulher) ou cinco (homem) doses de bebida alcoólica em uma única ocasião e/ou terem consumido uma média de uma (mulher) ou duas (homens) doses por dia nos últimos trinta dias.

Fonte: Institute of Medicine, 2008

O tabagismo

O tabagismo constitui, isoladamente, o mais importante fator de risco para as condições crônicas. O tabaco mata uma pessoa a cada 6 segundos; é responsável pelas mortes de um terço a metade das pessoas que o utilizam, roubando 15 anos de

vida por morte prematura; determina 1 em cada 10 mortes de adultos na população mundial; estima-se que, em 2030, 8 milhões de pessoas morrerão por doenças ligadas ao tabaco e, destas, mais de 80% ocorrerão em países de baixa e média rendas; no século XXI, haverá mais de 1 bilhão de mortes em função do uso do tabaco; o uso do tabaco, nos Estados Unidos, determina perdas econômicas anuais estimadas em mais de 92 bilhões de dólares, sendo 10 bilhões gastos com fumantes passivos; o efeito líquido econômico do tabaco é aumentar a pobreza porque o tabagismo afeta mais os pobres que os ricos (PETO *et al*., 1996; GUINDON *et al*., 2006; MATHERS e LONCAR, 2006; McGHEE *et al*., 2006).

O tabagismo é responsável por 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular, 30% das mortes por câncer e 90% das mortes por câncer do pulmão. O tabagismo é um problema grave entre os jovens: 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos, a idade média de iniciação é de 15 anos, 100 mil jovens começam a fumar a cada dia e 80% deles vivem em países em desenvolvimento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2006).

O tabaco atua em sinergia com outros fatores de risco para causar problemas como hipercolesterolemia, hipertensão arterial e diabetes, multiplicando, dessa forma, os riscos para as doenças cardiovasculares (NOVOTNY, 2008). O risco de acidente vascular cerebral é duas vezes maior nos que fumam; o risco de desenvolver doenças vasculares periféricas é dez vezes maior nos tabagistas; e o risco de desenvolver doença coronariana é quatro vezes maior nos fumantes. O tabagismo está, também, relacionado com o aumento de doença pulmonar obstrutiva crônica, com afecções reprodutivas e de recém-natos e com osteoporose em mulheres na fase pós-menopausa (OCKENE e MILER, 1997; FIELDING *et al*., 1998; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008).

O tabagismo apresenta externalidades financeiras, vez que os elevados gastos em saúde da população fumante são custeados pelo conjunto da sociedade (ADEYI *et al*., 2007).

No Brasil, a pesquisa do Vigitel (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), realizada em municípios das capitais brasileiras, mostrou que a maior frequência de adultos que fumam foi observada em Porto Alegre e Rio Branco (21,2%) e a mais baixa em Salvador (9,5%). Na média das 27 cidades, 16,2% das pessoas são fumantes, sendo esse valor de 20,3% no sexo masculino e de 12,8% no sexo feminino. A frequência do tabagismo tende a aumentar com a idade até os 54 anos, decrescendo a partir dessa idade. A frequência do hábito de fumar diminui com o aumento da escolaridade, alcança 24,2% e 14,7% de homens e mulheres com até oito anos

escolaridade e 14,4% e 9,1% dos homens e mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. A pesquisa Vigitel de 2010 mostrou uma queda da tabagismo que atingiu 15,1% dos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Estudo realizado na cidade de Pelotas sobre tabagismo na adolescência revelou uma tendência linear para o nível socioeconômico: quanto mais baixo, maior a ocorrência de tabagismo precoce na adolescência, sendo duas vezes maior na classe D e três vezes maior na classe E que na classe A (MENEZES *et al*., 2006). Outra pesquisa, na mesma cidade, também com adolescentes, mostrou uma prevalência de tabagismo de 15,8% no sexo masculino e de 15,4% no sexo feminino. Os meninos cujos pais apresentavam baixa escolaridade e cujas mães eram solteiras fumavam duas vezes mais; entre as meninas, o hábito foi seis vezes mais frequente naquelas de famílias de baixa renda comparada com as de alta renda (MENEZES *et al*, 2007).

O percentual de fumantes em nosso país diminuiu nos últimos anos. Monteiro *et al* (2007) verificaram que houve, no período de 1989 a 2003, redução importante do tabagismo em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e nos meios urbano e rural, mas houve desigualdades na intensidade da redução de acordo com o nível socioeconômico e a escolaridade, sendo observadas menores reduções nas pessoas de menores rendas e de menores escolaridades.

O controle do tabagismo implica a utilização de várias estratégias como a vigilância em saúde, a instituição de ambientes livres de tabaco, a ajuda às pessoas fumantes para deixar o tabagismo, as campanhas publicitárias para criar uma consciência dos efeitos perversos do fumo, a imposição de restrições à propaganda do fumo e o aumento dos impostos sobre o cigarro. Essas estratégias podem se desenvolver nos âmbitos macro, meso e micro e potenciam-se umas às outras.

É fundamental desenvolver a vigilância do tabagismo que envolve o monitoramento da prevalência do tabagismo e do consumo por idade, sexo, renda e região; a avaliação do impacto das intervenções; e o monitoramento da indústria de tabaco.

Os ambientes livres de tabaco constituem uma estratégia importante e representam a única política efetiva para reduzir os danos do tabaco aos não-fumantes. Estudos mostram que a exposição passiva ao tabaco aumenta o risco de câncer de pulmão em não-fumantes em 20% a 30% e o risco de doença coronariana em 25% a 30%. A legislação de ambientes livres de tabaco diminui a prevalência absoluta de tabagismo em 4% e tem permitido reduzir o consumo total de cigarros em 29%. Apesar dos argumentos da indústria do tabagismo que essa política produz resultados econômicos negativos, a evidência mostra que os resultados são positivos ou neutros. Os resultados das estratégias de ambientes livre de tabaco, especialmente em países desenvolvidos, têm sido auspiciosos. Metade dos americanos e 90% dos

canadenses vivem em áreas em que os espaços públicos são livres de tabaco e essa política tem, em geral, forte apoio da opinião pública (SCOLLO *et al*., 2003; ASTHMA AND RESPIRATORY FOUNDATION OF NEW ZEALAND, 2005; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2007; WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008).

Uma outra estratégia de controle do tabagismo consiste em ajudar as pessoas a se livrarem do tabaco. É interessante notar que os fumantes são conscientes dos perigos do uso do tabaco e que 2/3 deles querem parar de fumar. Entretanto, como em todas as outras dependências, é muito difícil parar por conta própria e, por isso, os tabagistas devem ter o suporte para fazê-lo. O apoio pode ser feita de várias maneiras, desde o aconselhamento até a farmacoterapia, sendo que diferentes estratégias apresentam diferentes resultados sanitários e econômicos. Por isso essas alternativas devem ser adaptadas às condições e às culturas regionais e devem obedecer às preferências e às necessidades das pessoas. Pelo menos, três tipos de ajuda devem ser oferecidas em qualquer programa de controle do tabagismo: o aconselhamento para o abandono do tabaco na APS (FEENSTRA *et al*., 2005; BAO *et al*., 2006; WEST e SOHAL, 2006); uma linha telefônica gratuita para suporte às pessoas que querem abandonar o fumo (OWEN, 2000); e o acesso a terapias farmacológicas como as terapias de reposição da nicotina e antidepressivo (bupropiona).

Uma estratégia importante está em criar, por meio de campanhas publicitárias, uma consciência ampla dos enormes danos que o tabaco produz. Essas campanhas devem ser especialmente dirigidas a adolescentes e adultos jovens e precisam fazer as pessoas associarem o uso da tabaco com seu potencial de aditividade e suas perigosas consequências sendo, muitas vezes, necessário o uso de imagens fortes. É o caso brasileiro das imagens estampadas nos maços de cigarro no Brasil que contaram com o apoio de 76% da população (INSTITUTO DATAFOLHA, 2002). A restrição à propaganda é fundamental já que ela associa o uso do tabaco com juventude, energia e apelo sexual e é efetiva em atingir certas subpopulações como a de jovens (SHAFEY *et al*, 2004); e sabe-se que a autorregulação da propaganda não é suficiente (WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008).

A estratégia de maior efetividade para reduzir o consumo e estimular o abandono do fumo é o aumento dos impostos sobre esses bens. Há evidência de que o aumento de 70% nos impostos sobre esses bens permitiria reduzir mais de um quarto de todas as mortes associadas ao tabaco (JHA *et al*., 2006). Na África do Sul, um aumento de 250% durante os anos 90 fez o consumo de cigarros cair entre 7% a 10% para cada 10% de aumento no preço do cigarro e esse decréscimo se fez, principalmente, entre jovens e pessoas pobres (VAN WALBEEK, 2003). Ao contrário do que a indústria do tabaco propaga, o aumento de impostos sobre o tabaco não

gera, automaticamente, um incremento do contrabando, tal como atesta a experiência da Espanha (JOOSSENS, 2003).

Essas estratégias são efetivas em relação ao tabagismo. Na Califórnia, um programa amplo de controle do tabagismo, aplicado desde 1990, permitiu reduzir a prevalência do hábito de fumar em adultos, mais rapidamente que em outros estados americanos (SIEGEL *et al*., 2000). Como resultado, a incidência de câncer do pulmão reduziu-se em 14% comparada com 2,7% nos outros estados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000) e foram evitadas 33 mil mortes em relação aos outros estados americanos (FICHTENBERG e GLANTZ, 2000).

As diferentes estratégias apresentam resultados econômicos distintos. Do ponto de vista do custo/efetividade, o aumento dos impostos dos cigarros custa 1 dólar por ano de vida perdido ajustado por incapacidade (AVAI) evitado e o aconselhamento médico de fumantes, 9.984 dólares por AVAI evitado (BANCO MUNDIAL, 2005). A farmacoterapia é mais cara e menos custo efetiva que o aconselhamento na APS e a linha telefônica exclusiva, mas apresenta taxas de abandono do tabaco duas a três vezes maiores (TOBACCO ADVISORY GROUP OF ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2000).

O Brasil é o quarto maior produtor de folhas de tabaco do mundo (BANCO MUNDIAL, 2005) e isso dificulta as políticas antitabágicas. Apesar disso, o Programa Nacional de Controle do Tabaco, instituído em 1987, é considerado como um dos melhores programas nacionais do mundo. O Brasil foi o segundo país a assinar a Convenção Quadro do Controle do Tabagismo; proibiu o fumo em locais públicos em 1996; regulou o tabaco em 1999; proibiu a propaganda de cigarros em 2000; e introduziu as advertências nos maços de cigarro em 2001. O resultado dessas intervenções foi uma queda importante na prevalência do tabagismo de 34,2% em 1999 para 22,4% em 2003 (SILVA, 2008). Mas há de se assinalar que, apesar dos avanços, a prevalência do tabagismo continua alta no país.

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe as seguintes ações específicas para a prevenção e controle do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d):

- Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a que: crie um contexto que reduza a aceitação social do tabagismo; reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar; proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental; reduza o acesso aos derivados do tabaco; aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar; controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializa-

dos, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

- Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de comunidades livres de tabaco, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos, especialmente nos Dia Mundial sem Tabaco e no Dia Nacional de Combate ao Fumo.
- Fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional;
- Mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, os riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela.
- Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco: realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores; e atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.
- Articular com o MEC/Secretarias Estaduais e Municipais de Educação o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar.
- Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, atendendo a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

A dieta

A transição nutricional manifesta-se, nos países em desenvolvimento, numa dupla carga: de um lado permanece uma situação de subnutrição que afeta, especialmente, as crianças pobres: 60% das 10,9 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos que ocorrem, anualmente, no mundo, estão ligadas à desnutrição. Muitas crianças apresentam baixo peso e isso influencia negativamente o desenvolvimento e o crescimento na infância e aumenta os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta (BARKER *et al*., 2001). Por outro lado, as mudanças que se dão na ordem mundial aumentam a ocorrência de condições crônicas nesses países em desenvolvimento, em parte, determinadas pelas dietas inadequadas e que afetam, predominantemente, os mais pobres. Essa dupla carga tem de ser enfrentada de forma integrada já que, nos países em desenvolvimento, a subnutrição convive

com as epidemias da obesidade e das doenças crônicas e, ambas, incidem mais sobre as populações pobres.

As mudanças nos estilos de vida e nas dietas, em função do desenvolvimento econômico, da industrialização e da globalização, são profundas e rápidas. Isso tem causado impacto no estado nutricional das populações do mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Os alimentos tornaram-se comodities produzidas e comercializadas em escala planetária. A disponibilidade de alimentos tem se expandido e se tornado mais diversificada, a par de determinar consequências negativas nos padrões dietéticos, como o consumo crescente de alimentos com altos teores de gordura, particularmente de gorduras saturadas, e baixos teores de carboidratos não refinados. Isso tem implicações nas condições de saúde, especialmente nas condições crônicas.

As relações entre dieta e as condições crônicas estão bem estabelecidas. Há evidências das relações entre dieta e doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade, hipertensão, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólica, câncer e osteoporose (INSTITUTE OF MEDICINE, 1989; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008). A Organização Mundial da Saúde estima que o consumo insuficiente de frutas e hortaliças é responsável por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cérebro-vasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A dieta tem sido considerada como o fator determinante das condições crônicas mais sujeito a modificações, com evidências que mostram que as alterações na dieta têm fortes efeitos, positivos e negativos, na saúde das pessoas, influenciando, não somente a saúde presente, mas podendo determinar se uma pessoa desenvolverá, ou não, condições de saúde como as doenças cardiovasculares, o câncer e o diabetes, em sua vida futura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Estudo comparando uma dieta prudente (com presença forte de vegetais, frutas, pescado, aves e grãos integrais) *versus* uma dieta ocidental (consumo alto de carnes vermelhas, alimentos processados, frituras, gorduras, grãos refinados e açúcar), mostrou um incremento substancial no risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 nos homens que utilizaram a dieta ocidental (VAN DAM *et al*., 2002). A associação entre uma dieta preventiva e índices lipícos menores foi observada em mulheres (HOFFMAN *et al*., 2001). Verificou-se associação entre o consumo energético nas crianças e a mortalidade por câncer nos adultos (FRANKEL *et al*.,1998). Em crianças e adolescentes, as dietas ricas em gorduras saturadas e sal e pobres em fibras e potássio têm sido associadas com hipertensão, com alterações de tolerância à glicose e dislipidemia (ABODERIN *et al*., 2002).

No Brasil, vive-se uma transição nutricional que consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos. Como se mostra na Tabela 10 abaixo, tem havido um aumento de disponibilidade de alimentos industrializados (ricos em gordura, açúcar e sódio) e óleos vegetais e uma redução de alimentos mais saudáveis como cereais, leguminosas, frutas e verduras.

Tabela 10: Evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar

GRUPOS DE ALIMENTOS	1974-75	1987-88	1995-96	2002-03
Cereais e Derivados	37,26	34,72	35,4	35,34
Feijões e outras leguminosas	8,13	5,87	5,61	5,68
Verduras e Legumes	1,14	1,15	1,0	0,92
Raízes/Tubérculos	4,85	4,10	3,58	3,34
Carnes/Embutidos	8,96	10,49	12,98	13,14
Leite/Derivados	5,93	7,95	8,2	8,09
Açúcar/Refrigerantes	13,78	13,38	13,86	12,41
Óleos/Gorduras Vegetais	11,62	14,61	12,55	13,45
Banha/Toucinho/Manteiga	3,04	0,95	0,77	1,08
Frutas/Sucos Naturais	2,16	2,66	2,58	2,35
Ovo	1,15	1,31	0,9	0,18
Refeições prontas e industrializadas	1,26	1,59	1,5	2,29

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008e)

A pesquisa Vigitel 2006 constatou que o consumo regular de frutas, na população brasileira adulta dos municípios de capitais, foi de 51,4% nas mulheres e de 35,5% nos homens e que, em ambos os sexos, o consumo regular de frutas aumentou com a idade e com o nível de escolaridade. O consumo regular de hortaliças foi de 47,4% nas mulheres e de 39,5% nos homens e cresceu com a escolaridade. A frequência mais baixa de consumo regular de hortaliças ocorreu entre 18 a 24 anos, em ambos os sexos. O consumo regular, conjunto, de frutas e hortaliças foi de 29,1% nas mulheres e de 17,8% nos homens, aumentando com a idade e com a escolaridade. O consumo de carnes com excesso de gordura foi de 51,2% nos homens e de 29,0% nas mulheres, tendendo a diminuir com a idade e com o nível de escolaridade. O consumo de leite com teor integral de gordura foi 59,4% nos homens e de 55,3%

nas mulheres, diminuindo com o nível de escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A pesquisa Vigitel de 2010 mostrou que o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi, enre os brasileiros, de 18,2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Claro *et al*. (2007) estudaram a participação direta da renda no padrão de consumo: a cada 1% de aumento de renda, observou-se um aumento 0,04% das frutas e hortaliças na composição da dieta; por outro lado, a diminuição de 1% no preço desses produtos aumentou sua participação na dieta em 0,2%. Jaime *et al*. (2007) demonstraram, por meio de ensaio comunitário randomizado, que as práticas de educação alimentar podem melhorar a qualidade da dieta, mesmo em populações de baixa renda, sugerindo possibilidades de desenvolvimento de estratégias factíveis para essas populações.

Não obstante o reconhecimento das relações entre dieta e condições crônicas, somente 2 a 4% dos adultos ingleses consomem os níveis recomendados de gorduras saturadas e, apenas 5 a 25% estão consumindo os níveis adequados de fibras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Não tem sido diferente no Brasil; nas últimas três décadas, a participação de frutas e hortaliças no consumo alimentar da população brasileira manteve-se estagnada, em níveis muito inferiores ao consumo mínimo diário recomendado de 400 gramas (LEVY-COSTA *et al*., 2005).

As estratégias relativas a uma dieta saudável envolvem intervenções nos níveis macro, meso e micro. Há ações nos campos legislativo, regulatório e fiscal e, concomitantemente, ações no campo clínico. Essas estratégias encontram muitas dificuldades de serem implantadas em função de fatores como a subestimação da efetividade dessas intervenções, a crença de que se necessita de longo tempo para produzir resultados, a oposição de produtores e da indústria de alimentos e a inércia institucional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Para Gostin (2007) as principais intervenções destinadas a melhorar os padrões alimentares da população são as seguintes:

- A informação pública sobre os riscos do consumo de sal, de gorduras e açúcar e sobre como consultar os rótulos dos alimentos nos pontos de venda. Essa informação deve ser segmentada para as crianças e os adolescentes para contribuir para a mudança de seus hábitos alimentares e para alterar os padrões de compras dos pais.
- A regulação da propaganda de alimentos deve ser feita de forma a diminuir a influência de mensagens diretas destinadas a criar padrões de alimentação não saudáveis.
- O aumento dos impostos de alimentos não saudáveis é sugerido sobre os alimentos ricos em gorduras, como forma de desincentivar o seu consumo. Ao

mesmo tempo, indicam-se incentivos fiscais para a produção e consumo de alimentos saudáveis.
- A constatação de que as gorduras trans não têm nenhum valor positivo sobre a saúde humana e que estão associadas às doenças cardiovasculares têm levado a propostas de sua proibição para uso humano. Isso aconteceu na Dinamarca e nos restaurantes da cidade de Nova Iorque.
- As intervenções sobre o ambiente escolar são fundamentais e envolvem educação alimentar e mudanças na merenda escolar.
- As intervenções micro sobre o sistema de atenção à saúde devem ser desenvolvidas, especialmente na APS englobando educação alimentar e autocuidado apoiado.

Há experiência exitosas com relação à melhoria da dieta. O programa finlandês de controle dos determinantes associados aos comportamentos e aos estilos de vida e que produziu uma redução significativa das doenças cardiovasculares teve na mudança da dieta seu fator preponderante ao atuar diminuindo o colesterol e a pressão arterial (PUSKA *et al.*, 1998). Outra experiência relevante é da República da Coréia que apresenta menores índices de consumo de gorduras, menor prevalência de obesidade e menor prevalência de doenças crônicas que outros países de níveis de desenvolvimento semelhantes. A razão é que a população daquele país manteve sua dieta tradicional de alto consumo de vegetais (LEE *et al*., 2002).

Essas experiências indicam que as intervenções relativas a uma dieta saudável podem ser efetivas, podem ser fortalecidas pelas demandas públicas e podem apresentar resultados sanitários em tempo relativamente curto. Além disso, algumas pesquisas mostraram que uma dieta saudável é custo efetiva na prevenção de condições crônicas (NARAYAT *et al.*, 2006). Entre as intervenções mais custo efetivas em relação à dieta está a legislação para diminuir o conteúdo de sal nos alimentos processados e para exigir a rotulagem nutricional e a cooperação voluntária das indústrias de alimentos com o governo para diminuir o conteúdo de sal nos alimentos processados e para implantar a rotulagem nutricional (BANCO MUNDIAL, 2005). Dentre as políticas prioritárias incluem-se as ações diretas de nutrição materno-infantil porque nessa faixa de maior vulnerabilidade é que se pode ter maior impacto na saúde do adulto (COUTINHO, 2008).

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe as seguintes ações específicas em relação à alimentação saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d):
- Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada.

- Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global.
- Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira.
- Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar.
- Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação.
- Reorientar os serviços de saúde, com ênfase na APS, para ações de alimentação saudável.

O excesso de peso

Esse fator de risco manifesta-se no sobrepeso (índice de massa corporal igual ou superior a 25) ou na obesidade (índice de massa corporal igual ou superior a 30) e encontra-se em franco processo de incremento em todo o mundo. O excesso de peso guarda uma relação muito íntima com a atividade física e com a alimentação.

Estima-se que havia, em 2005, no mundo, 1 bilhão de pessoas com sobrepeso e 300 milhões com obesidade. As projeções indicam, em 2015, 1,5 bilhão de pessoas com sobrepeso. Esse incremento se fará em homens e mulheres e em todos os níveis de renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Na Europa, um terço da população apresenta sobrepeso; 14 milhões das 77 milhões de crianças vivendo na União Europeia (18%) apresentavam, em 2003, sobrepeso e, esse número, supõe-se aumentar em 400 mil crianças por ano (NOVOTNY, 2008). Uma estimativa feita por Spasoff (2011) prevê que nos Estados Unidos, em 2015, 73% dos homens e 68% das mulheres terão sobrepeso. Por outro lado, estima-se que as taxas de mortalidade, por todas as causas, poderia ser diminuída em 16% nos homens e em 9% nas mulheres se fossem adotados comportamentos saudáveis em relação à dieta (KANT *et al*., 2004).

As relações entre sobrepeso e obesidade e condições crônicas são muito conhecidas. Isso tem sido constatado nos Estados Unidos (OFFICE OF THE SURGEON GENERAL, 2007): 300 mil mortes anuais causadas por obesidade; o risco de morte cresce com o aumento do peso; mesmo aumentos moderados de peso incrementam os riscos de morte, especialmente na idade de 30 a 64 anos; indivíduos obesos têm mais de 50% de riscos de morte prematura que indivíduos com peso adequado; a incidência de doenças cardiovasculares é maior em pessoas com sobrepeso e obesidade; a prevalência de hipertensão arterial é duas vezes maior em indivíduos obesos que em indivíduos com peso normal; a obesidade é associada com elevação de

triglicérides e com diminuição do colesterol HDL; um ganho de peso de 5 a 8 quilos duplica a chance de ter diabetes tipo 2 em relação a quem não ganhou peso; 80% dos portadores de diabetes têm sobrepeso ou obesidade; o sobrepeso e a obesidade estão associados com câncer de colo, de endométrio, de próstata, de rins e de mama; a apnéia do sono é mais comum em obesos; a obesidade está associada com a prevalência de asma; cada quilo de ganho de peso aumenta a probabilidade de se ter artrite em 9% a 13% e os sintomas da artrite podem melhorar com a queda do peso; a obesidade na gestante aumenta a chance de morte materna e infantil e amplia a chance de hipertensão da gestante em 10 vezes; a obesidade na gestante aumenta a probabilidade de ter diabetes gestacional, de ter filho com alto peso e de passar por uma cesárea; crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade têm maior chance de desenvolverem hipertensão e colesterol elevado; adolescentes com sobrepeso têm 70% de maior probabilidade de serem adultos com sobrepeso ou obesidade; e uma perda de peso de 5% a 15% da massa corporal total em pessoas com sobrepeso ou obesidade reduz o risco de várias enfermidades, especialmente das doenças cardiovasculares.

Não é diferente na Europa. O sobrepeso afeta de 30% a 80% dos adultos da região; 20% das crianças e adolescentes têm sobrepeso e, 30% deles, apresentam obesidade; a carga de doenças do excesso de peso é de 12 milhões de anos potenciais de vida perdidos a cada ano; a prevalência de obesidade cresce rapidamente e estima-se que houve, em 2010, 150 milhões de adultos e 15 milhões de crianças com sobrepeso; a prevalência de obesidade em crianças vem aumentando e é, atualmente, dez vezes maior que nos anos 70; os adultos que foram obesos na adolescência têm maiores chances de apresentarem maiores graus de exclusão social; a iniquidade na obesidade relaciona-se com a iniquidade na renda; e mais de 80% do diabetes em adultos de mais de 30 anos é atribuído a excesso de peso (JAMES *et al*., 2004; BRANCA *et al*., 2007).

Os custos econômicos do sobrepeso e da obesidade são altos. Nos Estados Unidos, os custos diretos de saúde dos portadores de sobrepeso são maiores em 10% que os de peso normal e os portadores de obesidade custam 36% a mais (THOMPSON *et al*., 2001). Na Europa, os custos diretos da obesidade representam 2 a 4% do orçamento total de saúde nos países da região (FRY e FINLET, 2005).

No Brasil, estima-se que, em 2002, as mortes atribuídas ao sobrepeso e à obesidade corresponderam a 8% do total de mortes ocorridas no ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Considerando o universo de brasileiros com mais de 20 anos de idade, estima-se que haja, no país, 3,8 milhões de pessoas (4,0% da população) com déficit de peso e 38,8 milhões de pessoas (40,6% da população) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. Para Monteiro *et al*. (2001)

há uma diferença entre homens e mulheres quanto à associação de renda/escolaridade com a situação nutricional: entre adultos, a obesidade em mulheres associa-se negativamente com educação e renda e entre os homens associa-se positivamente com renda e negativamente com educação.

Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2003 mostraram que o número de brasileiros adultos com excesso de peso praticamente dobrou em relação a 1974 (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Cunha e Sichieri (2007) encontraram um aumento na prevalência de obesidade no período de 1975 a 1997, atingindo 37,4% nos homens e 50,6% nas mulheres. Magalhães e Mendonça (2003) constataram uma prevalência maior de excesso de peso em meninos de maior renda; as meninas de maior renda demonstraram uma tendência à queda do sobrepeso e da obesidade. Doak *et al*. (2005) mostraram que a transição nutricional no Brasil se apresenta como um dupla carga, com convivência de desnutrição e obesidade, mas que essa dupla carga muitas vezes ocorre no mesmo grupo familiar, principalmente no meio urbano e nas famílias de menor renda.

No Brasil, em termos nutricionais, vem ocorrendo a redução da prevalência de desnutrição e o aumento do sobrepeso e obesidade. O excesso de peso em adultos aumentou de 18,6%, em 1975, para 47,3% em 2006, entre homens e, entre mulheres, de 28,6% para 38,8% no mesmo período. A obesidade passou de 2,2% em 1975 para 11,3% em 2006, entre homens e, entre mulheres, de 7,8% para 11,5% no mesmo período. Cerca de 40% dos indivíduos adultos do país apresentam excesso de peso e a obesidade afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas do país. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores prevalências de obesidade no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008e).

A Pesquisa Vigitel 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) constatou que, considerando-se o conjunto da população adulta dos municípios de capitais brasileiros, observou-se tendência de aumento da frequência de peso com a idade até os 54 anos entre os homens e até os 64 anos entre as mulheres. A relação entre nível de escolaridade e o excesso de peso é diferente entre homens e mulheres: no sexo masculino, o excesso de peso tende a aumentar discretamente com a escolaridade, enquanto no sexo feminino o excesso de peso diminui intensamente com a escolaridade. A maior frequência de adultos com excesso de peso foi encontrada na cidade do Rio de Janeiro (48,3%) e a menor na cidade de São Luís (34,1%). A frequência mais elevada de adultos obesos foi encontrada em João Pessoa (13,9%) e a menos elevada em Belo Horizonte e São Luís (8,7%). A pesquisa Vigitel de 2010 mostra dados alarmantes em relação peso dos brasileiros. Na média nacional, 48,1% dos brasileiros estão com excesso de peso e 15,0% apresentam obesidade. Contudo, na população de 0 a 8 anos o sobrepeso atinge 52,1% das crianças e a obesidade

15,0%. Sabendo-se da associação entre obesidade infantil e adulta, parece se estar diante de uma epidemia de obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As intervenções para o controle do peso estão mais fortemente ligadas aos campos da alimentação saudável e da atividade física.

Com relação às intervenções para prevenir o excesso de peso, a experiência europeia indica que: as estratégias de saúde pública para prevenir o sobrepeso e a obesidade devem se dar nos níveis das macropolíticas, da comunidades e dos indivíduos, envolvendo segmentação de grupos populacionais (crianças, adolescentes, gestantes, idosos, grupos de menores rendas), espaços sociais (domicílio, escola, local de trabalho) e enfoques (educação, desenvolvimento comunitário, uso de campanhas de massa, marco regulatório, medidas fiscais); as intervenções em grupos de escolares necessitam de integrar serviços alimentares, educação alimentar, educação física, jogos e esporte; as intervenções devem envolver os seus participantes em sua formulação; e as intervenções no nível micro se fortalecem se apoiadas por intervenções nos níveis macro (BRANCA *et al*., 2007).

No nível micro dos sistemas de atenção à saúde, as intervenções devem estar centradas na APS, sob a forma de educação em saúde, autocuidado apoiado e apoio medicamentoso. Por exemplo, uma operadora de saúde americana que utiliza um sistema de gestão do peso para seus beneficiários (KAISER PERMANENTE, 2008b). Em última instância, pode-se lançar mão da cirurgia bariátrica.

O custo efetividade dessas intervenções é variável. Avaliação econômica realizada mostrou que 1 ano de vida perdido ajustado por qualidade evitado (AVAI) custou 4.305 dólares nos programas escolares de prevenção do excesso de peso contra 35.600 dólares para as cirurgias bariátricas (CAWLEY, 2007).

O Plano Nacional de Promoção da Saúde não apresenta ações específicas para a redução do excesso de peso, o que as remete, principalmente, para as ações em relação à alimentação saudável e à atividade física, propostas no plano.

A atividade física

A atividade física é definida como os movimentos corporais produzidos por músculos esqueletais que resultam em aumento substancial do gasto energético (CASPERSEN *et al*., 1985). A atividade física está intimamente relacionada com as condições crônicas e com os resultados sanitários. Além disso, a atividade física está associada negativamente com o excesso de peso (WAREHAM *et al*., 2005).

A atividade física tende a se reduzir nas sociedades modernas em função da transição do trabalho intensivo em energia, como o trabalho agrícola, para as atividades de serviços; da redução concorrente dos níveis de atividade física em cada ocupação; e das mudanças decorrentes da introdução dos sistemas de transportes e das atividades de entretenimento, centradas na televisão (POPKIN, 2005). Uma análise econômica da alocação do tempo nos Estados Unidos, nas últimas quatro décadas, mostrou que as pessoas despenderam mais tempo em entretenimento, viagem e transporte que em atividades produtivas, tanto no ambiente de trabalho quanto em casa (STURM, 2004).

Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nos Estados Unidos verificou-se que a atividade física regular moderada, baixa as taxas de mortalidade, enquanto atividade física mais intensa diminui a mortalidade em jovens e adultos. A atividade física regular está associada com uma diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como o diabetes, o câncer colorretal e a hipertensão arterial; de reduzir a depressão e a ansiedade; de reduzir as fraturas por osteoporose; de ajudar no controle do peso; de manter saudáveis ossos, músculos e articulações; de ajudar as pessoas idosas a se manterem em melhores condições de se movimentarem; de promover o bem-estar; e de melhorar a qualidade de vida (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1996). Na Europa, resultados semelhantes foram identificados, mostrando que a atividade física regular diminui a mortalidade por todas as causas, a mortalidade e a morbidade por doenças cardiovasculares, os riscos de câncer de colo de útero e de mama, e o risco de ter diabetes tipo 2 (PEDERSEN e SALTIN, 2006).

A capacidade cardiorrespiratória, associada à atividade física, tem sido considerada como um dos mais importantes preditores de todas as causas de mortalidade, especialmente das mortes por doenças cardiovasculares, independentemente do peso corporal (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1996).

As evidências sobre os resultados positivos da atividade física na saúde levaram a Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional de Medicina de Esportes a recomendar que as pessoas devem aumentar gradualmente suas atividades físicas até atingir uma atividade moderada de 30 minutos diários e a observar que atividades mais intensas como corridas, ciclismo, tênis, natação e futebol, podem prover, se indicadas, benefícios adicionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION E INTERNATIONAL FEDERATION OF SPORTS MEDICINE, 1995). Isso implica uma atividade

física que seja: de intensidade pelo menos moderada; frequente, ou seja, diária; e que possa acumular, isto é, que os 30 minutos de atividades possam ser divididos em dois ou três períodos diários (MURPHY e HARDMAN, 1998). Essa proposta de atividade moderada pode ser incorporada à vida diária, não somente em momentos de lazer, mas nos ambientes de trabalho, nas atividades domiciliares, no transporte, o que permite ampliar os seus benefícios para além das pessoas que normalmente se interessam pelas práticas de exercícios vigorosos e de esportes.

Não obstante o crescente conhecimento dos benefícios da atividade física, 69% dos cidadãos da União Europeia são considerados como praticando atividades físicas insuficientes para obter benefícios sanitários; os homens são 1,6 vezes mais propensos a uma atividade física suficiente que as mulheres; e a atividade física decresce com a idade (SJOSTROM *et al*., 2006). Nelson *et al*. (2006) demonstraram que há associação entre atividades físicas e níveis socioeconômicos, raça/etnicidade, índices de violência, presença de espaços urbanos de lazer e mobilidade urbana.

No Brasil, Monteiro *et al*. (2003) em estudo de avaliação da atividade física no lazer, realizado no Nordeste e Sudeste do país, mostraram que apenas 13% realizavam algum tipo de exercício e, desses, somente 3,3% cumpriram a recomendação de 30 minutos cinco vezes por semana; essas atividades estavam associadas à renda e à escolaridade. Masson *et al*. (2005) analisaram mulheres da cidade de São Leopoldo e encontraram uma prevalência de sedentarismo de 37%, sem associação com renda, escolaridade ou cor da pele. Souza e Duarte (2005) examinando adolescentes, estudantes em escolas de Recife, encontraram que 61,6% eram inativos, que os rapazes praticavam mais atividades físicas que as moças e que as atividades físicas diminuíam com o avanço das séries de estudo. Costa *et al*. (2005) relataram que entre adolescentes de 10 a 12 anos de idade, em Pelotas, 58,2% eram sedentários.

A Pesquisa Vigitel 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) realizada com população adulta dos municípios de capitais no Brasil, verificou que a atividade física suficiente (prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana) foi de 17,8% no sexo masculino e de 11,9% no sexo feminino. Entre homens, a frequência máxima esteve entre 18 e 24 anos de idade, declinando com a idade até chegar a 11,9% nas idades de 35 a 44 anos, e subindo nas idades subsequentes até alcançar 17% entre os idosos. Entre mulheres, a situação mais desfavorável foi encontrada nas faixas etárias extremas: apenas 10% nas jovens de 18 a 24 anos e nas idosas de mais de 65 anos. Em ambos sexos, a frequência aumentou com a escolaridade das pessoas. A inatividade física foi de 39,8% nos homens e de 20,1% nas mulheres. Em ambos os sexos, a inatividade física foi máxima na faixa etária de mais de 65 anos e tendeu a aumentar com a

escolaridade. A pesquisa Vigitel de 2010 mostrou que 30,8% dos brasileiros fazem atividades físicas no tempo livre ou deslocamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As intervenções em relação às atividades físicas envolvem ações nos planos macro, meso e micro (KANH *et al*., 2002).

No plano macro, intervenções urbanas são necessárias para criar um ambiente físico e social estimulador das atividades físicas. O planejamento urbano pode estimular o exercício físico de várias formas. Um sistema de transporte urbano eficaz que reduza o uso cotidiano do automóvel, estimula a prática de caminhada, já que os que utilizam o transporte público caminham mais que os que utilizam o automóvel (BANCO MUNDIAL, 2005). Esse planejamento pode envolver outras intervenções como a construção de corredores de ciclismo; o aumento de espaços públicos facilitadores das atividades físicas, como áreas verdes, praças e academias públicas; o desenvolvimento de ruas saudáveis, com interrupção do tráfego de veículos; a imposição de pedágio em certas regiões urbanas; o aumento da segurança nas ruas e nos espaços públicos; e a limitação de estacionamento de automóveis. Algumas dessas estratégias têm sido aplicadas na cidade de Curitiba (BANCO MUNDIAL, 2005). Em York, no Reino Unido, foi adotada uma hierarquia dos usuários de transportes urbanos (primeiro, pedetres; segundo, pessoas com problemas de mobilidade; terceiro, ciclistas; quarto, usuários de transportes urbanos, incluindo ônibus, táxis, metrô; e quinto, usuários comerciais, como veículos de entrega de mercadorias. A implantação dessa hierarquia de mobilidade facilitou o exercício de atividades físicas pelos cidadãos daquela cidade (EDWARDS e TSOUROS, 2006).

No plano meso, intervenções de estímulo à atividade física podem ser desenvolvidas nas comunidades, nos ambientes de trabalho e nas escolas.

Os programas escolares envolvem atividades como educação física que são altamente recomendáveis (KANH *et al*., 2002). Programas educativos para desencorajar o hábito de assistir televisão ou entreter-se com jogos eletrônicos são medidas importantes. Um exemplo é o programa "Planeta Saudável", desenvolvido em Massachusetts, Estados Unidos, com o objetivo de reduzir o tempo das crianças dedicado à televisão e a substituição desse tempo por atividades mais divertidas e saudáveis. Uma avaliação desse programa mostrou que ele é efetivo porque reduziu o tempo frente à televisão e o ganho de peso em meninas: as meninas que eram obesas no início do programa mais que dobraram suas chances de não serem obesas no final do estudo (GORTMAKER *et al*., 1999). As intervenções relativas às atividades físicas nos ambientes de trabalho devem integrar-se com os programas de saúde ocupacional e de segurança no trabalho, bem como com as intervenções antitabágicas e de alimentação saudável. Elas incrementam os comportamentos saudáveis, reduzem

os custos da atenção médica, aumentam a produtividade, melhoram a imagem corporativa, mas, para isso, devem estar alinhadas com a visão da empresa (WORLD HEALTH ORGANIZATION E WORLD ECONOMIC FÓRUM, 2008). As intervenções no ambiente de trabalho relativas à atividade física produzem os seguintes resultados: redução do peso, redução do colesterol, redução da pressão arterial, redução da incidência de tabagismo e melhoria da satisfação no trabalho (SHEPARD, 1996).

Na plano micro, intervenções de atividade física podem ser feitas nas unidades de saúde, especialmente de APS, por meio de atividades educacionais, operacionais e de autocuidado apoiado, desenhadas para portadores de condições crônicas. Um exemplo é o programa de gestão da atividade física de uma operadora de saúde americana (KAISER PERMANENTE, 2005).

Um caso de intervenções preventivas, efetivas e custo efetivas, relativas às atividades físicas, estudado pelo Banco Mundial, é o Programa Agita São Paulo que combina campanha publicitária ampla, grandes eventos promocionais, atividades em ambientes de trabalho e em escolas e atividades educativas. É um programa efetivo e custo efetivo. Uma ampliação desse programa implicaria um custo unitário por pessoa de US$ 0,0004; ao final de cinco anos, os benefícios poderiam ser de uma redução 135.000 anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAIs), de uma redução dos custos de tratamentos de doenças crônicas de 348 milhões de dólares e de redução de perdas econômicas e financeiras de 622 milhões de dólares (BANCO MUNDIAL, 2005). O Ministério da Saúde tem estimulado a Rede Nacional de Promoção à Atividade Física que já atinge 300 municípios e o Projeto Guia (Guia Útil para Intervenções em Atividade Física), implantado em quatro municípios (MALTA, 2008).

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe as seguintes ações específicas em relação às atividades físicas (MINISTÉRIO DA SAÚde, 2006d):

Ações na APS e na comunidade:

- Mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de APS e inserir naqueles onde não há ações; ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na APS, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e de práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo; estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas; pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física; constituir me-

canismos de sustentabilidade e continuidade das ações do Pratique Saúde no SUS (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; e criar ciclovias e pistas de caminhadas e outros).

Ações de aconselhamento e divulgação

- Organizar os serviços de saúde, especialmente na APS, de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros

- Pactuar com os gestores do SUS e outros setores, nos três níveis de gestão, a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes; estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios; estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade; resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos; e articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.

Ações de monitoramento e avaliação

- Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas; estimular a articulação com instituições de ensino e de pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física; e consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais/atividade física de adolescentes.

O uso excessivo do álcool

- O uso excessivo do álcool é responsável por causar 3,7% de todas as mortes e de determinar 4,4% da carga global de doenças no mundo. Esse valor médio de 3,7% da mortalidade aumenta para 5% na população com menos de 60 anos de idade. Em relação à mortalidade, a primeira determinação é de causas externas, seguida pelas doenças cardiovasculares e cânceres. A carga de doenças atribuída ao uso excessivo de álcool é quatro vezes maior nos homens que nas mulheres. No que concerne à carga de doenças medida pelos anos de vida per-

didos ajustados por incapacidade (AVAIs), os distúbios neuropsiquiátricos constituem a primeira causa, seguida das causas externas. Além da carga de doenças, o uso excessivo do álcool determina sérios problemas sociais como problemas interpessoais e familiares, problemas no trabalho, violência, criminalidade e marginalização social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Estudos realizados em diferentes países demonstraram que o consumo de álcool é distribuído irregularmente na população que bebe; em geral, metade do álcool consumido é ingerido por 10% da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

As consequências do uso excessivo de álcool, considerando-se o objeto que se trata aqui das condições crônicas, são bem conhecidas: problemas neurológicos como acidentes cérebro-vasculares, neuropatias e demência (CORRAO *et al*., 2002; CORRAO *et al*., 2004); problemas psiquiátricos como ansiedade, depressão e suicídio (CASTANEDA *et al*., 1996); doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio, hipertensão e fibrilação atrial (REHM *et al*., 2003); cânceres de boca, garganta, esôfago, fígado, colorretal e mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006; BAAN *et al*, 2007); e doenças hepáticas como hepatite alcoólica e cirrose hepática.

Nos Estados Unidos, o uso excessivo do álcool é responsável por: 79 mil mortes por ano, o que significa a terceira principal causa de morte no país; 1,6 milhão de internações hospitalares no ano de 2005; e por 4 milhões de atendimentos anuais em unidades de urgência e emergência (MOKDAD *et al*., 2004; McCAIG e BURT, 2005).

No Brasil, levantamento domiciliar realizado em 2001, permitiu estimar a existência de 19,7 milhões de dependentes de álcool, o que correspondia a 11,2% da população; essa prevalência variou de 17,1% nos homens a 5,7% nas mulheres (CARLINI *et al*., 2001). A Pesquisa Vigitel 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) encontrou que o consumo abusivo de bebida alcoólica (indivíduos que nos últimos trinta dias consumiram, em um único dia, mais de quatro doses, mulheres, ou de cinco doses, homens, de bebidas alcoólicas) foi duas vezes mais frequente em homens (16,1%) do que nas mulheres (8,1%). Em ambos sexos, a frequência foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando cerca de 30% dos homens e 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade declinou progressivamente até chegar a 5% dos homens e 1% das mulheres com 65 ou mais anos de idade. Não houve variação significativa com o nível de escolaridade das pessoas. A pesquisa Vigitel de 2010 mostrou que 18,0% da população brasileira faz uso abusivo de bebidas alcoólicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Almeida Filho *et al*. (2004) fizeram um inquérito domiciliar no município de Salvador para avaliar o consumo de risco de álcool constatando que a prevalência desse tipo de consumo foi de 7%, sendo seis vezes maior nos homens que nas mulheres; foi encontrada uma associação positiva

com educação e classe social. Costa *et al*. (2004) estudaram o consumo pesado de álcool e verificaram uma prevalência média de 14,3%, variando de 29,0% nos homens a 3,7% nas mulheres; houve associações com sexo (mais frequente nos homens), idade (mais frequente na população de 60 a 69 anos), cor da pele (mais frequente nas pessoas de pele preta ou parda), classe social (mais frequente na classe E que na classe A) e tabagismo (mais frequente nos grandes fumantes). Soldera *et al*. (2004) pesquisaram alunos dos cursos fundamental e médio em Campinas, com idade média de 15 anos, e verificaram uma prevalência de alcoolismo pesado em 15,9% dos meninos e em 7,7% das meninas. Souza *et al*. (2005) avaliaram alunos de escolas públicas de Cuiabá, na faixa de 10 a 20 anos, verificando que os estudantes trabalhadores apresentavam consumo de álcool de 81,0%, enquanto os não-trabalhadores de 65,8%. Silva *et al*. (2006) estudaram adolescentes e adultos jovens de 15 a 24 anos de idade, matriculados em cursos de saúde, e notaram que o consumo de álcool, nos últimos 12 meses, foi relatado por 84,7% dos participantes.

As estratégias de prevenção e controle do uso excessivo do álcool, como todas as demais políticas preventivas, podem se desenvolver nos âmbitos macro, meso e micro e podem envolver diversas intervenções.

Essas estratégias podem incluir intervenções para reduzir a disponibilidade de álcool voltadas para a regulação estatal dos interesses privados no mercado do consumo humano do álcool por meio de ações de controle da produção, distribuição e propaganda das bebidas alcoólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). As regulações devem fazer-se sobre o número de pontos de venda, suas localizações e sobre seus horários de funcionamento. Há evidências de que o consumo de álcool está associado com a quantidade de pontos de venda. O aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas pode ser considerado, já que há evidências de que contribui para diminuir o consumo e reduzir os danos em saúde, mas sua efetividade depende de medidas concomitantes de redução do contrabando e mercado-negro. O impacto dessa medida é de longo prazo. A fixação de idade mínima para aquisição e uso de bebidas alcoólicas é uma medida efetiva. As medidas de restrição da propaganda de bebidas alcoólicas devem ser implementadas porque há evidência das relações entre essa propaganda e o comportamento das pessoas, especialmente de jovens, que os torna mais propensos a serem usuários de álcool (STACEY *et al*., 2004; SNYDER *et al*., 2004; HASTINGS *et al*., 2005). A proposta de autorregulação não parece prevenir o impacto sobre os jovens e supõe-se funcionar somente naqueles momentos em que há uma ameaça de regulação por parte do governo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). A proibição de dirigir veículos após ingestão de bebidas alcoólicas tem sido avaliada como muito efetiva na redução dos danos à saúde das pessoas (DELANEY *et al*., 2006). As impressões iniciais da entrada em vigor da "Lei Seca", no Brasil, apontam nessa mesma direção. A regulação do horário de funcionamento

dos pontos de venda, tal como mostra a experiência de Diadema, em São Paulo, parece ser efetiva.

Outro grupo de intervenções estão no campo da educação e da persuasão. Uma variedade de estratégias educacionais e persuasivas têm sido propostas para prevenir e controlar o uso excessivo de álcool e de suas consequências, o que inclui: programas de educação de jovens nas escolas; campanhas publicitárias de massa; utilização de páginas interativas na Internet; rotulagem de produtos alcoólicos com padrões da bebida e com advertências; ações conjuntas de escolas, famílias e comunidades em relação à prevenção e controle do uso de álcool; e iniciativas comunitárias para estabelecer normas sobre consumo e distribuição de bebidas alcoólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Há evidência de que as campanhas publicitárias de massa produzem efeitos, principalmente em áreas onde há uma fiscalização da polícia sobre o consumo de bebida (HOLDER, 1998). Existem, ambém, evidências da efetividade da ação combinada de ações na escola e na comunidade (BABOR *et al*., 2003).

No plano micro, devem ser ofertadas intervenções preventivas e de tratamento do uso excessivo de álcool, com três objetivos: como um enfoque humanitário para alívio do sofrimento humano, como um método de reduzir o consumo de álcool na população e como maneira de reduzir os danos sanitários e econômicos desse consumo abusivo. Há evidências, obtidas em diferentes países e em diferentes tipos de serviços de saúde, de que o rastreamento oportunístico e as intervenções breves são efetivas e custo efetivas em pessoas com problemas de saúde determinados por uso excessivo de álcool, mas sem uma dependência severa (WHITLOCK *et al*., 2004). Essas tecnologias têm sido altamente disseminadas em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (BABOR e BIDDLE, 2000), e têm sido estimuladas pela Organização Mundial de Saúde (HEATHER, 2006). Para as pessoas com dependência severa de uso de álcool há uma série de abordagens de tratamento especializado, incluindo intervenções comportamentais, farmacológicas e psicossociais, de variadas intensidades, nos âmbitos domiciliares, dos serviços e comunitários. Há evidências de que as pessoas submetidas a esses tratamentos, de forma apropriada, apresentam melhores resultados sanitários que aquelas que não se submetem a eles e que os indivíduos com problemas mais complexos ou com baixo suporte social requerem abordagens mais intensivas (TIMKO *et al*., 1999). Estratégias comunitárias como os alcoólicos anônimos têm sido usadas com frequência.

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe as seguintes ações específicas em relação ao uso excessivo de álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d): investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas consequências; produção e distribuição de material educativo

para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool; promoção de campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às consequências da direção alcoolizada; desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool que envolvam a co-responsabilização e a autonomia da população; investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e aos danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e acidentes/violências; e apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

CAPÍTULO 4 – AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE E A GESTÃO DA CLÍNICA

No capítulo anterior, o MACC foi considerado no seu primeiro nível de promoção da saúde com intervenções sobre os determinantes sociais da saúde intermediários e no seu segundo nível de prevenção das condições de saúde com intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, relacionados com os comportamentos e os estilos de vida. Nesse capítulo são consideradas as atividades dos terceiro, quarto e quinto níveis, correspondentes a manifestações sobre os determinantes individuais, de fatores de risco biopsicológicos e de condições de saúde já estabelecidas que, para fim de uma abordagem clínica adequada, são estratificadas por riscos e manejadas por meio das tecnologias de gestão da clínica: gestão da condição de saúde e gestão de caso. Assim, esse capítulo completa a compreensão integral do MACC. Ainda que o MACC não acolha as tecnologias de auditoria clínica (a não ser como parte da gestão dos riscos da atenção à saúde) e de lista de espera, elas, também, são tratadas por serem importantes ferramentas da gestão da clínica. Além disso, esse capítulo sugere uma metodologia de implantação do MACC e propõe um sistema para avaliação das RASs.

UMA NOVA CLÍNICA: AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE

A utilização do MACC implica assumir que se devem promover mudanças profundas na forma como se presta a atenção à saúde. Essas mudanças são necessárias porque, como advertiu Donald Berwick, "*Não podemos praticar a clínica do século XIX no mundo do século XXI. É preciso mudar*" (LIPPMAN, 2000).

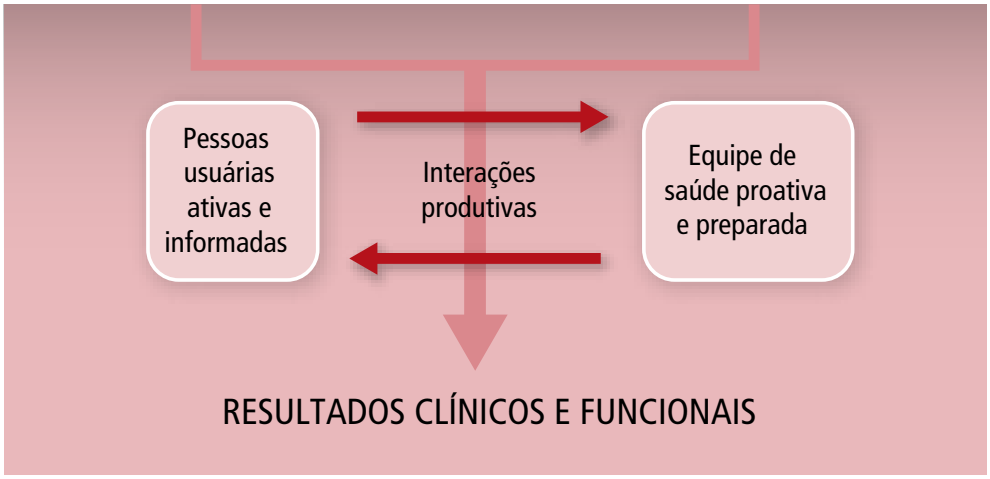
O fracasso dos sistemas de atenção à saúde fragmentados, no plano micro, determinou a falência da principal instituição que o sustentou, a consulta médica de curta duração. Por isso, para se ter sucesso no manejo das condições crônicas, há que se estabelecerem modificações radicais na forma que se dão os encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde. Não é demais afirmar que uma atenção adequada às condições crônicas institui uma nova clínica.

Essas mudanças na atenção à saúde são muito significativas e profundas e estão integradas no MACC, especialmente porque devem requalificar, no plano horizontal, as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas

usuárias ativas e informadas que são imprescindíveis para a obtenção de resultados clínicos e funcionais para a população, tal como se propõe no CCM.

É o que se vê na Figura 14 e que reproduz a parte inferior do CCM, representada na Figura 12.

Figura 14: A atenção à saúde segundo o modelo de atenção crônica (CCM)



Fonte: Wagner (1998)

As interações produtivas entre as pessoas usuárias e a equipe de saúde diferenciam-se das interações correntes, estabelecidas na atenção às condições crônicas nos sistemas fragmentados, que tendem a ser frustrantes para ambos os lados que se relacionam na atenção à saúde. Para que as relações produtivas se instituam entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias, alguns processos de mudanças devem ser implementados no âmbito dessas relações que implicam transformações profundas na atenção às condições crônicas.

As mudanças na atenção à saúde devem se dar em oito dimensões principais: atenção prescritiva e centrada na doença e atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família; atenção não programada e atenção programada; atenção uniprofissional e atenção multiprofissional; atenção médica especializada e atenção médica generalista; atenção presencial e atenção não presencial; atenção individual e atenção em grupo; atenção profissional e atenção por leigos; e atenção profissional e autocuidado apoiado.

ATENÇÃO PRESCRITIVA E CENTRADA NA DOENÇA E ATENÇÃO COLABORATIVA E CENTRADA NA PESSOA E NA FAMÍLIA

A primeira mudança é da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família.

Para que as relações produtivas se consolidem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias deve ser superada a atenção prescritiva e centrada na doença e implantada uma nova forma de relação que se denomina de atenção colaborativa das condições crônicas (VON KORFF, 1997) ou de atenção centrada na pessoa e na família (JOHNSON *et al*., 2008).

Um dos fundamentos da atenção centrada na pessoa e na família está na diferença das necessidades individuais em termos de doenças que, na língua inglesa, dá-se entre os termos "disease" e "illness". Doença ("disease") é uma condição do organismo ou parte de parte dele, que promove distúrbio nas suas funções. "Illness" é uma condição de se estar sentindo mal ou sofrendo difusamente. Algumas pessoas têm uma doença, mas não estão se sentindo mal ("ill"), como no caso de um diabetes não diagnosticado. Por outro lado, muitas pessoas sentem-se mal, mas não se encontra nenhuma causa para explicar seus sintomas. O sentir-se mal ("illness") apresenta duas formas de manifestação: os sintomas físicos medicamente não explicáveis, às vezes denominados de distúrbios somatoformes ou somatizações que, em geral, se associam a alguns tipos de dores; e a hipocondria ou ansiedade excessiva em relação a uma doença (GRAY, 2009).

Uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pelas enfermidades. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas pelos médicos da APS apresenta sintomas físicos medicamente não explicáveis (GAWANDE, 2002). Há, contudo, evidência importante de que os sintomas físicos medicamente não explicáveis podem ser tratados com efetividade pela terapia cognitiva (GROOPMAN, 2001).

Um dos pontos mais importantes na crítica aos sistemas fragmentados de atenção à saúde é a destituição dos portadores de condições crônicas como agentes de sua saúde, o que se expressa, rotineiramente, na queixa sistemática das pessoas usuárias de que não são ouvidas pela equipe de saúde e de que não participam proativamente de seu tratamento (GROL *et al*., 2000; IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Nesse sentido, o uso corriqueiro da palavra paciente, para referir aquele a quem os cuidados de saúde são prescritos, caracteriza muito bem as pessoas que

se apresentam, de forma passiva, à atenção à saúde. Isso porque paciente, na sua expressão dicionarizada, é aquele que perdeu sua condição de agente.

Por outro lado, a atenção à saúde prescritiva e centrada na doença é, também, frustrante para os profissionais de saúde, especialmente os da APS, porque eles têm pequeno controle sobre o seu processo de trabalho e porque estão permanentemente pressionados por metas de produtividade e estressados pela pequena variabilidade de sua prática clínica cotidiana (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Há evidências que atestam a passividade das pessoas usuárias nas suas relações com as equipes de saúde. Um estudo de 1.000 consultas filmadas, realizadas por 124 médicos, mostrou que as pessoas usuárias participaram das decisões clínicas em, apenas, 9% do tempo (BRADDOCK *et al*., 1999). Um outro trabalho constatou que os médicos interromperam as pessoas usuárias num tempo médio de 23 segundos, o que as impediram de narrar suas histórias iniciais e que 25% dessas pessoas não foram solicitadas pelos médicos a exporem suas visões dos problemas de saúde que as levaram a procurar a atenção médica; quando interrompidas, 50% dessas pessoas terminaram sua história em menos de 60 segundos e 80% em menos de dois minutos (MARVEL *et al*.,1999). Outro estudo evidenciou que, enquanto metade das pessoas usuárias gostaria deixar a decisão clínica final para seus médicos, 96% prefeririam receber opções de escolhas e ter suas opiniões consideradas pelos médicos (LEVINSON *et al*., 2005). Uma pesquisa atestou que as pessoas tendem a participar mais positivamente na atenção à sua saúde quando são encorajadas a fazê-lo por seus médicos (STREET *et al*., 2005). As decisões de participar proativamente na atenção à saúde pode variar em diferentes países, segundo as culturas particulares, sendo de 91% na Suíça e de 44% na Espanha (COULTER e MAGEE, 2003). Cinquenta a 70% das consultas, mesmo para doenças crônicas, são meramente informativas porque estão organizadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos, com fixação na queixa principal, uma característica da atenção à saúde nos sistemas fragmentados (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde (HOLMAN e LORIG, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Por isso, alguns sistemas de atenção à saúde já consideram as pessoas usuárias como membros da equipe de atenção à saúde, especialmente na APS (PORTER, 2007; KELLOGG, 2007).

O Quadro 8 compara as principais características da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas.

Quadro 8: Principais características diferenciadoras da pessoa-paciente e da pessoa-agente na atenção às condições crônicas

PESSOA-PACIENTE	PESSOA-AGENTE
Cumpre as prescrições da equipe de saúde	Compartilha com a equipe a responsabilidade por sua saúde
Atua passivamente	Atua proativamente
Expõe sua queixa e narra sua história quando solicitada pela equipe de saúde	É assertiva, partilha sua queixa e sua história e elabora, conjuntamente com a equipe de saúde, o plano de cuidado, de acordo com suas necessidades, seus valores e suas preferências
Segue as prescrições da equipe de saúde	Decide o que fazer em conjunto com a equipe de saúde
Confia exclusivamente na equipe de saúde para resolver seu problema	Busca apoio e orientação na equipe de saúde para resolver seu problema
Aprende sobre a sua condição crônica com a equipe de saúde	Se autoinforma e aprende com a equipe de saúde sobre sua condição crônica
Responde às questões da equipe de saúde sobre a evolução de sua condição crônica	Compartilha com a equipe de saúde a evolução de sua condição crônica e a monitora nos períodos entre os contatos com os profissionais
Recebe prescrições sobre medicamentos da equipe de saúde	Torna-se co-responsável pelo tratamento medicamentoso com a equipe de saúde
Demanda o sistema de atenção à saúde quando sente necessidade	Demanda o sistema de atenção à saúde quando sente necessidade mas, também, é contatada ativamente pelo sistema, conforme o plano de cuidado

Fontes: New Health Partnerships (2008); Bengoa (2008)

No MACC, interação produtiva significa que o cuidado é realizado de modo colaborativo, baseado em evidência e atendendo às necessidades de saúde das pessoas usuárias, com participação da família e que envolve: a avaliação do estado de saúde; a avaliação das habilidades e do grau de confiança para o autocuidado; a atenção personalizada e estruturada em diretrizes clínicas; o plano de cuidado elaborado em conjunto pela equipe de saúde e pessoa usuária, com metas e instrumentos de solução de problemas acordados; e o monitoramento ativo e colaborativo do plano de cuidado.

O clássico relatório do Instituto de Medicina sobre o abismo da qualidade nos Estados Unidos definiu algumas características centrais de uma atenção à saúde centrada na pessoa e na família: provê a informação, a comunicação e a educação

de que as pessoas necessitam e desejam; respeita os valores, as preferências e as necessidades expressas das pessoas; e garante o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

A atenção centrada na pessoa e na família opera com quatro conceitos-chave: dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração. Dignidade e respeito significa que as equipes de saúde ouvem e respeitam as perspectivas e escolhas das pessoas e das famílias, bem como incorporam, nos planos de cuidados, os seus conhecimentos, valores, crenças e características culturais. Compartilhamento de informações implica a comunicação e a troca de informações completas e não viesadas entre a equipe de saúde e as pessoas e as famílias, de maneira positiva; as pessoas e as famílias devem receber informações amplas, oportunas e fidedignas para que possam participar efetivamente do processo decisório da saúde. Participação exige que as pessoas e as famílias sejam encorajadas e apoiadas para participarem das decisões sobre a atenção à saúde em todos os níveis em que queiram. Colaboração expressa-se numa relação cooperativa entre as pessoas, as famílias e a equipe de saúde para desenvolverem, implementarem e avaliarem os programas de saúde e a prestação dos serviços (JOHNSON *et al.*, 2008).

A atenção centrada na pessoa e na família coloca o conceito-chave da aliança terapêutica que consiste numa agenda comum, na troca de informações, nas decisões compartilhadas e no estabelecimento de relações de confiança, de respeito e empáticas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Há evidência de que quando a aliança terapêutica se institui, possibilita-se uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados sanitários (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

A atenção centrada na pessoa e na família representa uma mudança radical em relação aos modelos convencionais em que a equipe de saúde sabe o que é melhor para as pessoas usuárias. Nesse novo padrão de atenção à saúde os profissionais não são prescritores que monopolizam os conhecimentos sobre o que as pessoas têm, do que elas necessitam e o que as devem motivar. Ao contrário, aqui, a palavra essencial é a parceria entre a equipe de saúde, a pessoa e a família. Essa relação institui-se com base no reconhecimento e na valorização de que as pessoas e suas famílias possuem certos conhecimentos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferências e recursos interiores que devem ser considerados no plano de cuidado. Além disso, a atenção centrada na pessoa e na família faz-se de forma relacional e dirigida para resultados. Relacional porque a atitude da equipe de saúde está orientada pela abertura, pelo respeito genuíno e pelo bem-estar do outro. As pessoas mudam mais facilmente em contextos em que se estabelecem relações baseadas na confiança mútua. Orientada para resultados porque o plano de cuidado tem como elemento fulcral a definição

conjunta de metas a serem atingidas, segundo os graus de impotância e de confiança estabelecidos pela pessoa usuária (MORRISON, 2007).

A participação da pessoa e da família na atenção à saúde envolve a compreensão do processo saúde/doença e os fatores que o influenciam; o autodiagnóstico e o manejo de certos sintomas menores; a seleção, em parceria com os profissionais de saúde, dos tratamentos; o uso apropriado das tecnologias de tratamento e de medicamentos; o monitoramento dos sintomas e da evolução do tratamento; a consciência sobre a segurança das tecnologias sanitárias utilizadas; e a adoção de comportamentos de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde. Para que isso possa ocorrer, a atenção centrada na pessoa e na família utiliza-se de três estratégias fundamentais: a atenção colaborativa com a equipe de saúde, a alfabetização sanitária e o autocuidado apoiado (COULTER *et al*., 2008).

A atenção centrada na pessoa e na família convoca habilidades comunicacionais singulares das pessoas usuárias e das equipes de saúde. De parte das pessoas usuárias implica a estruturação do processo narrativo, a reflexão sobre sua condição de vida, a reconstrução de sua história e a identificação com a saúde; em relação às equipes de saúde, o desenvolvimento da escuta e das habilidades comunicativas, a busca da empatia para com o outro e a reflexão sobre a prática mediada pelos saberes individuais e pela vivência interdisciplinar.

A atenção centrada na pessoa e na família se justifica, mais ainda, nas situações em que há mais de um curso possível de ação e em que nenhuma opção é autoevidente para a equipe de saúde e para a pessoa e sua família. Em algumas circunstâncias, como pessoas idosas em situações de saúde críticas, há uma tendência para deixar as decisões para a equipe de saúde (BASTIAENS *et al*., 2007).

As estratégias adotadas, em diferentes países, para o fortalecimento das relações entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias envolvem ações sistêmicas que se dão no nível micro das relações entre as pessoas usuárias e as equipes de saúde, e nos níveis do microssistema e do macrossistema de atenção à saúde (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007). Isso pode envolver: a elaboração de cartas de direitos e deveres dos usuários; o uso de incentivos financeiros; os procedimentos de regulação dos profissionais de saúde que exijam a participação das pessoas usuárias na atenção; a provisão de materiais de informações em saúde; a educação permanente dos profissionais de saúde em habilidades comunicacionais; e a utilização de tecnologias de empoderamento das pessoas usuárias nos sistemas de atenção à saúde. Os profissionais de saúde devem adquirir conhecimentos e habilidades para: compreender a perspectiva das pessoas usuárias; orientar as pessoas usuárias para fontes seguras de informação; educar para proteger a saúde e prevenir a ocorrência ou recorrência das

condições de saúde; levar em conta as preferências das pessoas usuárias; comunicar as probabilidades de riscos da atenção; compartilhar decisões de tratamento; trabalhar em equipes multiprofissionais; utilizar tecnologias que facilitem o engajamento das pessoas na sua atenção; e gerenciar o tempo efetivamente para que tudo isso seja possível (COULTER *et al*., 2008).

Há evidências de que processos educacionais podem aumentar as habilidades de comunicação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos e que isso determina um maior envolvimento das pessoas usuárias, uma redução da ansiedade e uma maior satisfação com a atenção compartilhada (BIEBER *et al*., 2006). O envolvimento proativo das pessoas usuárias é seguido de uma diminuição das prescrições médicas e do custo da atenção à saúde (COHEN *et al*., 2004; STEVENSON *et al*., 2004). A aplicação de tecnologias de empoderamento das pessoas usuárias como a preparação para uma consulta, a utilização de diários e os sumários das consultas realizadas, aumentam o conhecimento das pessoas e as colocam em posição de maior controle sobre sua saúde (GRIFFIN *et al*., 2004). Os instrumentos de suporte para as decisões das pessoas usuárias são efetivos e incentivam uma aproximação da equipe de saúde e das pessoas, incrementam o conhecimento, determinam maior adesão aos tratamentos prescritos, maior percepção dos riscos envolvidos e maior respeito às escolhas e aos valores das pessoas (ELWYN *et al*., 2006; OTTAWA HEALTH RESEARCH INSTITUTE, 2008). Além disso, podem reduzir em, aproximadamente, 25% as taxas de cirurgias eletivas que apresentam, entre si, enorme variabilidade em diferentes serviços de saúde (O'CONNOR e STACEY, 2005).

Além disso, há outras evidências que suportam a introdução da atenção à saúde colaborativa e centrada na pessoa e na família. Esse tipo de atenção promove resultados positivos na melhoria da satisfação das pessoas usuárias, no envolvimento com sua saúde, em processos da atenção, em certos resultados e na qualidade de vida dos usuários (GLLOTH, 1990; SELTZER *et al*., 1992; ANDERSON *et al*., 1995; MALY *et al*., 1996; WILLIAMS *et al*., 1998; ARORA e McHORNEY, 2000; STEWART *et al*., 2000; BERKKE *et al*., 2001; NORRIS *et al*., 2001; ROTHERT e O'CONNOR, 2001; HEISLER *et al*., 2002; JOHNSON e BAMENT, 2002; KENNEDY e ROGERS, 2002; MEAD e BOWER, 2002; GLASGOW *et al*., 2003; HEISLER *et al*., 2003; LAFFEL *et al*., 2003; PIETTE *et al*., 2003; LEWIN *et al*., 2004; LITTLE *et al*., 2004; OLIVER *et al*., 2004; SCLEGAJ *et al*., 2004; WETZELS *et al*., 2004; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005; SINGH, 2005a; BODENHEIMER, 2007;HIBBARD *et al*., 2007; AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2008); e na diminuição dos custos da atenção (EPSTEIN *et al*., 2005).

Bodenheimer (2007) fez um estudo de caso sobre o Sr. P, um homem de 63 anos de idade, portador de múltiplos fatores de riscos cardiovasculares e com baixa adesão aos tratamentos prescritos, no qual conclui que a transformação de um paciente

num agente proativo é um determinante importante na obtenção de resultados sanitários favoráveis.

As evidências coletadas fizeram com que, crescentemente, vários países do mundo como Alemanha, Austrália, Canadá, Estados Unidos, França, Holanda, Itália e Reino Unido estejam adotando políticas de implementação da atenção centrada na pessoa e na família (COULTER *et al*., 2008). No Brasil, a atenção centrada na pessoa e na família tem sido usada crescentemente por equipes do PSF (LOPES, 2005).

Como consequência da adoção crescente da atenção centrada na pessoa e na família, começam a aparecer propostas para sua avaliação. Uma delas, estrutura-se nas seguintes dimensões: liderança; missão, visão e valores; melhoria da qualidade; recursos humanos; informação e educação; valores étnicos e culturais; alfabetização sanitária; apoio à atenção; e parceria entre a equipe de saúde, a pessoa e a família (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

A atenção centrada na pessoa e na família implica que as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde sejam portadoras de direitos e deveres que devem estar explicitados em Cartas das Pessoas Usuárias. A Organização Pan-Americana da Saúde sintetiza os principais direitos e deveres das pessoa usuárias encontrados na experiência internacional. É o que se sintetiza no Boxe 14.

Boxe 14: Direitos e deveres mais encontrados nas Cartas das Pessoas Usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde

Os direitos das pessoas usuárias são:

- Medidas preventivas para prevenir as enfermidades, incluindo a educação em saúde.
- Ambiente saudável e seguro que assegure saúde ou bem-estar físico e mental.
- Acesso à atenção integral aos serviços de saúde e com equidade para todos os grupos sociais.
- Acolhimento humanizado.
- Acesso à informação com relação à condição de saúde, aos serviços prestados, à investigação e à inovação tecnológica.
- Participação e consentimento informado em relação ao estado de saúde, às decisões clínicas e à investigação científica.
- Possibilidade de escolha entre diferentes procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- Privacidade e confidencialidade nas informações concernentes ao estado de saúde e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- Observação de padrões de qualidade.
- Segurança da atenção à saúde para as pessoas usuárias.
- Evitar sofrimento ou dor desnecessários.
- Tratamento adequado às necessidades individuais das pessoas usuárias.
- Serviços ajustados aos valores das pessoas usuárias, respeitando suas crenças e culturas e suas necessidades de gênero.
- Possibilidade de reclamar e receber respostas apropriadas.
- Compensação moral e eonômica por danos físicos, morais ou psicológicos causados pelos serviços de saúde.

Boxe 14: Direitos e deveres mais encontrados nas Cartas das Pessoas Usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde

Os deveres das pessoas usuárias são:

- Responsabilidades das pessoas usuárias consigo mesmas, o que significa a responsabilidade em manter ou promover a própria saúde e de recuperá-la participando proativamente no tratamento de sua condição de saúde.
- Responsabilidades com terceiros, não causando danos à saúde de outras pessoas mediante trato abusivo, violento ou de acesso moral ou sexual.
- Responsabilidades com o sistema de atenção à saúde, contribuindo para o uso justo e eficiente dos recursos do sistema.

Fonte: Organización Panamericana de la Salud (2010)

No Brasil, o Ministério da Saúde (2006c) definiu os princípios básicos dos direitos das pessoas usuárias do SUS: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de atenção à saúde; todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito a tratamento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Além da atenção colaborativa, uma das estratégias fundamentais da atenção centrada na pessoa e na família é a alfabetização sanitária.

Alfabetização sanitária é o grau de acumulação, pelas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, de capacidades para obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam tomar decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde. Isso inclui a capacidade de organizar e compartilhar com a equipe de saúde o repertório de vivências e valores constitutivo de cada pessoa e de cada família. Uma definição mais abrangente considera a alfabetização sanitária como a capacidade de tomar decisões maduras sobre a saúde nos contextos da vida cotidiana, nos espaços do domicílio, do sistema de atenção à saúde, do local de trabalho e da arena política (COULTER *et al*., 2008).

No Brasil, há trabalhos importantes sobre as relações entre escolaridade e acesso aos serviços de saúde (QUADROS *et al*., 2004; NOVAES *et al*., 2006; RIBEIRO *et al*., 2006; TRAVASSOS *et al*., 2006; LIMA-COSTA e MATOS, 2007; PEREIRA *et al*., 2007), mas o tema específico da alfabetização sanitária não tem sido discutido significativamente e deveria merecer uma maior atenção porque, certamente, é um obstáculo a uma atenção centrada na pessoa e na família no SUS.

A alfabetização sanitária vai além da capacidade de leitura para envolver outras, igualmente importantes, como as capacidades de ouvir, de falar, de compreender, de fazer certas operações matemáticas muito básicas e, principalmente, de expor os conhecimentos que acumulou ao longo da vida e de expressar, de forma assertiva, seus valores e suas preferências em termos de atenção à saúde.

Identificam-se três níveis de alfabetização sanitária: o nível funcional: as habilidades básicas de ler e escrever necessárias ao efetivo funcionamento nos contextos da atenção à saúde; o nível interativo: as habilidades cognitivas e sociais que permitem a co-participação na atenção à saúde; e o nível crítico, as habilidades de analisar e utilizar, de forma crítica, as informações sobre a saúde (NUTBEAM, 2000).

Nos Estados Unidos, em 1996, 46% dos americanos adultos, quase 90 milhões de pessoas, apresentavam dificuldades de compreender e utilizar adequadamente as informações e as orientações sobre sua saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). Por isso, essa população apresentava piores níveis de saúde e utilizava mais os serviços de urgência e emergência que a outra parte, constituída por 54% da população. Para superar esse problema, propôs-se a introdução de programas para reduzir os efeitos da limitada alfabetização sanitária nas escolas no ensino fundamental, bem como nos programas de alfabetização de adultos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). Na Europa, um estudo feito em 22 países mostrou que deficiências de alfabetização sanitária estavam associadas com índices de saúde piores (VON DEM KNESEBECK *et al*., 2006)

A alfabetização sanitária é uma variável fundamental a ser considerada no manejo das condições crônicas porque ela afeta as capacidades de co-participar da atenção à saúde, de reconhecer e de registrar os sinais e sintomas de uma condição de saúde, de se autocuidar, de utilizar práticas preventivas e de compreender e aderir aos tratamentos prescritos, especialmente aos tratamentos medicamentosos. Por isso, têm sido propostas soluções metodológicas para avaliação da alfabetização sanitária como ferramenta dos serviços de saúde (BAKER *et al*., 1996).

Há evidências de que as deficiências na alfabetização sanitária determinaram problemas como: a menor capacidade de cuidado das condições crônicas em geral (WILLIAMS *et al*., 1995; GAZMARARIAN *et al*., 1999; BEERS *et al*., 2003); os portadores de diabetes tiveram mais dificuldade de controlar o nível glicêmico e foram mais suscetíveis à cegueira (SCHILLINGER *et al*., 2002); os portadores de câncer de próstata tiveram menores possibilidades de co-participação nas decisões sobre seu tratamento (KIM *et al*., 2001); as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde tiveram mais dificuldades de aderir às terapêuticas anticoagulantes (LASATER, 2003; WIN e SCHILLINGER, 2003), tiveram menor compreensão das prescrições de medi-

camentos, reportaram estados de saúde piores (ARNOLD *et al*., 2001; BAKER *et al*., 2002) e apresentaram 52% de maiores riscos de serem hospitalizados (BAKER *et al*., 1998); e estimou-se que as falhas no entendimento e na adesão às precrições medicamentosas responderam, nos Estados Unidos, por 125.000 mortes anuais e por 100 bilhões de dólares anuais em custos de tratamentos e perda de produtividade.

Ainda que a limitada alfabetização sanitária possa afetar quase todos os grupos sociais, ela se manifesta, com maior força relativa, em adultos, em pessoas idosas, nos pobres e nas pessoas com baixa escolaridade.

As relações entre escolaridade e alfabetização sanitária são muito próximas (BARRETT *et al*., 2008) e isso deve ser considerado na situação brasileira e, muito especialmente, no SUS, um sistema público universal. Segundo a PNAD 2006, havia, no Brasil, 12,3% de analfabetos entre as pessoas com 5 ou mais anos de idade, observando-se, entretanto, importantes diferenças regionais, já que esse percentual na Região Sul era de 7,6%, enquanto no Nordeste era de 22,10%. Havia, também, importantes diferenças de acordo com a renda familiar. A média de 10,4% de analfabetos entre as pessoas com 15 ou mais anos de idade variava de 17,9% para as pessoas com rendimento mensal familiar *per capita* menor que meio salário mínimo até 1,3% para as pessoas com mais de dois salários mínimos. Em relação à média de anos de estudo na população de mais de 25 anos de idade, ela era de 6,7 anos para o país, mas variava de 3,9 anos no quintil de menor renda a 10,2 anos no quintil de maior renda. Em relação ao analfabetismo funcional, os dados mostraram uma média nacional de 22,2% sendo muito maior nas pessoas de cor parda e negra que nos brancos (IBGE, 2006). Ou seja, há profundas desigualdades em termos de regiões, de renda e de cor da pele no país em relação à educação que determinam socialmente as deficiências de alfabetização sanitária.

Há que se considerar que os resultados das deficiências da alfabetização sanitária são mais importantes na APS (BARRETT *et al*., 2008). Em consequência, uma APS de qualidade deve incorporar, entre suas preocupações fundamentais, estratégias que permitam lidar com as pessoas com déficits de alfabetização sanitária para diminuir o impacto dessas deficiências nos resultados da atenção.

A alfabetização sanitária apresenta três grandes objetivos: a provisão e o compartilhamento da informação adequada, o encorajamento do uso efetivo e apropriado dos recursos de saúde e a redução das iniquidades em saúde.

As necessidades de informações adequadas são muito diversas e variam de acordo com a idade, a classe social, o gênero e as crenças e os valores. Essas informações podem variar ao longo do curso de uma condição de saúde. Por exemplo, quando

as pessoas recebem um diagnóstico, elas necessitam de informações práticas para dar suporte à atenção, bem como para reduzir a ansiedade. Mais tarde, elas vão se concentrar nos prognósticos de longo prazo e no autocuidado, o que implica informações mais específicas e detalhadas.

Para enfrentar o problema das deficiências da alfabetização sanitária várias estratégias têm sido utilizadas.

Para grupos de baixa alfabetização sanitária têm sido desenvolvidos cursos, iniciativas com base comunitária e a revisão das informações para grupos com necessidades especiais. Avaliações dessas iniciativas têm demonstrado um melhor conhecimento e compreensão por parte dos usuários (EAKIN *et al*., 2002). As informações visuais têm sido utilizadas crescentemente.

Cada vez mais se utiliza a Internet como fonte de informação, mas isso pode provocar a exclusão de certos grupos como as pessoas mais idosas, alguns portadores de necessidades especiais e grupos em situação de exclusão digital. Mas quando essas barreiras podem ser superadas, há evidências de que esses grupos se beneficiam muito da informação digital (GUSTAFSON *et al*., 2002).

Informações em outros formatos eletrônicos como textos em telefones celulares, audiotapes e outras intervenções em ambiente web podem aumentar a confiança das pessoas usuárias e sua habilidade para participar das decisões sobre sua saúde e para melhorar os resultados sanitários, especialmente se são complementares às práticas educacionais ofertadas nas unidades de saúde.

De qualquer forma, as informações devem ser oportunas, apropriadas, confiáveis, seguras e relevantes. A equipe de saúde usualmente pensa que é importante prover informação médica geral como a etiopatogenia das doenças, mas as pessoas estão mais interessadas em opções de tratamentos, probabilidades de sucesso ou como obter suporte para sua condição de saúde (SWAIN *et al*., 2007).

ATENÇÃO NÃO PROGRAMADA E ATENÇÃO PROGRAMADA

Uma segunda mudança fundamental para se alcançarem interações produtivas entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção está na busca de um equilíbrio entre a atenção à saúde não programada e a atenção à saúde programada.

A forma de responder socialmente, através dos sistemas de atenção à saúde, às condições agudas e crônicas, é que marca as diferenças entre atenção programada e não programada.

As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer, seja ela uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Ao contrário, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo, devem ser manejadas por meio de uma atenção programada. É certo que há momentos de agudização das condições crônicas, mas isso não pode ser considerado uma condição aguda, mas um evento agudo decorrente de complicações das condições crônicas. Portanto, as agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como um evento-sentinela que sinaliza uma falha no sistema de manejo das condições crônicas.

Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção não programada é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas. Tome-se o caso de um sistema público maduro, como o do Reino Unido, em que 70% dos atendimentos de urgência e emergência são resultantes de agudizações de condições crônicas (SINGH, 2005a; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY HEALTH AUTHORITY, 2006). Sabe-se, ademais, que, em média, 40% dos atendimentos não programados realizados em unidades de urgência, não configuram, de fato, urgências e não deveriam, portanto, ser atendidos nesses pontos de atenção à saúde (GOITIEN, 1990).

A atenção não programada é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições e aos eventos agudos, que se faz de forma intempestiva e sem possibilidade de uma previsão. Esse tipo de atenção é absolutamente necessário e os sistemas de atenção à saúde devem estar desenhados para dar conta disso. Contudo, sua aplicação às situações de agudização das condições crônicas deve ser minimizada, o que envolve ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas.

A atenção não programada centra-se na queixa conduta. Caracteriza-se pela falta de informações estruturadas sobre as necessidades das pessoas usuárias, pelas diferentes expectativas de profissionais de saúde e pessoas usuárias e pela impossibilidade da equipe de saúde planejar totalmente o atendimento (IMPROVING

CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). A atenção não programada termina, em geral, com uma prescrição médica.

A atenção programada é muito diferente. É o tipo de atenção que se deve aplicar às condições crônicas, ofertada sem a presença e o "barulho" do evento agudo e agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). É um atendimento que se faz com base num plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias. A atenção programada deve estar prevista nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, segundo os diferentes estratos de riscos dos portadores de uma condição crônica. Essas diretrizes clínicas devem definir o tipo do atendimento, quem faz, em que condições e com que frequência. A atenção programada termina num plano de cuidado elaborado ou revisado e acordado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias.

A atenção programada deve obedecer alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado num prontuário eletrônico e no registro dos portadores de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas (KABCENELL *et al*., 2006).

Os sistemas de atenção à saúde fragmentados, em geral, apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção não programada e a atenção programada, com privilegiamento da primeira. Isso é natural porque eles se estruturam, basicamente, para o controle das condições e dos eventos agudos.

O enfrentamento das condições crônicas, predominantemente por meio de respostas discretas e não programadas, em unidades de pronto-atendimento ambulatoriais ou hospitalares, leva, inexoravelmente, ao fracasso sanitário e econômico dos sistemas de atenção à saúde. Por consequência, políticas de incremento das unidades de pronto-atendimento, descoladas de esforços de melhoria da atenção às condições crônicas, especialmente na APS, são estratégias ineficazes, de tipo enxugar gelo.

Uma vez que as condições agudas exigem uma atenção focada no evento agudo e que haverá, sempre, alguma quantidade de episódios de agudização das condições crônicas, um sistema de atenção à saúde deve planejar a capacidade de oferta da atenção não programada para dar conta dessa demanda. Por outro lado, numa RAS, organizada segundo o MACC, um objetivo central há de ser o de minimizar a

ocorrência de agudizações dessas condições e, por consequência, de diminuir, ao máximo possível, a oferta de atenção não programada. Ações nesse sentido devem ser planejadas e devem estar baseadas na utilização de intervenções que apresentem evidências de sua efetividade.

A compreensão dessa dinâmica de produção das internações de urgência e emergência nos hospitais do Reino Unido, por condições crônicas indevidamente manejadas, levou o Serviço Nacional de Saúde a propor, como meta de melhoria da atenção às condições crônicas, uma redução de 5% nos dias de internações hospitalares não programadas, no período de 2005 a 2008 (DEPARTMENT OF HEALTH, 2004).

É possível reduzir a atenção não programada, seja ambulatorial, seja hospitalar, implantando-se RASs com os modelos de atenção às condições crônicas. Tome-se o caso das internações hospitalares não programadas. Estudos indicam que 75% das reinternações hospitalares são evitáveis (IRANI *et al*., 2007; BENGOA, 2008). Billings *et al*. (2006) desenvolveram, com base no estudo das reinternações hospitalares do Reino Unido, um algoritmo que permite prever as probabilidades de reinternação das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, no horizonte de um ano.

Há, na literatura internacional, evidências sobre o impacto do CCM na redução dessas internações hospitalares (WAGNER, 1997; McALISTER *et al*., 2001; BODENHEIMER *et al*., 2002; BODENHEIMER, 2003; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY HEALTH AUTHORITY, 2006). Revisões sistemáticas e meta-análises realizadas com portadores de insuficiência cardíaca mostraram que a introdução de intervenções-chave do CCM permitiram reduzir as internações hospitalares não programadas em 50% a 85% e as reinternações em até 30% (RICH *et al*., 1995; PHILBIN, 1999; RICH, 1999; PHILBIN *et al*., 2000; GONSETH *et al*, 2004). Existem evidências de que a integração dos pontos de atenção à saúde, especialmente entre a APS com a atenção especializada e a atenção hospitalar contribuiu para diminuir as internações hospitalares não programadas (DOUGHTY *et al*., 2002). Essa é a explicação dos trabalhos, anteriormente mencionados, que indicam um percentual menor de internações hospitalares na Kaiser Permanente em relação ao Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (FEACHEM *et al*, 2002; HAM *et al*., 2003). As internações hospitalares não programadas podem ser reduzidas, também, por: integração da atenção à saúde com os serviços de assistência social (BERNABEI *et al*., 1998; SOMMERS *et al*., 2000); utilização de cuidados multiprofissionais após a alta hospitalar em: insuficiência cardíaca (RAUH, 1999; AHMED, 2002; CAPOMOLLA *et al*., 2002); em doença pulmonar obstrutiva crônica (REA *et al*., 2004); e em idosos frágeis (WILLIAMS *et al*., 1987). As medidas mais eficazes para reduzir as atenções não programadas em hospitais é por meio da melhoria da APS. Isso pode se dar pela utilização da atenção em grupos (COLEMAN *et al*., 2001); pelo monitoramento periódico dos

portadores de condições crônicas (BECK *et al*., 1997; SCOTT *et al*., 2004); e pela integração entre a APS e os especialistas (WILLIAMS *et al*., 2000; RAM *et al*., 2004). As visitas domiliares pós-alta hospitalar diminuíram as internações hospitalares não programadas (HUGHES *et al*., 1997; TOWSEND *et al*., 1998), bem como os programas de educação permanente dos profissionais de saúde (MANHEIM *et al*., 1990; ROSSITER *et al*., 2000) e os programas de educação para o autocuidado (ROBINSON *et al*., 201; OSMAN *et al*., 2002; BOURBEAU *et al*, 2003; KENNEDY *et al*., 2003).

A redução da atenção não programada nos hospitais passa, também, pela forma como são financiados os sistemas de atenção à saúde. Uma revisão sistemática mostrou que os sistemas de atenção à saúde financiados por orçamento global ou por capitação – os sistemas mais adequados aos objetivos das RASs – reduzem, em até 80%, os dias de internações hospitalares em relação aos sistemas financiados por pagamento por procedimentos ou por unidades de serviços (CHAIX-COUTOURIER *et al*., 2000).

Essa revisão da literatura nos permite ver que a atenção hospitalar não programada é um fenômeno que está ligado a um conjunto de causas, a maior parte delas externas ao hospital, e que a atuação mais comum de aumentar a oferta de leitos hospitalares para atendimentos não programados, em casos de agudização das condições crônicas, pode não ser a mais adequada. O mesmo raciocínio se aplica ao incremento da oferta de unidades ambulatoriais de urgência e emergência.

Alguns sistemas de atenção à saúde mais maduros estão considerando as agudizações das condições crônicas como eventos-sentinela que apontam para falhas sistêmicas que devem ser identificadas e superadas. Por exemplo, a Kaiser Permanente considera, na sua filosofia, que as internações hospitalares não programadas são um sinal de falha sistêmica, vez que elas constituem um alerta de que as pessoas usuárias não receberam uma boa atenção nos estágios iniciais de sua condição de saúde, especialmente na APS (KELLOGG, 2007; PORTER, 2007)

As concepções de senso comum e o exercício de certa racionalidade de resultados imediatos levam a que os gestores, os profissionais de saúde e a própria população, reivindiquem e concretizem, de forma reiterada, estratégias de incremento da capacidade das unidades hospitalares ou ambulatoriais para atendimentos não programados, o que gera formidável ineficiência alocativa e parcos resultados sanitários.

As considerações feitas sobre as atenções programadas e não programadas devem ser refletidas no ambiente do SUS.

O sistema público brasileiro é muito fragmentado e excessivamente voltado para o atendimento às condições e aos eventos agudos, o que desequilibra a relação entre a

atenção programada e não programada, em favor desse último tipo de atendimento à saúde. Isso é reforçado por uma visão política de resultados de curto prazo e por uma cultura geral de valorização dos equipamentos de atenção às urgências e às emergências que são de alta visibilidade e que "aparentam" resolver, rapidamente, os problemas de saúde da população, predominantemente constituídos por condições crônicas.

É certo que, nas redes de atenção às urgências e emergências, em circunstâncias bem definidas, há espaço para a implantação de unidades de pronto-atendimento ambulatorial (UPAs). O programa nacional de incentivo às UPAs, estabelecido pelo Ministério da Saúde (2008d), foi recebido, por políticos, como a possibilidade de superação da gestão tradicional da saúde, por meio de uma ousadia gerencial que permitiria reduzir as filas de espera e como uma das poucas soluções viáveis propostas pela saúde pública brasileira contemporânea (ARRUDA, 2008). Esse discurso político é excessivamente otimista porque não há evidências de que os UPAs possam diminuir as filas, nem, muito menos, de que possam melhorar significativamente a situação das condições crônicas de saúde. Ao contrário, existem evidências de que a melhoria da AS é que permite alcançar esses objetivos e atender, com efetividade, os portadores de condições de urgências menores (azuis e verdes), a grande maioria de pessoas usuárias em situação de urgência. A retenção dessas pessoas de menores riscos nas unidades de APS é uma pré-condição para a organização do atendimento de urgência e emergência de níveis secundário e terciário. Além disso, como advertiu Pestana (2008), se as UPAs precisam de financiamento e diretrizes nacionais, isso só deve ser feito se elas se constituírem, verdadeiramente, em pontos de atenção de uma rede de atenção às urgências e às emergências e não como uma estratégia substitutiva ou como um paradigma alternativo.

Ainda que sejam necessárias UPAs, elas não contribuirão para a melhoria da atenção à saúde no SUS se não estiverem integradas em RASs e se, paralelamente, não se organizar a atenção às condições crônicas, também, em redes, mas com uma alta prioridade para a melhoria da qualidade da APS. As razões já foram explicadas e representadas no Gráfico 8. Há um perigo latente, para o qual se deve estar atento, de uma sobreoferta de atenção não programada aos eventos agudos que desorganize e desfinancie a APS pelo estabelecimento de uma competição predatória por recursos escassos entre os dois tipos de equipamentos. Isso é particularmente importante nos pequenos e nos médios municípios.

Por outro lado, há indicações de que as UPAs e o atendimento hospitalar de urgência e de emergência devem ser ofertados por um único prestador e sob um contrato único. Isso facilita a comunicação e torna mais fluido o atendimento. Nos municípios de porte médio há vantagens inequívocas em ofertar o pronto-atendimento

ambulatorial nas unidades hospitalares já existentes e com vocação para esse tipo de serviço de saúde. Uma delas, as economias de escopo obtidas por esse desenho da oferta que aumentará, significativamente, a eficiência das redes de atenção às urgências e às emergências.

ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL E ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Uma terceira transformação para se atingirem interações produtivas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias na atenção às condições crônicas está na mudança da atenção uniprofissional, centrada no médico, para a atenção multiprofissional.

Há uma crise instalada nas microrrelações clínicas entre a equipe de saúde, especialmente o médico, e as pessoas usuárias, que se manifesta em todos os níveis dos sistemas de atenção à saúde. Nos Estados Unidos, entre 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde sob controle (SAYDAH *et al*., 2004; AFONSO *et al*., 2006; ROUMIE *et al*., 2006). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, geralmente propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas têm sido denominadas de consultas de 15 minutos (BODENHEIMER e LAING, 2007), vez que estudos demonstram que, nos Estados Unidos, a duração média de uma consulta médica de adultos é de 16,2 minutos e a de crianças é de 14,2 minutos, com uma variação entre 16 a 18 minutos (FERRIS *et al*., 1998; STAFFORD *et al*., 1999; LIN *et al*., 2001; MECHANIC *et al*., 2001; STARFIELD, 2002; IMPROVING CHRONIC CARE ILLNESS, 2008).

Há uma inconsistência estrutural entre o tempo curto da consulta médica e o incremento das tarefas da atenção à saúde. Por exemplo, hoje em dia, a atenção ao diabetes é muito mais complexa e consumidora de tempo que há uma década atrás (GRUMBACH e BODENHEIMER, 2002). Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minutos (BEISECKER e BEISECKER, 1990; KAPLAN *et al*., 1996); que as consultas necessitam de um tempo mínimo de 20 minutos para envolver as pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas (KAPLAN *et al*., 1995); e que a duração das consultas é um preditor forte da participação das pessoas usuárias nas decisões clínicas referentes à sua saúde (DEVEUGELE *et al*., 2004).

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas. Estimou-se que um médico de APS gastaria 7,4 horas por dia de trabalho para prover todos os serviços preventivos recomendados para um painel de 2.500 pessoas (YARNALL *et*

al., 2003) e mais 10,6 horas diárias adicionais para prestar uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas desse painel (OSTBYE *et al*., 2005). Somente para elaborar um bom plano de cuidado um médico gastaria, em média, 6,9 minutos (BODENHEIMER, 2007). Além disso, há o que Wagner *et al*. (1996) denominaram de "tirania do urgente" em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas. Os médicos de família devem cuidar, em cada consulta de 3,05 problemas em média; mas isso varia de 3,88 problemas nas pessoas idosas a 4,6 problemas nos portadores de diabetes (BEASLEY *et al*., 2004). Como resultado disso tudo, menos de 50% dos cuidados baseados em evidência são realmente prestados (BODENHEIMER, 2008); 42% dos médicos de APS manifestam que não têm tempo suficiente para atender bem as pessoas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); os médicos devotam apenas 1,3 minuto em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de 9 minutos para essas atividades (WAITZKIN, 1984); três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos, o que implica a não adesão (O'BRIEN *et al*., 1992; MORRIS *et al*., 1997); e a atenção médica em consulta curta determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias (DUGDALE *et al*., 1999).

Além disso, outros estudos refletem o que tem sido denominado da regra dos 50% da relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Num estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse (ROTER e HALL, 1989); num outro estudo, em torno de 50% das pessoas usuárias solicitadas pelos médicos a manifestar o que entenderam de suas orientações mostraram uma compreensão equivocada (SCHILLINGER *et al*., 2003); e um terceiro estudo mostrou que 50% das pessoas usuárias atendidas nas consultas médicas não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos realizadas (SCHILLINGER *et al*., 2005).

Essas evidências demonstram, segundo Bodenheimer e Laing (2007), que a consulta médica de 15 minutos, como instituição central da atenção à saúde nos sistemas fragmentados, não funciona e deve ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional. A razão é que essa atenção centrada na consulta médica de curta duração não é capaz de prover os cuidados adequados às condições agudas e crônicas, de manejar as múltiplas condições de saúde de acordo com as evidências disponíveis e, por consequência, de promover as interações produtivas entre os médicos e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Como resolver esse problema sem prescindir da consulta médica que é indispensável nos atos médicos indelegáveis e no exercício da liderança dos médicos nas equipes de saúde?

Há duas estratégias alternativas. Uma primeira, conhecida como a estratégia do porteiro e informada por argumentos de senso comum, consiste em reduzir a população sob responsabilidade de cada médico. Ela encontra dois obstáculos insuperáveis: a baixa oferta de médicos, principalmente de APS, e os custos em que incorreria. A segunda, a solução mais viável e que poderia ser denominada de estratégia de complementação, implica a utilização de uma equipe de saúde multiprofissional interagindo com os médicos e retirando da responsabilidade da consulta médica curta várias tarefas que seriam desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais da equipe da APS (BODENHEIMER, 2008). Em outros termos, a solução de complementação não consiste em aumentar o tempo da consulta médica, mas agregar, a ele, tempo de atendimento por outras categorias profissionais que integram uma equipe multiprofissional de saúde. A consulta médica de 15 minutos persistirá, mas será requalificada num contexto de atenção multiprofissional.

A análise comparativa das práticas da APS na Inglaterra e nos Estados Unidos aponta para a viabilidade da solução de complementação. Há evidências que os tempos de atendimento mais longos na Inglaterra produziram melhores resultados em condições de saúde como diabetes, asma e doença coronariana (CAMPBELL *et al*., 2001; WILSON e CHILDS, 2002). Ainda que o tempo de atenção tenha sido maior na Inglaterra, os médicos ingleses despenderam menos tempo nas suas consultas (5 a 9 minutos) que os médicos americanos, mas há práticas complementares, realizadas especialmente por pessoal de enfermagem, em ações preventivas, em cuidados continuados das condições crônicas e na atenção domiciliar que justificam os bons resultados clínicos, mesmo com menor tempo da consulta médica (BODENHEIMER, 2007).

A equipe multiprofissional é constituída por um grupo de trabalhadores que se comunica regularmente entre si a respeito da atenção à saúde de um grupo de pessoas usuárias dos serviços de saúde e que participa da atenção integrada a essa população (STARFIELD, 2002). O objetivo da atenção multiprofissional é prestar o serviço certo, no lugar certo, no tempo certo e pelo profissional certo (CLEMENTS *et al*., 2007) que constitui a essência das RASs.

A distribuição das tarefas de uma equipe de saúde, na perspectiva de transitar de uma atenção uniprofissional centrada no médico para uma atenção multiprofissional, beneficia-se da correta composição das categorias de funções que podem ser distribuídas entre os médicos e os outros profissionais de saúde. Starfield (2002)

identifica três categorias de funções que devem ser objeto da distribuição na equipe de saúde: as funções suplementares que poderiam ser realizadas pelos médicos, mas de forma ineficiente, como aplicar injeções; as funções complementares que os médicos não dispõem nem de habilidades, nem de tempo para realizá-las, como o aconselhamento para as mudanças de comportamento e dos estilos de vida das pessoas usuárias; e as funções substitutivas que são realizadas normalmente pelos médicos, mas que podem ser delegadas a outros membros da equipe, como alguns procedimentos de tratamento padronizados. Outros autores consideram que a distribuição das funções nas equipes multiprofissionais faz-se através das estratégias de mix de competências que envolvem: o fortalecimento: a expansão das tarefas de um determinado profissional; a substituição: os papéis de um profissional são divididos com um outro; a delegação: as tarefas de um profissional são atribuídas a um outro; e a inovação: a instituição de novos profissionais (SIBBALD *et al*., 2004; BOURGEAULT *et al*., 2008; CARL-ARDY *et al*., 2008).

A capacidade potencial de uma equipe multiprofissional para melhorar os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde é sua habilidade para aumentar o número e a qualidade dos serviços disponíveis (WAGNER, 2000).

O trabalho multiprofissional distribui as tarefas entre os diferentes membros da equipe de saúde, segundo os fundamentos da atenção à saúde baseada na população (WAGNER, 1995). Isso significa cadastrar a população adscrita, registrá-la por condições de saúde e estratificar os portadores de condições de saúde por riscos, utilizando as ferramentas da gestão da clínica. As condições agudas serão classificadas por riscos e as pessoas usuárias deverão chegar aos médicos no tempo adequado, segundo os riscos, definidos por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, segundo o Sistema Manchester de classificação de risco). Pessoas usuárias que necessitam de cuidados preventivos, de ações de autocuidado, de educação em saúde e de aspectos padronizados de monitoramento ou tratamento poderão ser acolhidas por membros não médicos da equipe de saúde. Parte dos atendimentos será feita em sessões de grupos, com presença concomitante de vários profissionais, ao mesmo tempo. As pessoas usuárias portadoras de condições mais complexas, segundo a estratificação, utilizarão o maior tempo dos médicos.

Algumas práticas inovadoras de atenção multiprofissional têm sido propostas como o modelo de pequenas equipes com base na utilização de coaches de saúde, profissionais não médicos que cuidam das pré-consultas, do planejamento das agendas, da discussão de metas com as pessoas usuárias, da conciliação de medicamentos, da prescrição de cuidados de rotina, da pós-consulta e que participam, juntamente com o médico de suas consultas (BODENHEIMER e LAING, 2007).

O cuidado multiprofissional é bom para todos (BODENHEIMER e GRUMBACK, 2007). Para os médicos porque os retiram de tarefas que não solicitam as suas competências e diminui a sobrecarga da atenção sobre eles; para os outros profissionais de saúde da equipe multiprofissional porque os incluem no trabalho em time com distribuição de tarefas bem clara; e para as pessoas usuárias porque, bem informadas sobre o trabalho multiprofissional, obtêm uma atenção contínua, integrando as ações preventivas e curativas e incentivando o autocuidado. Há indícios de que as pessoas podem transferir a sua confiança no médico para toda a equipe multiprofissional (BODENHEIMER, 2008). As pessoas usuárias beneficiam-se, em ganhos de tempo e de conforto, em poder se relacionar, num mesmo dia, com diferentes profissionais, em atendimentos programados em sequência ou em grupos de profissionais.

A atenção multiprofissional não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, numa unidade de saúde, por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe. Alguns elementos são fundamentais no trabalho em equipe: estratégia de longo prazo, foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças que o trabalho em equipe exige.

O trabalho multiprofissional é mais que a soma das contribuições de diferentes profissionais, pois ele se beneficia de mais olhos e mais ouvidos, dos *insights* de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isso, tem sido considerado como um critério de qualidade da atenção à saúde (WAGNER, 2000). Os membros das equipes de saúde assumem funções e responsabilidades para exercerem tarefas compatíveis com suas capacidades profissionais e seus pontos fortes. A relação hierárquica no modo de trabalho convencional, com forte domínio médico, é substituída por relações horizontais, já que cada membro da equipe é valorizado por sua condição de prestador de serviços significativos e imprescindíveis para a melhoria da saúde dos portadores de condições crônicas. Numa verdadeira equipe há uma clara compreensão de todos que, ainda que as funções sejam diferenciadas, não haverá agregação de valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde se todos não participarem de forma integrada e cooperativa.

Há indicações de que o trabalho em equipe nos sistemas de saúde depende do grau em que elas são multiprofissionais e exercitam atitudes cooperativas entre seus membros (ANDREASON *et al*., 1995). Os modelos de equipes multiprofissionais

cooperativas mais efetivos incluem: uma definição compartilhada do problema; o suporte às pessoas usuárias; a focalização compartilhada em problemas específicos; a elaboração compartilhada dos planos de cuidados; a confiança e o respeito mútuos; o monitoramento das condições crônicas; e o acesso pronto aos médicos generalistas e especialistas (SINGH, 2005b). Para que o trabalho cooperativo se instale são imprescindíveis as seguintes características: metas claras com objetivos mensuráveis; sistemas clínicos e administrativos; clara divisão do trabalho; educação permanente de todos os profissionais; e processo de comunicação efetivo (GRUMBACH e BODENHEIMER, 2004; BARRETT *et al.*, 2007).

O conceito de equipe pode ser bem inovador em certas regiões onde se impõe a utilização das ferramentas da telessaúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) e podem ser constituídas equipes entre diferentes níveis de atenção de uma RAS que, em alguns casos, são essenciais para garantir uma atenção ótima (PRITCHARD e HUGHES, 1995).

A divisão das tarefas dos membros das equipes de saúde deve estar, em boa parte, definida nas diretrizes clínicas baseadas em evidências. Contudo, é necessário que haja um planejamento prévio para cada função-chave de atenção em que fiquem bem claros os papéis de cada membro da equipe. Para isso, sugere-se a utilização de uma folha de distribuição das tarefas nas equipes que deve ser construída, em conjunto, por todos os seus membros. Em geral, propõem-se as tarefas clínicas, mas podem ser planejadas, também, as tarefas logísticas.

Uma folha de distribuição de tarefas entre a equipe de saúde é proposta no Quadro 9 e tem em suas colunas os profissionais envolvidos e, nas linhas, a função dividida em tarefas.

Quadro 9: Distribuição da função e suas tarefas pela equipe de saúde

FUNÇÃO	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Px	Py	Pz
Tarefa 1							
Tarefa 2							
Tarefa 3							
Tarefa 4							
Tarefa n							

Fontes: Mendes (1973); Improving Chronic Illness Care (2008)

O quadro acima supõe uma equipe de APS que tenha como profissionais mínimos o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde e que, conforme a realidade de cada equipe pode agregar outros profissionais (Px a Pz) como farmacêutico, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Em cada célula deve ser descrito o que o profissional deve fazer em cada tarefa de uma função-chave.

A utilização do trabalho multiprofissional faz-se com a introdução de novas sistemáticas de atenção como o atendimento contínuo.

O atendimento contínuo indica-se para portadores de condições crônicas que são agendados, em grupos de mais ou menos 8 pessoas, para um mesmo horário, em geral, um turno de 4 horas. Essas pessoas usuárias são agendadas para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde, o que pode ser finalizado com uma sessão em grupo. Por exemplo, um portador de diabetes pode ter uma consulta com o médico de 9h00 a 9h15; com o enfermeiro de 9h15 a 9h30; com o farmacêutico de 9h30 a 9h45; com o nutricionista de 9h45 a 10h00; e uma sessão em grupo de 10h00 a 12h00. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, numa única manhã, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por uma equipe multiprofissional de saúde.

O atendimento contínuo indica-se para portadores de condições crônicas nas seguintes situações: prevenir ou minimizar complicações para pessoas com incapacidades importantes; gerenciar proativamente a atenção em subpopulações específicas; coordenar os serviços preventivos; monitorar as intervenções que têm sido feitas com base em evidências de sua efefetividade ou de padrões ótimos de atenção; e elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pela pessoa usuária. Os elementos de atenção incorporados no atendimento contínuo são os cuidados preventivos, os cuidados rotineiros de atenção, a gestão dos medicamentos, a avaliação periódica do estado de saúde, o apoio ao autocuidado, as mudanças de comportamento e de estilo de vida e a educação em saúde. Os objetivos a serem alcançados pelo atendimento contínuo são: melhorar os resultados sanitários, aumentar a satisfação das pessoas usuárias, monitorar a condição crônica, aumentar a satisfação da equipe de saúde e reduzir a utilização de serviços desnecessários (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001a). Por exemplo, os atendimentos contínuos de idosos frágeis devem ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, a redução dos riscos de queda e o monitoramento do autocuidado e do trabalho dos cuidadores e da família.

A implantação do atendimento contínuo exige um planejamento adequado da equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para as sessões em grupo. As equipes devem formar os grupos com base no exame dos prontuários clínicos e nos registros de pessoas usuárias por condições de saúde construídos por estratos de riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos previamente pela equipe de saúde. Os participantes devem ser indagados sobre seu interesse em participar e devem ser comunicados, previamente, da data, do local e dos horários. Suas presenças devem ser confirmadas no dia anterior ao atendimento contínuo. A equipe deve agendar os atendimentos individuais e a sessão em grupo.

Um bom planejamento do atendimento contínuo envolve uma distribuição muito clara das tarefas que cada membro da equipe multiprofissional deverá fazer naquele turno de trabalho com o grupo de pessoas definido, incluindo as tarefas logísticas feitas por pessoal administrativo.

Os atendimentos contínuos a um grupo devem repetir-se, pelo menos quatro vezes, em intervalos de três ou quatro meses (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001a).

Há metodologias que permitem avaliar a cooperação entre os membros de uma equipe de saúde. Uma delas, foi desenvolvida por D'Amour *et al*. (2008) e aplicada em serviços de atenção perinatal em quatro regiões de Quebec, Canadá, com os objetivos de validar indicadores do modelo de cooperação, avaliar a cooperação interprofissional e inter-organizacional e propor uma tipologia de cooperação.

O exame da literatura permite encontrar evidências dos papéis relevantes em relação ao controle das condições crônicas de enfermeiros (NAYLOR *et al*., 1999; VRIJHOEF *et al*., 2000; CONNOR *et al*., 2002; KAMPS *et al*., 2003; LITAKER *et al*., 2003; MURCHLE *et al*., 2003; NEW *et al*., 2003; STROMBERG *et al*., 2003; VRIJHOEF *et al*., 2003; HALCOMB *et al*., 2004; ROBLIN *et al*., 2004); de farmacêuticos clínicos (LINPTON *et al*., 1992; HANLON *et al*., 1996; BODGEN *et al*., 1998; GATTIS *et al*., 1999; LEAPE *et al*., 1999; BERO *et al*., 2000; BERNSTEN *et al*., 2001; DEPARTMENT OF HEALTH, 2002; BORENSTEIN *et al*., 2003; FINLEY *et al*., 2003; TAYLOR *et al*., 2003; BENEY *et al*., 2004); de agentes comunitários (no exterior: LORIG *et al*., 1993; WITMER *et al*., 1995; CORKERY *et al*., 1997; NAVARRO *et al*., 1998; LORIG *et al*., 1999; no SUS: MARTINS *et al*., 1996; SOLLA *et al*., 1996; GONZAGA e MÜLLER NETO, 2000; SILVA, 2001; SOUSA, 2001; CARVALHO, 2002; NUNES *et al*., 2002; LEVY *et al*., 2004; CHAVES, 2005; ESPÍNOLA e COSTA, 2006; FRAZÃO e MARQUES, 2006; LIMA *et al*., 2008; SOUSA, 2008); de equipes de saúde mental (SIMON *et al*., 2001; KATON *et al*., 2002; OPIE *et al*., 2002; SIMON *et al*., 2002; UNUTZER *et al*., 2002; GERSON e GERSON, 2003; KATON *et al*., 2004; ASARNOW *et al*., 2005); e em relação aos

assistentes sociais, alguns ensaios realizados não produziram evidências de melhores resultados sanitários (CHRISTIE e WEIGALL, 1984; NOLAN *et al*., 1987; WEINBERGER *et al*., 1993), mas, outros apresentaram resultados favoráveis (WEINGARTEN *et al*., 1985; BERNABEI *et al*., 1998; RIEGEL *et al*., 1999). Mesmo assim, Wagner (2000) afirma que os assistentes sociais devem ser considerados membros essenciais das equipes multiprofissionais de saúde em situações que afetam populações idosas em que a integração com os recursos comunitários é fundamental e em que os limites entre o campo da saúde e da assistência social são tênues. O mesmo raciocínio poderia ser utilizado para populações em situação de alta vulnerabilidade social.

Há uma tendência, suportada por evidências, de aumentar a participação dos enfermeiros na atenção às condições crônicas, em certas situações como a atenção especializada, a APS, o monitoramento de determinadas condições de saúde e a atenção domiciliar (WILLIAMS *et al*., 1994; BROWN e GRINES, 1995; GREINEDER *et al*., 1995; WEINBERGER *et al*., 1995; DOWSWELL *et al*., 1997; LEVY, 2000; RYDEN *et al*., 2000; VRIJHOEF *et al*., 2000; BLUE *et al*., 2001; DAVIES *et al*., 2001; PIORO *et al*., 2001; GRADWELL *et al*., 2002; HARRISON *et al*., 2002; HERMIZ *et al*., 2002; HORROCKS *et al*., 2002; LENZ *et al*, 2002; LIGHTBODY *et al*., 2002; FRICH, 2003; MURCHIE *et al*., 2003; VON REUTELN-KRUSE *et al*., 2003; GRIFFITHS *et al*, 2004; GUSTAFSSON *et al*., 2004; KAMPS *et al*., 2004; LAMBING *et al*., 2004; LEE, 2004; LENZ *et al*., 2004; MEJHERT *et al*., 2004; SMITH *et al*., 2004; TSUYUKI *et al*., 2004; DICKINSON *et al*., 2005; CARL-ARDY, 2008)

Há, também, evidências em relação ao impacto positivo do trabalho da equipe multiprofissional nas experiências das pessoas usuárias (KASPER *et al*., 2002;TAYLOR *et al*., 2005; BARRETT *et al*., 2007; ZWAR *et al*., 2007); no desenvolvimento profissional dos membros da equipes de saúde (BENEY *et al*., 2004; BARRETT *et al*., 2007); na qualidade da atenção e nos resultados sanitários (AHLMEN *et al*., 1988; DEBUSK *et al*., 1994; EVANS *et al*., 1995; JITAPUNKUL *et al*., 1995; WEINBERGER *et al*., 1995; SLAETS *et al*., 1997; VLIELAND *et al*., 1997; AUBERT *et al*., 1998; BODGEN *et al*., 1998; MODELL *et al*., 1998; SCHMIDT *et al*., 1998; GATTIS *et al*., 1999; GREINEDER *et al*., 1999; SOMMERS *et al*., 2000; WELLS *et al*., 2000; McDONALD *et al*., 2001; STEVENSON *et al*., 2001; CAPOMOLLA *et al*., 2002; KASPER *et al*., 2002; MITCHELL *et al*., 2002; OPLE *et al*., 2002; PRONOVOST *et al*., 2002; BUCCI *et al*., 2003; FRICH, 2003; KAMPS *et al*., 2003; TAYLOR *et al*., 2003; FLETCHER *et al*., 2004; LAURANT *et al*., 2004; LOZANO *et al*.2004; MEJHERT *et al*., 2004; STROKE UNIT TRIALISTS COLLABORATION, 2004; ZWARENSTEIN e BRIAN, 2004; PATTERSON, 2006; BARRETT *et al*., 2007; CARL-ARDY *et al*., 2008); na utilização dos recursos de saúde (WILLIAMS *et al*., 1987; RICH *et al*.,1993; RICH *et al*., 1995; SLAETS *et al*., 1997; TIMPKA *et al*., 1997; NAYLOR *et al*., 1999; RAUH *et al*., 1999; RIEGEL *et al*., 2000; AHMED, 2002; McDONALD *et al*., 2002; LEDWIDGE *et al*., 2003; LITAKER *et al*., 2003; CAPLAN *et*

al., 2004; SINGH, 2005a; BARRETT *et al*., 2007); e na satisfação dos prestadores de serviços (BYNG *et al*., 2004; SMITH *et al*., 2004; BARRETT *et al*, 2007).

Essas reflexões produzidas pela mudança da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional devem ser refletidas na singularidade do SUS.

Uma análise da APS praticada no SUS mostra um privilegiamento da atenção uniprofissional, fortemente centrada no médico, e realizada por meio de consultas de 15 minutos. Há, inclusive, um parâmetro muito difundido de programação de quatro consultas médicas por hora (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007b).

A introdução das equipes do PSF no SUS aliviou a carga de trabalho médico, introduzindo a consulta de enfermagem, mas numa perspectiva muito contaminada pela lógica da atenção médica de curta duração e que tende a medicalizar o trabalho da enfermagem. Faltam evidências robustas que permitam analisar, com profundidade, os resultados desse modelo de atenção em termos de resultados sanitários e no uso de recursos, mas pode-se supor, a partir das experiências internacionais, que os mesmos problemas constatados em países desenvolvidos devem estar acontecendo no SUS.

A proposta de introdução dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) na APS, ainda que possa ter resultados positivos no processo de educação permanente das equipes de saúde, é insuficiente para construir uma proposta consequente de atenção multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c). A razão é que os profissionais darão apoio longitudinal às equipes de PSF, mas não comporão, organicamente, as equipes, inclusive com capacidade de geração de vínculos com as pessoas usuárias do SUS. Isso fica claro na norma quando se propõe um NASF para 8 a 20 equipes de PSF. Sem considerar, as possibilidades de criação de mais um nível de referência nas RASs, o que, certamente, mesmo não estando na proposta oficial, é uma possibilidade de reinterpretação da norma na prática social concreta.

Há que se ter claro que uma equipe de saúde da família, fortemente centrada na atenção do médico e do enfermeiro, não dá conta de gerar resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas por todas as evidências produzidas pelos modelos de atenção a essas condições de saúde, em especial ao trabalho multiprofissional. É tempo de considerar a introdução, nessas equipes de PSF, como membros orgânicos e não somente como apoiadores, de outros profissionais como farmacêuticos clínicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas. A hipótese é de que esses novos profissionais poderão ser utilizados na proporção de 1 profissional para cada três equipes de PSF. Isso implicará maiores custos, mas

deverá incrementar a eficiência alocativa do SUS porque essa medida é fortemente custo efetiva.

Uma revisão sistemática sobre o trabalho multiprofissional nos sistemas de atenção à saúde não permitiu constatar evidência de um tipo de composição de equipe de saúde sobre outro, ainda que se tenha concluído que a introdução de enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental, farmacêuticos e agentes comunitários tenha sido uma maneira útil de expandir a força de trabalho para o controle das condições crônicas; além disso, verificou-se que não basta incrementar as competências das equipes preexistentes para obter melhores resultados sanitários (SINGH, 2005b). Isso deve ser considerado ao repensar as equipes de saúde do SUS, especialmente no PSF.

Sem essa expansão das equipes de PSF para enriquecer o trabalho multiprofissional – o que exigirá mais recursos para a APS – não se resolverão os problemas das condições crônicas. Esse é um movimento imprescindível a ser feito no SUS para a mudança do ciclo da atenção básica para o da APS.

ATENÇÃO MÉDICA ESPECIALIZADA E ATENÇÃO MÉDICA GENERALISTA

Uma quarta mudança importante para tornar produtivas as interações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde está focada nas relações entre os médicos especialistas e os médicos generalistas, aqueles mais afeitos à atenção secundária e terciária e, estes, à APS.

Há modelos distintos na experiência internacional. Um deles é o modelo americano, com hegemonia dos profissionais especializados, e com profissionais de APS que podem ser, além do médico de família, internistas generalistas, obstetras e pediatras. Outro, com variações, é o modelo dos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental e do Canadá, com o acesso ao especialista com algum tipo de constrangimento, e com base em médicos generalistas ou médicos de família que, em geral, funcionam como reguladores do acesso aos especialistas.

A existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de médicos. Isso é uma expressão temática das tendências organizacionais em geral, e do setor industrial em particular, em que se observou a necessidade da especialização para lidar com uma complexidade crescente, mas sob a supervisão e coordenação de gerentes generalistas quando essa complexidade é muito alta (MOORE, 1992).

Os médicos que praticam a APS devem tolerar a ambiguidade porque muitos problemas não podem ser codificados segundo uma nomenclatura padrão de diagnóstico; devem saber se relacionar com as pessoas usuárias sem a presença de uma anomalia biológica; e devem ser capazes de manejar vários problemas ao mesmo tempo, muitas vezes não relacionados com uma etiologia ou uma patogênese. O médico de APS é orientado para os problemas e formado para responder às manifestações mais frequentes desses problemas, num contexto de atenção centrada na pessoa e na família e com orientação comunitária. Ele deve ter competências para a solução de problemas não diferenciados, competências preventivas, competências terapêuticas e competências de gestão de recursos locais (McWHINNEY, 1989). Há um dito espanhol que afirma que "*O médico de família do Rei da Espanha sabe menos cardiologia que um cardiologista, mas é o que mais sabe sobre o Rei*" (GUSSO, 2005).

Diferentemente, os especialistas geralmente veem uma doença em estágios mais avançados ou após encaminhamento pelo generalista; como seu treinamento ocorre em pontos de atenção secundários e/ou terciários, operam com estágios mais diferenciados dos problemas e tendem a superestimar a probabilidade de ocorrência de enfermidades sérias na população (STARFIELD, 2002). Os especialistas, ao lidar com maior frequência com determinados problemas, podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade, em função da escala. Mas não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, que quando o cuidado é provido por médicos da APS. Estudos que comprovam a superioridade do cuidado oferecido por especialistas estão mais propensos a serem metodologicamente frágeis, particularmente em relação a falhas de ajuste para o mix de casos (STARFIELD, 2007).

Essas diferenças nos trabalhos dos generalistas e especialistas repercutem na sua formação. Os médicos generalistas, diferentemente dos especialistas, devem ser formados e educados em unidades de APS e por educadores com conhecimento e experiência nesse nível de atenção.

A utilização excessiva dos especialistas é responsável pela descoordenação da atenção à saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, 25% dos beneficiários do sistema Medicare apresentam cinco ou mais condições crônicas e, em consequência, cada um deles faz, em média, por ano, 13 consultas médicas a diferentes médicos que geram 50 prescrições (CHRISTENSEN *et al*., 2009).

Há evidências de que a introdução de médicos generalistas na APS produz bons resultados: uma maior proporção de médicos generalistas diminui as internações hospitalares; reduz o fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários; diminui a demanda por serviços de urgência e emergência; reduz os custos da atenção à saúde e produz bons resultados nos níveis de saúde da população (MOORE, 1992; SHI, 1994; JARMAN *et al*., 1999; VOGEL E ACKERMAN, 1998; GULLIFORD, 2002; GULLIFORD *et al*., 2004; CAMPBELL *et al*., 2003; SHI *et al*., 2004; SHI *et al*., 2005; STARFIELD, 2008; STARFIELD *et al*., 2008). Há, também, evidências de que o acesso regular à APS provida por generalistas em relação àquela prestada por especialistas leva à redução da mortalidade (FRANKS e FISCELLA, 1998; VILLALBI *et al*., 1999); à melhoria dos níveis de saúde (O'MALLEY *et al*., 2005); a um maior acesso a serviços preventivos (STARFIELD *et al*.2008); a um maior acesso a exames preventivos de câncer de colo de útero e a uma cobertura maior de vacinação anti-meningocócica (REGAN *et al*., 2003); à redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (PARCHMAN e CULLER, 1994); e a melhores resultados pós-cirúrgicos (ROOS, 1979). Uma revisão encontrou que em 19 de 20 estudos, a continuidade do cuidado é mais provável de ocorrer com os generalistas que com os especialistas e está associada com menores taxas de internação e de atenção em unidades de urgência e emergência e com redução dos custos totais da atenção à saúde (SAULTZ e LOCHNER, 2005).

Do ponto de vista econômico, os médicos de família, segundo estudo feito em 14 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), custam, em média, em remuneração do trabalho, 50% menos que os especialistas (FUJISAWA e LAFORTUNE, 2008). Nos Estados Unidos, em 2003, os médicos generalistas tiveram uma renda anual média de 157 mil dólares enquanto os especialistas receberam, em média, 296 mil dólares (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007). Há outros trabalhos que evidenciam os menores custos dos generalistas (GREENFIELD *et al*., 1992; WEIS e BLUSTEIN, 1996; DE MAESENEER *et al*., 2003; BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007). Nos Estados Unidos os custos da atenção à saúde são maiores em regiões com relações altas de especialistas em relação aos médicos generalistas (WELCH *et al*., 1993). Países com maior proporção de médicos de APS tendem a apresentar menores gastos sanitários *per capita* em relação aos países com maiores proporções de especialistas (STARFIELD, 2002).

A explicação dos maiores gastos com especialistas está na propensão desses médicos em aumentar o volume dos procedimentos realizados (MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMISSION, 2005). Mesmo quando o valor pago pelo procedimentos foi reduzido, tal como ocorreu no programa Medicare, nos Estados Unidos, os especialistas compensaram essa redução pelo incremento do volume de procedimentos (ROPER, 1988). No período de 1988 a 2002, enquanto o volume de procedimentos

feitos por médicos gneralistas, por beneficiário/ano, cresceu 2,6%, o volume de procedimentos ofertados por cardiologistas e dermatologistas aumentou 5,9%. Outros estudos mostraram que os especialistas aumentam sua produtividade fazendo mais procedimentos por hora de trabalho; ao contrário, dada a natureza e a pressão da agenda dos médicos de APS, não é possível aumentar a produtividade desses profissionais sem prejudicar a qualidade e diminuir a satisfação das pessoas usuárias. Pode-se concluir que há uma associação forte entre o aumento do volume e o aumento da renda dos especialistas, sugerindo que os aumentos em volume são mais significativos que os aumentos nos valores dos procedimentos para determinar o crescimento da renda dos médicos especialistas (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

Do ponto de vista de um outro objetivo dos sistemas de atenção à saúde, a equidade, constatou-se que médicos generalistas contribuem para a redução das iniquidades em saúde, o que não acontece com os especialistas (STARFIELD, 2006).

Os médicos de APS variam segundo países: nos Estados Unidos diferentes profissionais – internistas especializados, internistas generalistas, médicos de família, obstetras e pediatras – estão presentes na prestação de cuidados primários, mas na Europa Ocidental e no Canadá predominam os médicos de família e os generalistas.

Pesquisa feita nos Estados Unidos, comparando a APS por internistas e os médicos de família/generalistas mostrou que: os internistas gastaram mais tempo com as pessoas usuárias; pediram mais exames laboratoriais (73% das consultas contra 34% dos médicos de família/generalistas); solicitaram mais radiografias (53% das consultas contra 19% dos médicos de família/generalistas); por outro lado, os internistas tiveram maior probabilidade de oferecer orientações referentes a problemas de saúde (17,8% dos internistas contra 12,4% dos médicos de família/generalistas). Essa mesma pesquisa, comparando os pediatras e os médicos de família/generalistas, concluiu que os pediatras pediram mais exames laboratoriais, mas prescreveram menos medicamentos para certas categorias de doenças (NOREN *et al*., 1980). Outra pesquisa demonstrou que os pediatras realizaram mais testes diagnósticos, deram mais orientação para o crescimento e desenvolvimento e realizaram mais imunizações, enquanto os médicos de família orientaram mais sobre os problemas familiares, deram mais orientação sobre sexualidade e apresentaram maior probabilidade de oferecer uma variedade mais ampla de serviços, especialmente em cirurgias menores. Essa pesquisa comparou, também, o trabalho dos médicos de família e dos internistas generalistas, o que revelou que os internistas pediram duas vezes mais exames de sangue, radiografias torácicas e eletrocardiogramas, gastaram mais tempo com as pessoas, encaminharam mais a especialistas, internaram mais e o custo médio da consulta foi duas vezes maior para os internistas (FERRIS *et al*., 1998; STARFIELD,

2002). Um outro estudo comparativo de médicos de família e internistas generalistas indicou que as pessoas atendidas pelos médicos de família gastaram menos com medicamentos e fizeram menos consultas com dermatologistas e psiquiatras, mas se utilizaram mais de consultas de urgência e emergência; as taxas de hospitalização, de consultas ambulatoriais e os gastos com exames de laboratório e radiológicos foram iguais para os dois tipos de médicos (STARFIELD, 2002). Em termos de satisfação das pessoas usuárias, ela foi maior entre os que utilizaram os médicos de família em relação aos que utilizaram internistas generalistas ou pediatras (FARREL *et al*., 1982). Shi *et al*. (2003) verificaram que uma maior oferta de médicos de APS está associada com menores taxas de mortalidade, mas ao desagregar os tipos de médicos, constatou que essa redução se deu com os médicos de família, mas não com os internistas generalistas, nem com os pediatras.

No que diz respeito às proporções entre especialistas e generalistas, estudos realizados em áreas com presença maior de especialistas que de generalistas mostraram piores resultados: maiores taxas de consultas médicas desvinculadas das necessidades de saúde; os especialistas podem tratar exageradamente as pessoas de maneira superficial (ENGEL *et al*., 1989); e há maior frequência de exames complementares falso-positivos (STARFIELD, 2005). Os testes falso-positivos apresentam a probabilidade de levar a diagnósticos de doenças que não existem e, por consequência, a novos testes e a tratamentos desnecessários; a probabilidade da acurácia de resultados positivos dos testes diagnósticos varia com o lugar em que é feito: é de 1:50 na APS e de 1:3 na atenção especializada (STARFIELD, 2008); os médicos de APS estão em melhores condições de evitar erros de diagnóticos porque conhecem melhor os seus beneficiários e os acompanham longitudinalmente, por longos períodos de tempo (STARFIELD, 2008). Shi *et al*. (2003) mostraram que há uma associação entre maiores proporções de especialistas e taxa de mortalidade mais altas. Em geral, os especialistas solicitam mais exames complementares porque são treinados em pontos de atenção secundários e terciários em que as pessoas apresentam uma maior possibilidade de ter uma doença. Baicker e Chandra (2008), estudando o Medicare nos Estados Unidos, verificaram que as regiões com mais alta concentração de especialistas apresentaram gastos maiores em saúde e propiciaram uma atenção menos efetiva e de menor qualidade.

Tem sido sugerido que a excessiva utilização da atenção especializada em relação à APS nos Estados Unidos é uma das causas de o país, apesar de ter o maior gasto *per capita* em saúde no mundo, ocupar a 23ª posição em expectativa de vida ao nascer. Sabe-se, também, que quanto maior a oferta de especialistas maiores as taxas de consultas aos especialistas, provavelmente, em função do princípio da indução da demanda pela oferta. Além disso, sabe-se que a utilização dos especialistas fora de sua área de atuação principal produz resultados piores que os médicos generalistas.

Pode-se afirmar que os médicos de APS lidam tão bem quanto os especialistas no cuidado das doenças específicas mais comuns e têm melhor desempenho quando as medidas de qualidade são mais genéricas (STARFIELD, 2008).

Há estudos que comparam a atenção às gestantes prestada por obstetras e médicos de família. Um deles não encontrou diferença nos riscos biológicos para as gestantes, mas concluiu que aquelas cuidadas por médicos de família tiveram uma incidência significativamente menor de cesarianas, de uso de fórceps, de diagnósticos de desproporção céfalo-pélvica e de nascimentos prematuros (DEUTCHMAN *et al*., 1995). Um outro observou que as mulheres atendidas por médicos de família, em relação àquelas atendidas por obstetras, apresentaram menor probabilidade de receber anestesia peridural durante o trabalho de parto ou uma episiotomia e apresentaram taxas menores de cesarianas (HUETSON *et al*., 1995).

As proporções entre médicos generalistas e especialistas variam fortemente, mesmo em países que adotaram o generalista na APS: no Reino Unido: 60% de generalistas e 40% de especialistas; em Portugal: 30% de generalistas e 70% de especialistas; na Espanha, 37% de generalistas e 63% de especialistas; e nos Estados Unidos, 1/3 de generalistas e 2/3 de especialistas (GUSSO, 2005; STARFIELD, 2008). Com relação ao percentual de pessoas atendidas por especialistas há uma variação por países: 60% a 80% da população nos Estados Unidos, 31% da população em Ontário, Canadá; 30% da população na Espanha e 15% das pessoas abaixo de 65 anos no Reino Unido (STARFIELD, 2007).

A análise de todas essas evidências permitem supor que um bom sistema de atenção à saúde, estruturado na perspectiva das RASs, deve buscar uma otimização das relações entre os médicos especialistas e os médicos de APS, especialmente os médicos de família ou generalistas, mas com estes últimos exercitando as funções de *gatekeepers*.

Por essa razão, o elemento de suporte à decisão CCM tem como um de seus componentes essenciais, a integração entre a atenção especializada e a APS. Isso significa a necessidade da construção, numa RAS, de uma parceria produtiva entre os especialistas e os generalistas, para se garantirem os melhores resultados sanitários.

Há diferentes formas de integração entre os especialistas e os médicos de APS. O mais comum é por meio de uma relação próxima e pessoal entre esses profissionais, com trabalho clínico conjunto. Nesse caso, estabelece-se uma relação de parceria em que o especialista atua mais como interconsultor e, em geral, não captura, para si, a pessoa referida. Outro modelo é o de compartilhamento de atendimentos entre o especialista e o médico de APS (KATON *et al*., 1995). Um outro modelo estabelece

uma mediação entre o especialista e o médico de APS, por meio de um gestor de caso (FRIEDMAN *et al*., 1998). Um outro modelo consiste em visitas periódicas do especialista para atendimentos conjuntos com o médico de atenção primária à saúde (McCULLOCH *et al*., 1998). Para facilitar a comunicação entre os especialistas e os médicos de APS, algumas organizações sanitárias estão colocando, juntos, numa mesma instalação física, esses dois profissionais (PORTER e KELLOGG, 2008).

A relação de parceria entre os especialistas e os médicos de APS deve se assentar numa comunicação fluida. No modelo mais comum de referência e contrarreferência, o médico de APS deve consultar o especialista, especialmente, nas seguintes situações: dificuldade em fazer um diagnóstico, metas de tratamento não atingidas e tratamento muito especializado. O médico de APS deve definir bem por que razão está solicitando a consulta; fazer as perguntas que gostaria de ver respondidas pelo especialista; listar os procedimentos que está adotando, principalmente em relação aos medicamentos; relacionar os resultados que tem obtido; e dizer o que espera que o especialista faça. Por sua vez, no relatório de contrarreferência, o especialista deve dizer o que fez para a pessoa e que resultados obteve; responder às questões colocadas na referência pelo médico de APS; fazer recomendações para o tratamento e para o seguimento da pessoa na APS; e estabelecer quando e em que circunstâncias a pessoa deve voltar a ele (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Há evidências de que a integração entre especialistas e generalistas melhora a atenção à saúde pela redução do uso de recursos (McINNES *et al*., 1995; McCULLOCH *et al*., 1998; DOUGHTY *et al*., 2002; FEACHEM *et al*., 2002; KASPER *et al*., 2002; SIMON *et al*., 2002; HAM *et al*., 2003; REA *et al*., 2004; SINGH, 2005b; KELLOGG, 2007; PORTER, 2007); pela melhoria da qualidade de vida (McCULLOCH *et al*., 1998; DOUGHTY *et al*., 2002; KATON *et al*., 2002; UNUTZER *et al*., 2002;); pela obtenção de melhores resultados sanitários (HOSKINS *et al*., 1993; EASTWOOD e SHELDON, 1996; OSMAN *et al*., 1996; GRIFFIN, 1998; VARROUD-VIAL *et al*., 1999; WAGNER *et al*., 1999; DONOHOE *et al*., 2000; SIMON *et al*., 2001; KASPER *et al*., 2002; GILBODY *et al*., 2003; MAISLOS e WEISMAN, 2004; SINGH, 2005b; KELLOGG, 2007; PORTER, 2007); pela maior satisfação das pessoas usuárias (BYNG *et al*., 2004); e pela melhoria da comunicação (MOORMAN *et al*., 2001; MALCOLM *et al*., 2000; OVERHAGE *et al*., 2002; HYSLOP e ROBERTSON, 2004).

É oportuno que as reflexões sobre a integração dos especialistas e dos médicos de APS sejam trazidas para a realidade do SUS. Algumas críticas realizadas de forma desinformada e sem base em evidências, tentam impingir ao PSF a pecha de uma solução simplista e obsoleta, sacralizada ideológica e corporativamente, e que se expande politicamente, sem ter a sua estratégia radicalmente reformulada. E a reformulação radical proposta consiste em substituir o médico de família pela

presença permanente, nas unidades de APS, de pediatras, clínicos gerais e obstetras (Pinotti, 2008).

Como se viu anteriormente, não existem evidências de que o uso desses especialistas na APS produza melhores resultados sanitários que a utilização dos médicos de família. Além disso, essa alternativa seria inviável em função da restrição da oferta desses especialistas e pelo alto custo que essa proposta importaria.

Portanto, a solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família no PSF, formando-os melhor, focando a graduação na APS, expandindo as residências em medicina familiar e garantindo programas de educação permanente efetivos. Além de garantir salários dignos e relações de trabalho decentes que garantam um mínimo de segurança aos médicos que optam por dedicar-se a um novo modo de fazer medicina que lhes exige dedicação integral.

Haverá que se estreitarem as relações entre os especialistas e os médicos de família, para isso, é necessário implantarem-se as RASs e os modelos de atenção às condições crônicas, o que implicará a utilização das modernas tecnologias de gestão da clínica e de sistemas logísticos potentes.

ATENÇÃO PRESENCIAL E ATENÇÃO NÃO PRESENCIAL

Uma quinta mudança importante para tornar produtivas as interações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde consiste em buscar um equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais. Não se trata, aqui, de analisar as ferramentas da telessaúde, utilizadas num contexto mais amplo, mas de verificar as possibilidades de incremento de atendimentos não presenciais, feitos pelas equipes de saúde, no ambiente micro-organizacional, especialmente por meio de telefone ou de correio eletrônico.

A atenção à saúde é caracterizada, no Brasil e alhures, por uma centralidade na atenção presencial, face-a-face, com participação relativa muito frágil da atenção não presencial. Por isso, há uma tendência de utilização ótima desses dois tipos de atendimento, o que leva a um aumento relativo dos atendimentos não presenciais.

Trabalhos realizados em diferentes lugares mostram que os atendimentos não presenciais podem apresentar, em certas situações, especialmente no monitoramento dos portadores de condições crônicas, resultados tão bons quanto os do atendimento presencial. Estudos feitos no Reino Unido, comparando o monitoramento de 278 portadores de asma, por telefone, com o monitoramento presencial, face-a-face, mostrou que o monitoramento não presencial permitiu atingir maior número de pessoas, com

os mesmos resultados sanitários e com a mesma satisfação dos usuários (PINNOCK *et al*., 2003). Resultado semelhante foi obtido na Coréia por Kim e Oh (2003) no controle glicêmico de portadores de diabetes. Nos Estados Unidos demonstrou-se que os contatos telefônicos de médicos e enfermeiros foram tão efetivos quanto os atendimentos presenciais na promoção do autocuidado em portadores de diabetes (WHITLOCK *et al*., 2000) e mais efetivos no controle glicêmico e nos cuidados com os pés (PIETTE *et al*., 2001). A Kaiser Permanente tem utilizado crescentemente os atendimentos não presenciais, incentivando as consultas médicas por correio eletrônico. Os médicos têm 48 horas para contatar seus clientes e são pagos por essas consultas eletrônicas. Isso permitiu reduzir em 10% as consultas médicas presenciais naquela organização de saúde (PORTER e KELLOGG, 2008). Os atendimentos não presenciais, nessa organização, são parte de uma política de cuidado eletrônico (e--cuidado) que envolve, ademais, acesso *on-line* aos prontuários eletrônicos, acesso *on-line* aos resultados de exames, prescrições *on-line* de medicamentos de uso contínuo, seleção *on-line* dos médicos pelas pessoas usuárias, agendamento eletrônico dos atendimentos e acesso *on-line* de material educativo (PORTER, 2007).

Há evidências de que o atendimento não presencial produz bons resultados no controle das condições crônicas melhorando a qualidade da atenção (PIETTE *et al*., 1999; LUSIGNAN *et al*., 2001; LaFRAMBOISE *et al*., 2003); melhorando a qualidade de vida das pessoas usuárias (KRUGER *et al*., 2003); determinando ganhos no uso dos recursos (WASSON *et al*., 1992; BLERMANN *et al*., 2000; BENATAR *et al*., 2003); e impactando os resultados sanitários (HORAN *et al*., 1990; WEINBERGER *et al*., 1996; PIETTE, 2000; MONTANI *et al*., 2001; RIEGEL *et al*., 2002; OH *et al*., 2003; OSLIN *et al*., 2003; KWON *et al*., 2004; SINGH, 2005a; SHEA, 2006).

À semelhança do que vem acontecendo em outros países, dever-se-ia buscar, no SUS, uma composição adequada entre os atendimentos profissionais presenciais e não presenciais, com aumento relativo dos atendimentos por telefone e por correio eletrônico.

A melhoria rápida da telecomunicação no Brasil é um fator favorável. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2007 indicam que 77,7% dos lares brasileiros contam com aparelhos telefônicos, celulares ou fixos, o que corresponde a 43,14 milhões de lares (DAOUN, 2008). Em relação ao acesso à Internet a situação é menos confortável, com uma estimativa de 39 milhões de brasileiros usuários, mas com variações significativas em relação a regiões e renda das pessoas, o que traz implicações de iniquidade para um sistema público de saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Mas o crescimento do acesso domiciliar à Internet tem sido exponencial (JULIASZ, 2006). Dados de 2011 mostram que já há 51,8 milhões de pessoas com acesso à internet.

ATENÇÃO INDIVIDUAL E ATENÇÃO EM GRUPO

Uma sexta mudança importante para tornar produtivas as interações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde está na busca de uma relação adequada entre os atendimentos profissionais individuais e os atendimentos profissionais em grupos.

O atendimento em grupo tem sido adotado como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional, com forte centralidade na consulta médica de curta duração e de dar consequência a práticas multiprofissionais efetivas (MASLEY *et al*., 2000). O atendimento em grupo vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b).

Como o próprio nome indica, o atendimento em grupo não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provido, em geral, por um único profissional, mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes, contando com a participação de vários profissionais de uma equipe de saúde. Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de determinada condição crônica.

O atendimento em grupo foi desenvolvido inicialmente para grupos de idosos frágeis, com resultados muito positivos: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da APS; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; diminuição dos custos da atenção (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b). Posteriormente, foi adotado para outras condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica e fibromialgia (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

A implantação do atendimento em grupo supõe um planejamento bem feito pela equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para sua consecução, com os meios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos de grupo.

O planejamento deve ser minucioso, devendo envolver um tempo de, pelo menos, dois meses, antes de começarem os atendimentos. Esse planejamento prévio envolve a definição dos objetivos dos atendimentos de grupo que podem ser: aumentar a satisfação das pessoas usuárias e da equipe com a atenção à saúde, alcançar os padrões ótimos definidos nas diretrizes clínicas e implantar um sistema de monitoramento.

Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de 20 a 25 pessoas. É preciso considerar que, em média, 30% a 50% das pessoas são sensíveis a participar de atividades de grupo e, por isso, é aconselhável selecionar em torno de 50 pessoas. Os participantes devem, previamente, manifestar sua intenção de participar dos grupos. Esses grupos são formados a partir do exame dos registros por condições de saúde, segundo a estratificação dos riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos pela equipe de saúde. Deve haver uma clara definição das tarefas a serem desempenhadas por qualquer membro da equipe e a utilização uma folha de distribuição de responsabilidades, como a proposta no Quadro 9, pode ser interessante. Após a elaboração da lista de participantes, deve ser feita uma segunda verificação, mais fina, para excluir pessoas que não apresentam condições de participação nos atendimentos em grupo, como pessoas em processos nosológicos terminais, pessoas com sérios problemas de memória ou de audição, pessoas com diferenciações culturais, étnicas ou linguísticas profundas (podem ser organizados grupos específicos para essas pessoas), pessoas que viajam constantemente etc. Os participantes devem receber uma carta, por escrito, dizendo o local, a data e o horário dos atendimentos e a equipe deve agendar previamente esses atendimentos. Um contato de reforço, telefônico ou por correio eletrônico, deve ser feito nos dias imediatamente anteriores à atividade. Uma reunião preparatória da equipe de saúde deve ser feita antes da primeira sessão. As informações sobre cada participante do grupo são revistas e socializadas, bem como o papel de cada membro da equipe no atendimento. A adequação do local do atendimento, bem como os meios (impressos, flip charts, pincéis, folhas, estetocópio, aparelhos de pressão, tarjetas de identificação, computadores, televisão, vídeos etc.).

As principais normas de funcionamento do atendimento em grupo são: encorajar todos a participarem; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar se não entender o que está sendo discutido; tratar cada qual com respeito e compaixão; ouvir atentamente os outros; tratar como confidências as informações compartilhadas no grupo; ser objetivo para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo aprazado; e estar presente em todas as sessões planejadas.

O Boxe 15 descreve um atendimento em grupo.

Boxe 15: Uma sessão de atendimento em grupo

Um membro da equipe deve estar presente na sala antes que as pessoas cheguem para acolhê-las e ajudá-las a se identificarem, nas tarjetas, pelo nome que gostariam de ser chamadas. No horário acordado a equipe multiprofissional se dirige à sala. Um membro da equipe assume as funções de facilitador-líder, normalmente o médico, e abre a sessão. Esse facilitador-líder deve ter domínio de dinâmicas de grupo de forma a poder lidar bem com diferentes tipos de comportamentos em grupo. Ele dá as boas-vindas e conduz a apresentação breve de todos os membros da equipe de saúde, bem como dos participantes (15 minutos). Em seguida, fala sobre os objetivos do atendimento em grupo e abre espaço para questões dos participantes como: que querem fazer? que esperam desse trabalho em grupo? que gostariam de saber sobre sua condição de saúde? Depois fala sobre as normas do atendimento em grupo e indaga sobre as expectativas, inclusive de confidencialidade.

Depois facilita-se um tempo para interações e questões dos participantes. Essas questões são distribuídas pelo facilitador-líder aos demais membros da equipe para serem respondidas. Isso mostra para os participantes que a equipe trabalha conjuntamente. Os membros da equipe de saúde devem resistir à tentação de dar aulas, de dizer aos participantes o que eles acham que eles deveriam fazer em relação aos seus sintomas e aos seus tratamentos; essa atitude prescritora por parte dos profissionais de saúde mina as possibilidades de sucesso do atendimento em grupo. O papel de cada membro da equipe de saúde é somente facilitar a interação do grupo e criar um ambiente de confiança em que os participantes possam colocar abertamente suas expectativas, seus medos, suas angústias, suas esperanças e suas possibilidades de controlarem suas condições de saúde. Os profissionais de saúde não devem responder às questões, mas redirecioná-las ao grupo com questões do tipo: alguém aqui experimentou esse problema? o que funcionou para vocês? Isso aumenta a confiança dos participantes e sua habilidade de resolver, por si mesmos, seus problemas de saúde (30 minutos). Em seguida, faz-se um intervalo, mas durante esse tempo (15 minutos) o médico conversa individualmente com cada participante e pode refazer a receita de medicamento de uso continuado e o enfermeiro toma os sinais vitais, cada qual começando de um lado. Em caso de presença de outros profissionais eles devem ter um momento com aqueles participantes que desejarem; por exemplo, o farmacêutico pode verificar a conciliação dos medicamentos e o nutricionista fazer uma avaliação da alimentação. Os membros da equipe devem perguntar aos participantes se desejam consultas individuais após o atendimento em grupo. Caso positivo, devem agendá-las.

Há um intervalo em que deve ser oferecido um café ou compartilhados alimentos trazidos pelos participantes.

Na volta, retoma-se a sessão, para um momento de questões abertas sobre a saúde dos partipantes ou sobre a dinâmica do grupo, a serem feitas e consideradas por todos os membros da equipe de saúde. Esse momento pode ser estimulado pelo facilitador-líder, a partir de um fato relevante como, por exemplo, um novo tratamento que apareceu na imprensa naqueles dias (15 minutos). Após esse período de interações, inicia-se uma discussão sobre o que se pretende debater no próximo atendimento em grupo, geralmente, um mês após essa primeira sessão. Há uma tendência das equipes de saúde de definirem tecnicamente essa agenda. Mas sabe-se que deixar emergir dos participantes essa agenda de discussão contribui para fortalecer os vínculos entre os participantes e para que os grupos desenvolvam um sentimento de autoconfiança. Por fim, fecha-se a sessão, com um posicionamento claro e forte por parte do facilitador-líder, com agradecimento e com a marcação do local e da data do próximo encontro (15 minutos).

Seguem-se os atendimentos individuais que foram agendados no início da sessão (30 minutos) e termina-se com um tempo livre a ser utilizado pela equipe de saúde segundo a evolução da sessão (30 minutos). Assim, uma sessão de grupo típica tem uma duração média de 2 horas e 30 minutos.

Fontes: Scott e Robertson (1996); Beck *et al*. (1997); Masley *et al*. (1997); Terry (1997); Scott *et al*. (1998); Noffsinger (1999a); Noffsinger (1999b); Noffisinger (1999c); Sadur *et al*. (1999); Thompson (2000); Group Health Cooperative (2001b); Improving Chronic Illness Care (2008).

O atendimento em grupo oferece uma alternativa nova e mais satisfatória às equipes multiprofissionais de saúde para interagir com as pessoas usuárias que torna a atenção à saúde mais eficiente, que melhora o acesso aos serviços e que utiliza processos de grupos para motivar mudanças de comportamentos e melhorar os resultados sanitários. As pessoas que participam do atendimento coletivo relatam que elas se conhecem melhor; ficam sabendo que não são as únicas a apresentar uma determinada condição de saúde; se relacionam com pessoas como elas; adquirem novos conhecimentos; têm oportunidade de levantar questões livremente; e que gostam da companhia dos demais componentes do grupo (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b).

Há evidências de que o atendimento em grupo tem impacto na qualidade da atenção à saúde (NOFFSINGER, 1999b; SADUR *et al*., 1999; WAGNER, 2000; CLANCY *et al*., 2003); na satisfação dos usuários (COLEMAN *et al*., 1999; NOFFSINGER, 1999a; CLANCY *et al*., 2003; SCOTT *et al*., 2004; SINGH, 2005a); no melhor uso dos recursos (BECK *et al*., 1997; NOFFSINGER, 1999b; COLEMAN *et al*., 2001; SINGH, 2005a); e na melhoria da qualidade de vida (SCOTT *et al*., 2004).

O SUS tem acumulado uma experiência relevante na utilização de trabalhos de grupos na atenção à saúde, principalmente em relação aos grupos operativos (PEIXOTO, 1996; TEIXEIRA, 1997; ABDUCH, 1999; PEREIRA e LIMA, 2002; TEIXEIRA, 2002; TORRES *et al*., 2003; FORTUNA *et al*., 2005; SILVEIRA e RIBEIRO, 2005; DIAS e CASTRO, 2006) e esse esforço deve ser acentuado. Por outro lado, há que se ressaltar que o atendimento em grupo é diferente dos grupos operativos, seja na sua dinâmica, seja nos seus objetivos.

O incremento relativo dos atendimentos em grupo deve ter uma expressão na infraestrutura física das unidades de saúde, especialmente nas unidades de APS, com o deslocamento do espaço hegemônico, do ponto de vista material e simbólico, do consultório médico para a sala de atividades de grupos. A arquitetura das unidades de saúde deve incorporar essas mudanças propondo salas amplas, amigáveis para os usuários dos serviços, com os meios necessários (acesso a Internet, aparelhos multimídia, televisão etc.) que tornem viáveis sessões de grupos produtivas. Um bom exemplo são os espaços-saúde das unidades de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Ademais, essas salas podem ser utilizadas para outras atividades de saúde, como as atividades educacionais de profissionais e de pessoas usuárias, e abertas para atividades comunitárias, especialmente nos fins de semana.

ATENÇÃO PROFISSIONAL E ATENÇÃO POR LEIGOS

Uma sétima mudança importante para tornar produtivas as interações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde consiste em desenvolver atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições.

O uso de pessoas leigas para lidar com as condições crônicas tem sido crescentemente reconhecido (CORKERY *et al.*, 1997; BARLOW *et al.*, 2005). Em alguns países tem sido oficialmente estimuladas, como no Reino Unido, onde se estruturou o Programa de Pacientes Expertos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001) que se assenta no intercâmbio e transferência dos conhecimentos e habilidades de uma pessoa usuária para outras, em como lidar com as condições crônicas. E surgiu como uma alternativa de ofertar, no Serviço Nacional de Saúde, o autocuidado apoiado.

O programa de pessoas usuárias expertas emergiu em função de observações de alguns médicos de que algumas pessoas conheciam melhor sua condição de saúde que eles e que as pessoas usuárias detêm conhecimento maior com relação a: experiência com a condição crônica; as circunstâncias sociais em que essa condição se dá; e as atitudes frente aos riscos, aos valores e às preferências individuais (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001). Esse programa evoluiu, em algumas situações, para trabalhos de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, coordenados por pares, ou seja, por pessoas usuárias com vivência daquela condição.

A pessoa usuária experta é selecionada entre um grupo de portadores da mesma condição crônica e vai atuar como facilitadora em sessões de grupo com os demais portadores da mesma condição. Na seleção, feita pela equipe de saúde, através de entrevista e observação, adotam-se critérios como empatia, interesse em ajudar, motivação, habilidade de comunicação, interesse no trabalho voluntário e capacidade de autocuidado. O critério fundamental é que esses facilitadores tenham experimentado os problemas da condição de saúde e, portanto, estejam legitimados para interagir com outras pessoas que estão passando pelos mesmos problemas.

A pessoa usuária experta passa por uma formação para capacitá-la como facilitadora de grupos, realizada pela equipe de saúde. Os grupos são formados por portadores de uma mesma condição de saúde, em número de 10 a 15 pessoas. Algum membro da equipe de saúde pode estar presente no grupo, mas somente como observador.

Bodenheimer e Grumbach (2007) afirmam que quando um grupo interage com o problema, apresentado por um portador de uma condição similar, pode se bene-

ficiar tanto ou mais quanto a intervenção de um médico ou de outro profissional de saúde. Nesses grupos, as interações humanas são exponencialmente multiplicadas, beneficiando a atenção à saúde.

Há evidências de que esses programas de pessoas usuárias expertas produzem resultados positivos para a saúde de portadores de condições crônicas nas seguintes situações: na melhoria do acesso à atenção (SWIDER, 2002; SINGH, 2005a); nos resultados sanitários (CHERNOFF *et al*., 2002; FU *et al*., 2003; LOZANO *et al*., 2004); na adesão ao autocuidado (RIEGEL e CARLSON, 2004; JOVELL *et al*., 2006; MESTRE *et al*., 2008); e no uso de recursos de saúde (FU *et al*., 2003; LOZANO *et al*., 2004; SINGH *et al*., 2005a). Por isso, esses programas têm sido introduzidos nas políticas oficiais de sistemas públicos de atenção à saúde como o do Ministério da Saúde do Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; EXPERT PATIENTS PROGRAMMES, 2008) e no sistema público de atenção à saúde da Catalunha, Espanha (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007).

A introdução de programas semelhantes aos das pessoas usuárias expertas, por meio de reuniões de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, facilitados por pares, deveria ser incentivada no SUS, especialmente na APS.

O Boxe 16 a seguir relata a experiência do Programa Paciente Experto, na Catalunha, Espanha.

Boxe 16: O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha

O Programa Paciente Experto tem os seguintes objetivos: conseguir a adesão das pessoas usuárias; conhecer o grau de satisfação dessas pessoas; melhorar a qualidade de vida percebida por essas pessoas; melhorar o conhecimento das pessoas usuárias sobre a condição crônica; melhorar o grau de autocuidado para poder adquirir um manejo correto da condição crônica; melhorar a adesão às terapêuticas; diminuir o número de consultas médicas e de enfermagem; e diminuir as internações hospitalares e os atendimentos de urgência e emergência.

O programa consta de nove sessões de 1 hora e 30 minutos que se distribuem num período de dois meses e meio. O número de participantes está limitado a dez, com a finalidade de garantir uma comunicação fluida e efetiva entre os participantes. Uma pessoa usuária é escolhida em função de sua experiência e da sua vivência em relação à condição crônica e atua como facilitadora do grupo. Para tal, passa por uma formação em dinâmica de grupos pela equipe de saúde. Algum membro da equipe de saúde pode participar, mas exclusivamente como observador, sem interferir na dinâmica do grupo.

Boxe 16: O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha

A avaliação do processo faz-se em duas fases. A primeira, após cada sessão; e a segunda, seis a 12 meses após o final dos trabalhos. Ambas avaliações buscam avaliar aspectos qualitativos e quantitativos, valorizando-se, de um lado, os conhecimentos adquiridos, as mudanças de comportamentos e de estilos de vida, o grau de autocuidado e a satisfação dos participantes e, de outro, a utilização dos serviços de APS, dos serviços de urgência e emergência e das internações hospitalares.

A avaliação feita em dez grupos de pessoas usuárias da APS, em Barcelona, portadores de insuficiência cardíaca, num total de 78 participantes, mostrou que, ao final do programa, 20,1% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 9,2% adquiriram novos conhecimentos; seis meses depois, 25% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 13,2% melhoraram seus conhecimentos sobre a enfermidade. Além disso, os resultados qualitativos demonstraram um alto grau de satisfação dos participantes com o programa.

Fonte: Mestre *et al*., 2008.

Além da atenção por pessoas usuárias expertas, têm aparecido modelos inovadores de redes facilitadoras para a atenção à saúde. São grupos de pessoas portadoras de uma determinada condição que se congregam para conhecer e trocar informações com "pessoas como eu". Isso lhes torna possível comparar a evolução de suas condições de saúde, o progresso no tratamento e comunicar e aprender uns com os outros. O caso mais conhecido é dos Alcoólicos Anônimos, mas há outras experiências. A Revolution Health está construindo uma rede de pessoas com condições crônicas, assentada num amplo banco de dados (CHRISTENSEN *et al*., 2009); a Restless Legs Syndrome Foundation (2008) ajuda os portadores da síndrome das pernas inquietas a conhecer os últimos tratamentos e munir-se de informações para melhor orientar os profissionais de saúde; o *website dLife* disponibiliza informações e um fórum nos quais os portadores de diabetes se ensinam como lidar melhor com o diabetes (FOR YOUR DIABETES LIFE, 2008); e na Espanha o Forumclínic difunde informação sanitária aos profissionais de saúde e pessoas portadoras de condições crônicas e comunica, entre si, essas pessoas, criando comunidades virtuais (BADIA *et al*., 2009).

ATENÇÃO PROFISSIONAL E O AUTOCUIDADO APOIADO

Por fim, mas não menos importante, uma oitava mudança necessária para tornar produtivas as interações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde consiste em introduzir, além do cuidado profissional, o autocuidado apoiado. Isso significa que há que se aumentarem as intervenções de autocuidado apoiado nas RASs porque os sistemas fragmentados de atenção à saúde são excessivamente focados na atenção profissional.

É o que se sinaliza na Figura 12, com a linha transversal que vai desde o nível de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso. O que estiver acima dessa

linha deve ser, principalmente, motivo da atenção profissional; o que estiver abaixo dessa linha, deve ser, especialmente, manejado com intervenções de autocuidado apoiado.

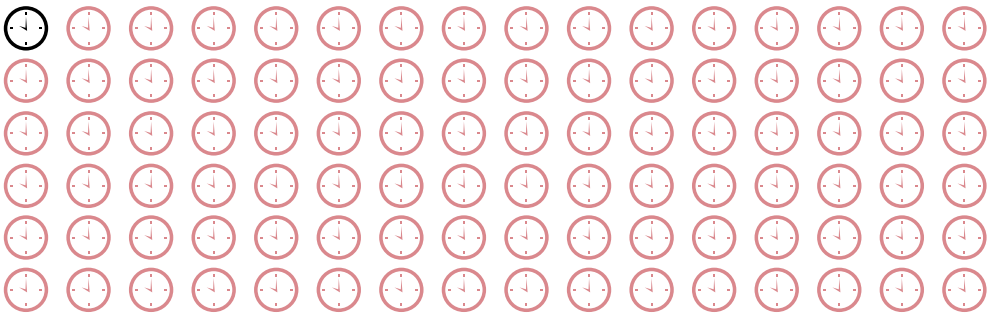
Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde. Há evidências de que 65 a 80% dos portadores de condições crônicas, os de menores riscos, podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada no cuidado profissional direto, especialmente médico. Em geral, essas pessoas interagem com as equipes multiprofissionais de atenção primária à saúde, com forte ênfase em apoiar as pessoas a se autocuidarem e a consulta médica não necessita de passar de uma por ano (SINGH, 2005b; PORTER e KELLOGG, 2008).

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b). É como afirma, com razão, um ex-diretor do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, a respeito dos portadores de condições crônicas: "*Quando você deixa a clínica, você tem ainda uma condição crônica. Quando o enfermeiro deixa a sua casa, você tem ainda uma condição crônica. No meio da noite, você luta sozinho contra a dor. No fim de semana você lida com a condição crônica sem a ajuda de um profissional de saúde. Viver com uma condição crônica é muito mais que receber atenção médica ou de um profissional*" (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a).

Há estudos que mostram que o cuidado profissional nos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Por exemplo, na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes apresenta uma média anual de 3 horas de atenção por profissionais de saúde, num total de 8.760 horas que compõem o ano (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a; COLIN-THOME, 2008). Tomando-se o maior valor, o de 3 horas, cada portador de diabetes relaciona-se diretamente com um profissional de saúde menos de um milésimo do total de horas de um ano. Em todo o tempo restante, as 8.757 horas no ano, essa pessoa convive com seu diabetes, sem ajuda profissional.

Isso é representado por Ham (2007a), na Figura 15 abaixo, sendo o primeiro relógio, em negrito, o tempo do cuidado profissional, e os demais, o total de horas em que o portador convive com sua condição num ano, sem ajuda profissional.

Figura 15: Tempo do cuidado profissional na vida de um portador de condição crônica



Fonte: Ham (2007a)

Christensen *et al*. (2009) criaram, para analisar o enfrentamento das doenças crônicas, uma matriz pelo cruzamento, em dois eixos, de duas variáveis: a motivação para aderir à melhor terapia conhecida que varia de fraca (consequências são tardias) a forte (consequências são imediatas); e o grau em que é necessária a mudança do comportamento da pessoa portadora da doença que varia de mínimo a máximo. O eixo vertical mede a motivação dos portadores de doenças crônicas em evitar as complicações ou sintomas de sua doença mediante a adesão à terapia. Essa motivação é despertada pela intensidade e pela urgência com que essas pessoas sentem as complicações. As pessoas com motivação fraca tendem a adiar a adesão às mudanças, por exemplo, nos casos de obesidade ou sobrepeso, em que as consequências são de longo prazo. A mudança alimentar sempre fica para a próxima semana. Ao contrário, pessoas portadoras de dores lombares tendem a ter uma motivação forte porque se não aderir ao tratamento as dores são imediatas e fortes. O eixo horizontal mede o grau de importância da mudança comportamental. Isso varia de uma posição polar em que o único que se pede ao portador da doença crônica é que tome pílulas (grau mínimo de necessidade de mudança de comportamento), mas há outras doenças, como o diabetes, denominadas doenças dependentes do comportamento, que exigem das pessoas um grau máximo de mudanças que envolvem perda de peso, exercício físico, alimentação saudável e vigilância contínua dos sintomas, além de tomar regularmente medicamentos. As ações de autocuidado apoiado, ainda que sejam necessárias para todas as condições crônicas, aplicam-se, com maior força, às pessoas portadoras de condições com maiores graus de necessidade de mudança comportamental.

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de

metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde (MORRISON, 2007).

A expressão autocuidado apoiado manifesta que a opção pelo autocuidado não quer significar passar o problema da condição crônica para a responsabilidade exclusiva dos seus portadores. Para que o autocuidado se dê com efetividade, o portador da condição crônica deve ter o apoio de família, dos amigos, das organizações comunitárias e, muito especialmente, da equipe multiprofissional de saúde.

Os apoiadores mais próximos são a família, os cuidadores e os amigos. Depois, os recursos comunitários como a igreja, a escola, o clube, a associação de portadores de condições crônicas, a biblioteca, as redes de suporte social na Internet etc. E, certamente, a equipe de saúde, principalmente os profissionais da APS.

Parte significativa das intervenções de autocuidado apoiado está baseada em uma ou mais teorias do comportamento humano (RIJKEN *et al*., 2008). Essas teorias foram mencionadas anteriormente, na discussão sobre as intervenções de prevenção das condições de saúde.

As intervenções para apoiar as pessoas para melhorar sua saúde e gerenciar sua condição de saúde requerem um conjunto de estratégias que variam com o nível de conhecimento, as crenças sobre a condição de saúde, as atitudes frente às mudanças, o grau de importância, o nível de confiança, a robustez das redes de suporte social e o nível de motivação.

Há um conceito importante no autocuidado apoiado que é de autoeficácia que expressa o grau de confiança de uma pessoa em mudar comportamentos para chegar aos objetivos desejados: se as pessoas pensam que podem fazer algo, elas provavelmente as farão; se as pessoas pensam que não podem fazer algo, elas provavelmente não as farão. Há evidência de que a autoeficácia associa-se com comportamentos saudáveis (MARKS *et al*., 2005).

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b; LORIG *et al*., 2006; BODENHEIMER, 2007).

A educação para o autocuidado é realizada, em geral, pelas equipes de saúde ou por pares, e objetiva que as pessoas conheçam mais profundamente suas condições crônicas de saúde para gerenciá-las melhor. Em relação às pessoas leigas como facilitadores da educação para o autocuidado, viu-se, anteriormente, que elas funcionam muito bem. Mas pesquisas indicaram que vários profissionais obtiveram, também, bons resultados como facilitadores de atividades educativas de autocuidado, como os enfermeiros de APS (HORNER, 1998; LeFORT, 2000; RICHARDS *et al*., 2003); as equipes multiprofissionais da APS (MESTERS *et al*., 1994; TSCHOPP *et al*., 2002); os farmacêuticos (STEINWEG *et al*., 1998); os educadores em saúde (SIMINERIO *et al*., 2005); e as equipes multiprofissionais hospitalares (LIKITMASKUL *et al*., 2002; BOURBEAU *et al*., 2003).

Outros estudos mostraram que as ações educativas providas por profissionais de saúde e por pessoas portadoras de condições crônicas são, ambas, efetivas, e quando comparadas entre si não indicam diferenças nos resultados obtidos (LORIG *et al*., 1986; LORIG *et al*., 2001; BARLOW *et al*., 2002; SWIDER, 2002; FU *et al*., 2003; LORIG *et al*., 2003). É interessante salientar que os facilitadores-pares apresentaram melhoras nas suas condições crônicas após as atividades educativas em que atuaram como facilitadores (HAINSWORTH e BARLOW, 2001; STRUTHERS *et al*., 2003; BARLOW *et al*., 2005).

Têm sido ofertados, também, cursos para preparar cuidadores dos portadores de condições crônicas e esses cuidadores relatam, ao final dos cursos, que eles adquirem maior motivação e confiança (SINGH, 2005b). Esse programas objetivam preparar os cuidadores para exercitarem habilidades em expressarem empatia, reforçarem as escolhas do portador de condição crônica e ajudarem na solução dos problemas.

As atividades educacionais para o autocuidado podem ser dirigidas a pessoas com uma mesma condição crônica ou a portadores de diferentes condições crônicas. No Reino Unido são mais comuns as atividades dirigidas a portadores de diferentes condições crônicas. Esses cursos duram, normalmente, seis semanas, em sessões de duas horas e meia, com grupos de oito a 16 participantes. Os tópicos desenvolvidos englobam como quebrar o ciclo dos sintomas, alimentação, exercícios, comunicações, manejo da dor e medicação (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001).

O Boxe 17 abaixo descreve o curso para o autocuidado desenvolvido, na Inglaterra, para portadores de artrite.

Boxe 17: Curso para o autocuidado da artrite

O curso objetiva capacitar pessoas adultas para gerenciarem suas vidas de forma mais efetiva e para se autocuidarem.

O curso desenvolve-se em seis sessões educacionais de duas horas e meia, com os seguintes conteúdos: os mitos a respeito da artrite; as técnicas de relaxamento; os programas de exercícios; a comunicação com a equipe de saúde; e o que as pessoas podem fazer para si mesmas em relação à artrite.

O curso envolve diferentes atividades educacionais como sessões de discussão, de tempestade cerebral e de breves exposições pelos facilitadores. Essas atividades são conduzidas por dois facilitadores.

Os participantes recebem materiais educacionais escritos, em tapes ou em videotapes.

Ao final de cada sessão, os participantes devem elaborar um plano de autocuidado semanal.

Fonte: Singh (2005b)

Essas atividades educacionais para o autocuidado das condições crônicas foram desenvolvidas, inicialmente, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos (STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008), mas se disseminaram pelo mundo. Há evidências de que essas atividades educacionais para o autocuidado são efetivas em diferentes países: na Austrália (OSBORNE *et al*., 2007); no Canadá (LeFORT, 2000; BOURBEAU *et al*., 2003); na China (LORIG *et al*., 1999; SINGH, 2005a); na Espanha (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007; MESTRE, 2008); nos Estados Unidos (SHAMES *et al*., 2004; STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER,2008); em Hong Kong (CHOY *et al*., 1999); na Índia (GHOSH *et al*., 1998); na Noruega (GALLEFOSS, 2004); na Nova Zelândia (WRIGHT *et al*., 2003); no Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; SCHIEL *et al*., 2004); e em Taiwan (CHIANG *et al*., 2004).

Há, também, evidências de que as atividades educacionais para o autocuidado produzem resultados favoráveis para os portadores de condições crônicas, em termos da melhoria da qualidade de vida e das experiências da pessoas usuárias (BROUGH *et al*., 1982; MESTERS *et al*., 1994; BARLOW *et al*., 1998; LORIG *et al*., 1999; BARLOW *et al*., 2001; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; BARLOW *et al*., 2002; CHIANG *et al*., 2004; SCHIEL *et al*., 2004; SHAMES *et al*., 2004; COULTER e ELLINS, 2006; MESTRE *et al*., 2008); da qualidade da atenção à saúde (BODENHEIMER *et al*., 2002; RILEY *et al*., 2001; MESTRE *et al*., 2008); dos resultados sanitários (MAYO *et al*., 1990; LORIG e HOLMAN, 1993; GHOSH *et al*., 1998; CHOY *et al*., 1999; CLARK *et al*., 2000; GROESSL e CRONAN, 2000; LeFORT, 2000; LORIG *et al*., 2001; BODENHEIMER *et al*, 2002; NORRIS *et al*., 2002; GUEVARA *et al*., 2003; KRISHNA *et al*., 2003; LORIG *et al*., 2003; WARSI *et al*., 2003; WHEELER *et al*., 2003; WOLF *et al*., 2003; LORIG *et al*., 2004; WARSI *et al*., 2004; CHODOSH *et al*., 2005; DAVIDSON, 2005; DAVIS

et al., 2006; LORIG *et al*., 2006; GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007; OSBORNE *et al*., 2007; COULTER *et al*., 2008; PARTNERSHIP FOR PREVENTION, 2008; STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008); e do uso dos recursos (FRIES *et al*., 1997; CHARLTON *et al*., 1990; LORIG *et al*., 1993; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; ROBINSON *et al*. 2001; OSMAN *et al*., 2002; BOURBEAU *et al*., 2003; KENNEDY *et al*., 2003; GALLEFOSS, 2004; SINGH, 2005a; KENNEDY *et al*., 2007; STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008).

Para a elaboração conjunta, pela equipe de saúde e pessoa usuária, do plano de autocuidado tem sido proposta uma metodologia dos 5 As (em inglês, assess, advise, agree, assist e arrange).

A avaliação (assesment) consiste no entendimento das crenças, dos conhecimentos e dos comportamentos das pessoas usuárias em duas áreas: sanitária e motivacional. Na área sanitária há que se entender o problema da pessoa: que condição crônica tem, a severidade dessa condição, a capacidade de autocuidar-se e o que ela sabe sobre essa condição de saúde. O componente emocional envolve a compreensão do desejo de mudar os comportamentos de saúde e a identificação das barreiras para atingir esse objetivo. Aqui, as teorias psicológicas e comportamentais como o modelo dos estágios de mudança e a entrevista motivacional, são ferramentas que têm sido utilizadas.

O aconselhamento (advice) consiste na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e de treinamento de habilidades. Informações ajudam as pessoas a valorizar a importância de mudar seus comportamentos e a aumentar a motivação. Clement (1995) demonstrou que 76% dos portadores de diabetes tipo 2 não tinham informações adequadas sobre essa condição de saúde. Além disso, muitos portadores de diabetes aprendem a checar a glicemia, mas não compreendem o significado dos números obtidos na medida. Perguntar às pessoas, especialmente aos adultos, antes de informar, o que elas desejam saber é fundamental para se iniciar um processo de ensino-aprendizagem eficaz, vez que adultos só aprendem o que lhes é significativo. É importante, também, fechar o ciclo de informação, perguntando às pessoas se elas entenderam o que foi informado, já que metade delas não consegue compreender as informações passadas pela equipe de saúde. Há evidência de que esse fechamento do ciclo melhora a compreensão das pessoas usuárias e os resultados na atenção aos portadores de diabetes (SCHILINGER *et al*., 2003).

A concordância (agree) consiste na elaboração conjunta do plano de autocuidado baseado nas prioridades, convicções e confiança para mudar as pessoas. De nada adiantam as estratégias tradicionais de dizer para as pessoas que elas devem parar

de fumar ou devem andar 30 minutos por dia. Há que se mudar isso por meio de uma relação colaborativa entre os profissionais de saúde e as pessoas.

A assistência (assist) consiste na identificação das barreiras pessoais, das estratégias, das tecnologias de solução de problemas e dos apoios social e ambiental para o autocuidado. Há evidência de que a assistência, adequadamente realizada, associa-se com melhoria do controle glicêmico em portadores de diabetes (VAN DAM *et al*, 2003) e em controle da pressão arterial em portadores de hipertensão (BOULWARE *et al*., 2001)

O monitoramento (arrange) consiste na elaboração e execução conjunta de um sistema de monitoramento. O autocuidado apoiado não é uma atividade de curto prazo; ao contrário, exige um acompanhamento regular e sistemático por muito tempo. O monitoramento pode ser feito de várias formas, dependendo das condições objetivas do sistema de atenção à saúde e das preferências das pessoas: visitas regulares aos serviços, telefone, correio eletrônico, grupos de pares ou recursos comunitários. Há evidências de que o monitoramento regular melhora os índices glicêmicos dos portadores de diabetes (GRIFFIN e KINMONTH, 2000; NORRIS *et al*., 2002) e melhora o controle da hipertensão (FAHEY *et al*., 2005).

Um fator central do autocuidado apoiado está na elaboração de um plano de ação, conjuntamente, pela equipe de saúde e pelos portadores de condições crônicas. Uma forma de elaborar esse plano é através de entrevistas motivacionais (MORRISON, 2007).

Os objetivos do plano de autocuidado são: identificar as mudanças que devem ser realizadas; descrever o que, onde, quando, quanto e com que frequência as mudanças ocorrerão; identificar e listar as barreiras a essas mudanças e identificar e listar as estratégias de superação dessas barreiras; avaliar o grau de confiança das pessoas em cumprir as metas; e documentar e monitorar essas metas.

A forma como as pessoas se colocam frente a uma condição crônica varia de uma atitude ativa e de convivência com suas restrições ou de forma mais reativa ou de redução de sua sociabilidade, muitas vezes colocando sua condição de saúde como o centro de sua vida. A diferença entre essas posturas diante da ocorrência de uma condição crônica não é determinada pela condição em si, mas pela forma como as pessoas decidem manejá-la. A expressão decisão é central nas condições crônicas porque o autocuidado constitui, sempre, uma decisão entre ajudar-se ou não fazer nada.

A decisão pelo autocuidado implica uma pessoa: decidir sobre as metas que deseja atingir; construir alternativas para atingir essa metas; elaborar um plano de autocuidado para chegar a essas metas; implantar o plano de ação; monitorar os resultados; fazer mudanças quando necessárias; e celebrar as metas realizadas. O apoio de equipe de saúde ou de familiares e amigos pode ajudar na construção do plano de ação. Decidir o que fazer pode ser a parte mais difícil e exige realismo e especificidade por parte do autocuidador. Para atingir as metas é fundamental elaborar alternativas e, para isso, é preciso elaborar uma lista delas e escolher as mais viáveis. A elaboração do plano de cuidado deve ser feita a partir de planos de ação de curto prazo, por exemplo, planos semanais. Ele deve conter ações específicas que podem ser realistamente cumpridas no tempo definido. As ações do plano devem corresponder ao que as pessoas desejam e podem fazer de forma sistemática. As ações devem estar referidas a comportamentos específicos; portanto, não se vai planejar relaxar naquela semana, mas ouvir todos os dias os *tapes* de relaxamento; ou, não se vai planejar perder um quilo, mas eliminar a comida depois do jantar.

O plano de ação deve conter o que fazer, onde fazer, quanto fazer, quando fazer e com que frequência. Por exemplo, o quê: caminhar; onde: no quarteirão; quanto; quinze minutos por dia; quando, no início da manhã; e com que frequência, todos os dias. É fundamental que o plano de ação contenha o grau de confiança da pessoa em cumpri-lo. Para isso, a pessoa deve fazer-se a seguinte questão: numa escala de 0 a 10, sendo 0 totalmente não confiante e 10 totalmente confiante, quão certo está de que cumprirá aquele plano de ação. Um escore de 7 ou mais significa que o plano é realista e deverá ser cumprido. Se o resultado for inferior a 7 o plano deve ser refeito com metas menos ambiciosas. O plano deve ser escrito e colocado num lugar visível para ser consultado todos os dias.

No final de cada semana o plano deve ser revisto. Isso permite adequar o plano às possibilidades reais da pessoa. Para isso, devem-se utilizar métodos de solução de problemas: identificar o problema, listar as alternativas para solucioná-lo, escolher as alternativas mais viáveis, monitorar os resultados e, em algumas circunstâncias, aceitar a ideia de que o problema não pode ser solucionado nesse momento. Por fim, a pessoa deve celebrar seus sucessos, o que pode ser feito por autoincentivos que são coisas agradáveis ou pequenos presentes que se autopropiciam após atingir as metas (LORIG *et al*., 2006).

O estabelecimento de metas e a concordância das pessoas em definir as atividades para alcançá-las é um fator importante para se chegar a bons resultados no manejo das condições crônicas (HANDLEY *et al*., 2006) e tem-se verificado que se associa com melhores padrões de alimentação (AMMERMAN *et al*., 2002) e de exercícios físicos (SHILTS *et al*., 2004). A Associação Americana de Cardiologia e a Associação

Americana de Diabetes recomendam a definição de metas como um componente da redução dos riscos cardiovasculares (BODENHEIMER, 2007).

O Boxe 18 apresenta um formulário para elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado.

Boxe 18: Um exemplo de plano de autocuidado apoiado

Nome

Data

1. Meta: O quê? Onde? Quanto? Quando? Com que frequência?

Exemplo: Essa semana irei caminhar na Praça JK, durante 30 minutos, após o café da manhã, todos os dias.

2. As principais barreiras para alcançar essa meta são:

3. As ações que posso fazer para superar essas barreiras são:

4. Meu grau de confiança em alcançar a meta é (de 0, totalmente sem confiança, a 10, totalmente confiante

5. Monitoramento

DIA	*CHECKLIST*	COMENTÁRIOS
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Fonte: Adaptado de Lorig *et al*. (2006)

São importantes, no autocuidado apoiado, as redes de apoio social. Estudo realizado em 2.240 mulheres da Universidade Estadual do Rio de Janeiro com relação ao autoexame das mamas, considerado um marcador do autocuidado em mulheres, verificou que a chance de realizar o autoexame mais frequente foi duas vezes maior entre as mulheres com maior apoio social, quando comparadas com as que contavam com menor apoio (ANDRADE *et al*., 2005).

As condições crônicas, especialmente, as doenças crônicas, vêm acompanhadas de sintomas. Em geral, não podem ser percebidos por outras pessoas e são difíceis de serem descritos, em sua singularidade, mesmo pelos profissionais de saúde. Os principais sintomas são fadiga, estresse, dificuldade de respiração, dor, raiva, depressão e problemas de sono que interagem entre si e se retroalimentam.

Esses sintomas, contudo, manifestam-se de forma muito especial em cada portador de condição crônica. Por isso, o autocuidado apoiado deve envolver a capacidade das pessoas de gerenciarem os seus sintomas. Isso é feito por meio de métodos de solução de problemas, como se viu no plano de ação do autocuidado. Primeiro, é fundamental identificar o sintoma que se sente. Depois, é preciso tentar determinar a causa do sintoma em cada momento em que se manifesta e isso não é fácil porque os sintomas das condições crônicas são numerosos, complexos e inter-relacionados. Por exemplo, a fadiga pode ser causada por uma condição crônica, por inatividade física, por alimentação inadequada, por descanso insuficiente, por problemas emocionais (estresse, ansiedade, medo e depressão) e por certos medicamentos. Um meio para alcançar esse passo é escrever um diário sobre como se manifestam os sintomas. Uma vez identificada a causa é mais fácil usar técnicas de manejo do sintoma. Por exemplo, no caso estresse podem ser utilizadas, rotineiramente, diferentes técnicas de relaxamento muscular e de meditação (LORIG *et al*., 2006).

O autocuidado apoiado envolverá, algumas vezes, a provisão de recursos materiais para que seja implantado. É o caso de medicamentos e equipamentos de saúde. Mas o mais significativo consiste na mobilização dos recursos comunitários que existem nos clubes, nas igrejas, nas escolas, nas associações de portadores de condições crônicas e em outros movimentos sociais.

Há evidências de que o autocuidado apoiado apresenta resultados favoráveis no controle das condições crônicas.

A Organização Mundial da Saúde (2003) afirma categoricamente, em documento sobre os cuidados para as condições crônicas: "*Há evidências substanciais, em mais de 400 estudos sobre autocuidado, de que os programas que proporcionam aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes que apresentam condições crônicas estão associados a melhores resultados*".

Há evidências de que o autocuidado apoiado permite obter consequências positivas nos resultados sanitários (LORIG e HOLMAN, 1993; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; RENDERS *et al*., 2001; NORRIS *et al*., 2002; GUEVARA *et al*., 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 2003; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2003; WARSI *et al*., 2003; WARSI *et al*., 2004; COULTER *et al*., 2008); na qualidade de vida

(DEPARTMENT OF HEALTH, 2001); na satisfação das pessoas usuárias (BARLOW *et al*., 2000; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; BARLOW *et al*., 2002); na qualidade da atenção (BROWN, 1990; BARLOW *et al*., 1998; BARLOW *et al*., 2001; MONNINKHOF *et al*., 2003); e no uso dos recursos (LORIG *et al*., 1989; CHARLTON *et al*., 1990; LORIG *et al*., 1993; FRIES *et al*., 1997; COLE, 1998; BARLOW *et al*., 1999; BARLOW *et al*., 2001; OSMAN *et al*., 2002; INSTITUTE OF MEDICINE, 2003; KENNEDY *et al*., 2003; SHEARER *et al*., 2004; FOSTER *et al*., 2007).

O Boxe 19 descreve sucintamente um dos manuais mais conhecidos e utilizados sobre o autocuidado apoiado, produzido pela Universidade de Stanford nos Estados Unidos.

Boxe 19: Vivendo uma vida saudável com condições crônicas: um manual de desenvolvimento do autocuidado apoiado

A proposta de desenvolvimento do autocuidado apoiado, exposta em um livro para utilização pelos portadores de condições crônicas, foi elaborada a partir do estudo de autocuidado nas condições crônicas da Universidade de Stanford, Califórnia, Estados Unidos.

O objetivo do manual é possibilitar aos portadores de condições crônicas viver uma vida saudável, com autonomia e prazer pela vida, com base em ações de autocuidado.

O autocuidado é definido pelo seguinte raciocínio lógico: a condição crônica tem longa duração ou é permanente; as pessoas convivem, em geral, com a condição todo o tempo de sua vida; os profissinais de saúde cuidam do portador de condição crônica por poucas horas no ano; logo, é impossível manejar bem a condição crônica sem o autocuidado apoiado.

O autocuidado apoiado implica o conhecimento das causas da condição crônica, do que pode ser feito e de como a condição ou as intervenções clínicas afetam a vida das pessoas. O autocuidado apoiado não significa que os portadores de condição crônica devam assumir, exclusivamente, a responsabilidade por sua saúde, mas que conheçam a sua condição e co-participem da elaboração e do monitoramento do plano de cuidado, juntamente com a equipe de saúde, numa relação colaborativa.

Uma característica do autocuidado é a necessidade e a busca de apoio. Por isso, fala-se de autocuidado apoiado. O apoio pode vir da equipe de saúde, da família, dos amigos e/ou da comunidade. Recursos importantes para o autocuidado apoiado são organizações comunitárias como as associações de portadores de condições crônicas específicas, grupos religiosos da comunidade, comunidades virtuais, organizações sociais e o acesso a informações, especialmente na Internet.

As condições crônicas apresentam sintomas que necessitam de ser manejados no autocuidado. Os sintomas mais comuns são: a fadiga, o estresse, as dificuldades respiratórias, as dores, os desconfortos físicos, as raivas, as depressões e os distúrbios do sono.

As ações de autocuidado apoiado relativas às condições crônicas e aos seus sintomas envolvem: as técnicas de relaxamento e meditação; os exercícios físicos regulares; o desenvolvimento da flexibilidade por meio de alongamentos; a comunicação com outras pessoas e com a equipe de saúde; a busca de uma sexualidade positiva; o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis; a capacidade de lidar com a questão da morte; e o autocuidado em relação aos medicamentos.

Boxe 19: Vivendo uma vida saudável com condições crônicas: um manual de desenvolvimento do autocuidado apoiado

Alguns capítulos do livro são dedicados a condições crônicas singulares como as doenças respiratórias crônicas, a hipertensão e as doenças cardiovasculares, as artrites e o diabetes.

Fonte: Lorig *et al*. (2006)

As considerações feitas sobre o autocuidado apoiado devem ser refletidas em relação ao SUS. Em geral, esse tema, tão importante no cuidado das condições crônicas de saúde, não tem sido tratado teoricamente com a prioridade que merece, nem incorporado, rotineiramente, na prática social do SUS.

A atenção à saúde no SUS é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado médico e, suplementarmente, do enfermeiro. Isso sobrecarrega a agenda desses profissionais e torna o sistema ineficiente porque os médicos e enfermeiros são sobredemandados por pessoas usuárias com riscos menores – 65% a 80% delas – que poderiam estar com uma atenção focada no autocuidado apoiado, com melhores resultados e com um uso mais eficiente dos recursos escassos.

É absolutamente fundamental que o autocuidado apoiado seja colocado em discussão e que seja introduzido nos modelos de atenção à saúde do SUS. Não há como enfrentar uma situação de saúde em que ¾ da carga de doença é constituída por condições crônicas sem implantar um modelo de atenção às condições crônicas e, nele, esse componente tão fundamental para a efetividade e a eficiência dos sistemas de atenção à saúde que é o autocuidado apoiado.

A adoção do autocuidado apoiado, como indicam as evidências produzidas em muitos países, determinará melhorias na qualidade da atenção e nos resultados sanitários e econômicos do SUS.

A GESTÃO DA CLÍNICA

As considerações sobre a gestão da clínica são feitas em relação aos seus fundamentos, às suas origens, ao seu conceito e aos tipos de tecnologias mais utilizadas.

OS FUNDAMENTOS DA GESTÃO DA CLÍNICA: A SINGULARIDADE DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde apresentam algumas características que o singularizam em relação a outros sistemas sociais complexos. Essas características singulares foram agrupadas por Mendes (2002b) em características gerais, existência de

riscos catastróficos, suscetibilidade aos valores societais, singularidade econômica, singularidade do objeto, singularidade tecnológica e singularidade organizacional. A manifestação dessas singularidades na prática social desses sistemas faz-se através de leis e princípios universais que os governam.

Os sistemas de atenção à saúde, inscrevem-se no campo das ciências biológicas, em geral, e no campo da medicina, em particular. Portanto, lidam, muitas vezes, com fenômenos biológicos cujas incertezas estão sempre presentes. Ainda que haja esforços recentes para diminuir essas incertezas, não é possível operar com certeza absoluta nas intervenções sanitárias (FERRAZ, 2008).

O desvendamento dessas singularidades dos sistemas de atenção à saúde e das leis e princípios universais que os regem está na base de um movimento que caracteriza a gestão da saúde no início do século XXI e que se manifesta pelo deslocamento da gestão de meios para a gestão de fins e, por consequência, do desenvolvimento e implementação da gestão da clínica. Assim, os modelos de atenção às condições crônicas além de convocarem uma nova clínica, exigem uma nova gestão, a gestão da clínica.

As singularidades mais expressivas são as econômicas e as organizacionais e os princípios e leis que, em parte, delas derivam.

A SINGULARIDADE ECONÔMICA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A natureza econômica singular dos serviços de saúde foi identificada a partir do trabalho seminal de Arrow (1963).

A primeira diferença fundamental está na imprevisibilidade das doenças, o que gera incerteza e transforma informação e conhecimento em mercadorias. A informação, sob a forma de cuidados especializados, é o que é adquirido dos profissionais de saúde. O caráter fugidio da informação como mercadoria sugere que ela se afasta de forma considerável das premissas usuais acerca de sua comercialização.

A demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, ao contrário da demanda por outros bens porque está associada a um ataque à integridade pessoal. Assim, a doença não constitui, apenas, um risco, mas está associada a um custo, expresso pela diminuição ou perda de capacidade de trabalho.

Os serviços de saúde constituem atividades em que o produto e a atividade de produção são idênticos. Nesses casos, a mercadoria adquirida não pode ser testada pelo consumidor antes de comprá-la e isso introduz um elemento de confiança entre

prestador e consumidor. O comportamento dos profissionais de saúde é supostamente governado por uma preocupação com o bem-estar do consumidor, o que não é um comportamento esperado do vendedor de outros produtos.

A orientação para a coletividade distingue os serviços de saúde de outros negócios em que o autointeresse ou a motivação individual egoísta dos participantes é a norma aceita.

Há outras diferenças entre os serviços de saúde e outros negócios: a propaganda e a competição por preços são praticamente inexistentes; os cuidados prescritos pelos profissionais de saúde seriam supostamente destituídos de autointeresse; os cuidados deveriam ser orientados pelas necessidades das pessoas e não limitados por considerações financeiras.

A alocação de recursos nos sistemas de atenção à saúde sofre uma grande influência de compulsões éticas. Há enorme incerteza em relação ao produto. A recuperação de uma doença é tão imprevisível quanto sua incidência.

Há uma forte assimetria de informação entre os profissionais de saúde e as pessoas que demandam seus cuidados e as duas partes são conscientes dessa assimetria. Essa assimetria de informação, conjuntamente com a urgência de alguns serviços de saúde, está na base de um fenômeno especial desses serviços: a indução da demanda pela oferta.

A elasticidade da demanda induzida não está, rigorosamente, estabelecida, mas o governo dos Estados Unidos fixou um valor de 0,5 para efeitos de planejamento. Para países em desenvolvimento, essa elasticidade é muito mais alta que nos países desenvolvidos, dada a fragilidade regulatória neles vigente. A ação discricionária dos profissionais de saúde, nesses países, decorrente da quase inexistência de aplicação dos instrumentos de gestão da clínica, eleva a elasticidade da demanda induzida a 1,0. Em síntese, a elasticidade da demanda induzida é comparativamente maior que a elasticidade preço da demanda (HSIAO, 2000).

A possibilidade dos profissionais de saúde de induzirem a demanda está associada ao fato de que esses profissionais vão receber mais dinheiro ao oferecer mais serviços. Mas pode ocorrer que os profissionais de saúde podem não receber incentivos financeiros para prestar mais serviços, mesmo quando eles têm a capacidade de fazê-lo (RICE, 1998). É, por isso, que se colocam, como alternativos, os sistemas de pagamento que facilitam a indução da demanda pela oferta, como o pagamento por unidade de serviço ou por procedimentos, e os sistemas que a dificultam, como o pagamento por capitação ou por orçamento global.

O fenômeno da indução da demanda pela oferta é um dos elementos que tornam as medidas de racionalização da oferta – pagamento por capitação, revisão de uso, avaliação tecnológica em saúde, orçamentos globais etc. – superiores àquelas de racionalização da demanda, no controle dos custos dos sistemas de atenção à saúde (RICE, 1998).

Os problemas informacionais na economia dos serviços de saúde podem gerar relações imperfeitas de agência, quando examinados no ângulo da teoria principal-agente. Os profissionais de saúde podem agir como agentes, simultaneamente, das pessoas e das organizações de saúde. A teoria econômica adverte que há problemas na relação principal-agente quando o agente é levado a perseguir seus objetivos próprios em detrimento do principal. Em certo sentido, esses problemas podem ser aliviados criando incentivos apropriados para os agentes e monitorando e sancionando os seus comportamentos. Contudo, os problemas tornam-se particularmente agudos quando há múltiplos principais para um único agente, colocando esses agentes em diferentes direções (MILLS *et al*., 2001). Por exemplo, um médico num hospital pode ser visto como um agente para a pessoa a que atende, tentando prestar o melhor cuidado possível, ou como um agente para o administrador hospitalar que pode ter um objetivo, como o controle de custos, incompatível com as necessidades da pessoa usuária do hospital.

Quanto à oferta, a entrada não é livre, o que restringe o suposto da completa mobilização dos fatores de produção. Os custos da educação nas profissões de saúde é alto e há necessidade de certificação para o exercício profissional e, além disso, de educação permanente.

A determinação de preços não é a usual da teoria econômica. Há uma extensiva discriminação de preço de acordo com a renda, com o extremo de custo zero para pessoas indigentes ou para usuários de sistemas públicos. A competição por preços não é muito encontradiça.

Há a presença da indivisibilidade. Na teoria econômica existe indivisibilidade quando um bem ou serviço, ao ser oferecido, serve, da mesma forma, a um ou a inúmeros consumidores. Os serviços de saúde constituem indivisibilidades muito importantes.

Os seguros contra os riscos sanitários apresentam sérios problemas na sua prática social, decorrentes, principalmente, do fato de que o seguro é um contrato em que um terceiro, o segurador, assume os riscos e concorda em pagar pelos serviços de saúde prestados ao usuário. Os problemas mais importantes, encontrados nos seguros de saúde, são o dano moral (*moral hazard*), a seleção adversa e a seleção de riscos.

O dano moral significa que as pessoas tendem a sobreutilizar os serviços de saúde por estarem cobertas por um seguro. Como observa Pauly (1968), no clássico trabalho a respeito, isso não resulta de um desvio moral, mas de um comportamento racional do consumidor. Teoricamente, o dano moral pode apresentar dois grandes problemas. O primeiro é que as pessoas, além de tenderem a consumir mais serviços, podem, também, sobreutilizar os serviços mais caros em relação à sua efetividade, levando a baixos ganhos por unidade monetária invertida. O segundo, pode haver um incentivo para que as pessoas descuidem das atividades promocionais e preventivas porque não incorrerão em custos de tratamento, se ficarem doentes.

Há quem indique que o dano moral pode determinar, nos seguros públicos universais de saúde, uma perda de recursos decorrente da sobreutilização de serviços de custo zero, denominadas de perda do sistema de bem-estar. Essa posição decorre de análises realizadas sobre o clássico experimento realizado pela Rand Corporation, nos Estados Unidos, que permitiram a Feldman e Dowd (1991) quantificarem essas perdas. Para controlá-las, podem ser introduzidas estratégias de co-pagamento para desestimular a demanda excessiva (PHELPS, 1995). Rice (1998) contrapôs-se fortemente a esse posicionamento das perdas do sistema de bem-estar, tanto no aspecto metodológico quanto político. Do ponto de vista metodológico, questiona a generalização dos dados a partir da amostra do estudo. Do ponto de vista das políticas de saúde, ratifica as constatações de Starr (1994) de que as distorções do sistema de atenção à saúde são determinadas por incentivos que expandem, incontrolavelmente, as práticas médicas, determinando uma sobreoferta dos serviços. Isso gera consequências perversas como a oferta de serviços desnecessários.

A seleção adversa dá-se, predominantemente, pela ação racional das pessoas usuárias de seguros saúde e expressa a possibilidade de que o segurado tenha custos médios maiores que a seguradora pode pagar. Isso ocorre porque a quantidade de cobertura que uma pessoa adquire depende do autoconhecimento de sua saúde e de seus riscos. Nessas condições, as pessoas mais jovens e mais saudáveis tenderão a não adquirir o seguro por considerarem seus riscos menores do que aqueles implícitos no prêmio a pagar. Por outro lado, os consumidores de mais alto risco terão maior interesse em participar do seguro. A seleção adversa pode levar a que pessoas idosas e portadoras de patologias crônicas tendam a pagar prêmios muito altos que os impossibilite de participar do seguro saúde (PEREIRA, 1995).

Com a finalidade de se protegerem da combinação de baixos prêmios e custos potenciais elevados, os seguradores utilizam-se da seleção de riscos (*cream skimming*). Aumentam seus custos administrativos para refinar os mecanismos de controle e criam barreiras para a filiação de pessoas de maior risco ou portadoras de patologias de alto custo e/ou desenvolvem mecanismos para a desfiliação dessas pessoas. A

seleção de riscos é facilitada pela extrema concentração da severidade e dos custos das doenças num número relativamente pequeno de pessoas. Os seguradores, não raro, dividem os segurados em grupos, por critérios de riscos, e cobram prêmios diferenciados que gravam, fortemente, os de maior risco. E, muitas vezes, a competição entre seguradores se dá mais pela capacidade de selecionar riscos que por qualidade e preço dos serviços prestados (ENTHOVEN, 1988).

A presença de danos morais e seleção adversa, do lado dos segurados, e da seleção de riscos, do lado dos seguradores, cria uma contradição quase insuperável que torna os seguros de saúde de difícil regulação.

Certos serviços de saúde constituem bens públicos, ou seja, o consumo por uma pessoa não reduz a quantidade disponível para os outros consumirem; são, tipicamente, bens em relação aos quais nenhum consumidor pode ser excluído: se são disponíveis para alguém, devem ser disponíveis para todos, no mínimo, local e temporariamente. Se os bens públicos devem estar disponíveis, eles devem ser financiados pelo Estado ou por alternativas não mercadológicas (MUSGROVE, 1996).

Os serviços de saúde são carregados de externalidades, entendidas como efeitos de um agente econômico que gera benefícios ou prejuízos a outros agentes e que não é contabilizada na formação de preços. Nesses casos, o consumidor pode adquirir uma intervenção e beneficiar-se dela, mas não pode impedir não consumidores de, também, retirar, dela, algum benefício (MUSGROVE, 1996). Um exemplo é o controle de tuberculose. Uma pessoa ao tratar-se melhora individualmente, mas, também, impede que a sua doença infecte outras pessoas. Por outro lado, os custos econômicos e sociais do tratamento e o fato de que os sintomas desaparecem precocemente, pode levar ao abandono do tratamento com consequências para o doente e para outras pessoas.

Os mercados de produtos farmacêuticos e de equipamentos biomédicos estão protegidos pela legislação de patentes. Na prática, essa legislação gera monopólios de medicamentos e de tecnologias por um número considerável de anos, o que perturba a competitividade e a eficiência desses mercados.

Em seu conjunto, essas características econômicas dos serviços de saúde levam à configuração de um mercado imperfeito, gerando as falhas de mercado. Essas falhas, na teoria econômica, representam um desequilíbrio entre o que o mercado oferta e o que consumidores racionais, plenamente informados, deveriam demandar. As falhas de mercado levam a um desbalanceamento entre as necessidades das pessoas e a oferta ou a demanda por serviços de saúde (MUSGROVE,1996) e significam a ausência de pré-requisitos para o funcionamento de um mercado competitivo. A

existência das falhas de mercado nos sistemas de serviços de saúde torna precária a regulação mercadológica e convoca a ação regulatória do Estado.

A SINGULARIDADE ORGANIZACIONAL DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A teoria das organizações é uma disciplina que evoluiu da concepção de organizações como sistemas programáveis à maneira das máquinas a sistemas complexos, permanentemente mutáveis e adaptáveis. Assim, a visão racionalista e positiva das organizações foi substituída por uma outra que reconhece a complexidade, a multicausalidade, a indeterminação e a inexistência de uma ordem natural.

Morgan (1996) tenta explicar o funcionamento das organizações através do uso de metáforas: a organização como máquina, como organismo, como cérebro, como cultura, como sistema político, como presídio psíquico, como fluxo e transformação e como instrumento de dominação.

Uma estratégia alternativa de explicação do funcionamento das organizações trata de considerá-las em termos de configurações que expressem sistemas típicos de relações entre atributos. Isso permite estabelecer para cada organização-tipo, características, modos de funcionamento e problemas específicos.

Mintzberg sugere que as organizações são constituídas por operadores, os que produzem bens e serviços; por um centro de decisões; por gerentes; por uma tecnoestrutura de especialistas que planeja o trabalho dos operadores; e por pessoal de apoio. Essas diferentes estruturas estão ligadas por um sistema crenças, representações e tradições que compõem a cultura organizacional. Em função das singularidades de composição dessas estruturas, as organizações são codificadas por esse autor em sete configurações principais: empreendedora, mecanicista, profissional, diversificada, inovadora, missionária e política (MINTZBERG,1979; MINTZBERG, 2003).

As organizações de saúde são, de acordo com essa tipologia, organizações profissionais. Isso significa que são organizações que dependem fundamentalmente, para operar bem, de seus operadores. O trabalho de produção exige qualificações de alto nível e não se presta bem à formalização; o mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações; o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação; as normas são definidas pelas associações de profissionais; e devido à complexidade e à variabilidade do seu trabalho, os profissionais têm alta liberdade nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços. Como consequência, os papéis da tecnoestrutura, dos gerentes e dos centros de decisões, nessas organizações profissionais é, de alguma forma, limitado. Os profissionais precisam de serviços de apoio, mas eles podem produzir quase tudo sem os outros

componentes da organização. O ambiente dessas organizações é complexo, com tendências para a estabilidade. A autonomia relativa dos profissionais segmenta a organização em distintos grupos de interesses divergentes, o que dificulta as mudanças organizacionais mais integrais e o trabalho multiprofissional. Contraditoriamente, a autonomia dos profissionais facilita as micromudanças (DUSSAULT, 1992).

Nas organizações profissionais há dificuldades para a formalização e o controle dos processos de trabalho e, por isso, a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de qualidade.

Nas organizações profissionais de saúde agregam-se outras singularidades: elas atendem a necessidades complexas e variáveis, o que implica autonomia dos operadores para adaptar os serviços às características especiais das pessoas usuárias; há um grande desequilíbrio de informação entre os profissionais e as pessoas usuárias dos serviços; os resultados dos serviços de saúde são difíceis de estabelecer e medir; a prestação dos serviços de saúde comporta uma dimensão ética e moral inquestionável; e os profissionais tendem a ser mais leais à sua profissão que à sua organização (DUSSALT, 1992).

A tensão entre autoridade administrativa e autoridade de especialistas foi abordada, também, por Etzioni (1989), autor da corrente estruturalista, que classifica os serviços de saúde como organizações especializadas, com uma composição de técnicos e especialistas superior a do pessoal administrativo, o que complexifica o processo de gerência. O princípio individualizado da autonomia médica, considerado necessário para o trabalho especializado eficiente, uma vez que deve adaptar os serviços às demandas específicas das pessoas usuárias, opõe-se ao princípio da autoridade administrativa, controle e coordenação das ações como um todo e dificulta o trabalho de equipe nos serviços de saúde devido aos limites disciplinares e corporativos.

Como resultado da singularidade organizacional dos sistemas de atenção à saúde, suas instituições apresentam uma série de características: não funcionam mecanismos de coordenação autoritários ou excessivamente centralizados; devem ser organizações flexíveis e adaptáveis às mudanças externas; a autonomia dos profissionais deve ser submetida a algum de tipo de controle; a autonomia dos profissionais é uma condição necessária para a oferta de serviços de qualidade; a participação da população usuária nas decisões é desejável; há de haver mecanismos de decisão por consenso; são necessários mecanismos de controle dos interesses corporativos; e os profissionais devem trabalhar por responsabilidade. Em síntese, as organizações de atenção à saúde, enquanto organizações profissionais, não podem ser burocratizadas.

As organizações de atenção à saúde operam com um número monumental de microdecisões clínicas. Ocorre que essas microdecisões clínicas, devido às leis e aos princípios do sistema de atenção à saúde, estão longe de serem racionais, especialmente no que concerne à variabilidade dos procedimentos de saúde ofertados à população. Por essa razão, instala-se uma permanente contradição: como organizações profissionais, as organizações de atenção à saúde não podem controlar demasiadamente as ações de seus operadores, mas, por outro lado, não podem deixar que atuem com total autonomia. Daí que a gestão dessas organizações sempre se fará com algum conflito entre os profissionais-operadores e os gerentes da tecnoestrutura.

Isso coloca a necessidade de uma gestão em sintonia fina que permita aos profissionais sentirem-se responsáveis pelos serviços, mas que os imponha algum tipo de constrangimento. O que significará a construção de uma organização dialógica em que os profissionais da ponta participem das decisões estratégicas e operacionais e em que os instrumentos de constrangimento da liberdade clínica, expressos em diretrizes clínicas, sejam acordados com os profissionais. Em conclusão, a natureza singular das organizações de saúde convoca a gestão da clínica.

OS PRINCÍPIOS E AS LEIS DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Além de apresentarem características muito singulares, os sistemas de atenção à saúde guiam-se por alguns princípios e obedecem a algumas leis. Por isso, há que se conhecer essas características, essas leis e esses princípios – e, também, suas implicações práticas na cotidianidade do fazer saúde – para que se possa exercitar uma boa gestão desses sistemas sociais de altíssima complexidade.

Infelizmente, há um desconhecimento quase generalizado dessas singularidades dos sistemas de atenção à saúde, o que contribui para dificultar, ainda mais, sua gestão e, consequentemente, o alcance de seus objetivos.

A Equação de Evans

Essa equação expressa uma lei e diz que "*em qualquer sociedade e em qualquer tempo, o total das receitas disponíveis para a atenção à saúde deve ser igual ao total de rendas recebidas pelos prestadores de serviços e, ambas, devem ser iguais ao valor total de bens e serviços utilizados na atenção à saúde*".

Em outros termos: total de receitas = total de rendas = total de despesas (EVANS, 1996).

As receitas podem provir de impostos e taxas (T), de prêmios de seguros (R) e de encargos diretos para as pessoas usuárias dos serviços (C). Essas receitas financiam a prestação de serviços (Q), que têm preços explícitos ou implícitos (P). Mas os profissionais de saúde fazem jus a rendas que dependem dos tipos e quantidades dos serviços que eles ofertam (Z) e dos índices de pagamentos daqueles recursos (W). O custo total da atenção à saúde será o produto do volume de serviços ofertados (Q) e o preço desses serviços (P). Mas eles serão iguais às rendas totais recebidas pelos que ofertam serviços para a atenção à saúde (EVANS, 1996).

Assim, $T + C + R = P * Q = W * Z$

Qualquer mudança numa dessas variáveis agregadas deve ser equilibrada por uma mudança compensadora noutra variável do mesmo lado do sinal de identidade, ou pela equalização das mudanças de cada um dos outros termos na identidade. Um aumento no índice salarial dos trabalhadores hospitalares (W), por exemplo, poderia ser compensado pela redução do número de empregados (Z), ou pela redução no pagamento de outros trabalhadores do sistema de serviços de saúde (outros componentes de W * Z). Se isso não ocorrer, então a despesa total vai aumentar. O preço implícito dos serviços hospitalares (P), deve aumentar, bem como alguns componentes da receita. Desde que a maioria dos sistemas de atenção à saúde públicos são financiados por impostos, o resultado será um aumento explícito dos impostos ou da cota da tributação total que é usada para financiar o sistema de atenção à saúde. O aumento poderia ser passado adiante através de encargos diretos para os usuários do sistema.

Da mesma forma, um aumento grande da oferta de médicos no mercado (aumento de Z) pode levar a uma necessidade de aumentar as receitas, via incremento dos impostos, ou compensar os maiores gastos com a diminuição do salário médio dos médicos (diminuição de W). Isso ocorre porque, tal como gostam de mencionar os economistas, não há banquete de graça e, portanto, alguém tem de pagar por ele. Ambos ajustes são politicamente desconfortáveis.

A Lei de Wildavsky

A Lei de Wildavsky, conhecida como a lei da despesa médica, foi formulada da seguinte forma: "*os gastos dos sistemas de serviços de saúde vão aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis, de modo que esse nível deve ser limitado para manter os custos controlados*" (EVANS, 1996).

Numa linguagem mais popular, a Lei de Wildavsky poderia ser denominada de "lei do saco sem fundo" dos sistemas de atenção à saúde. Ela decorre do fato de

que os sistemas de atenção à saúde não dispõem de mecanismos internos de equilíbrio e tendem a crescer, sem limites, se permitidos. Essa propensão ao crescimento incontrolado dos gastos dos serviços de saúde deriva da constatação de que as necessidades em saúde são potencialmente infinitas.

Dada a Lei de Wildavsky, os gestores da saúde devem introduzir estratégias que permitam conter o crescimento tendencial dos gastos dos sistemas de atenção à saúde. Para isso, há diferentes estratégias que podem ser manejadas, com maior ou menor eficiência. Tais estratégias variam segundo o posicionamento de diferentes correntes frente à crise dos sistemas de serviços de saúde: racionalistas, sistêmicos e estruturalistas (MENDES, 1999). Essas estratégias não são excludentes entre si.

No SUS, a contraposição à Lei de Wildavsky é feita pela imposição dos tetos financeiros das programações pactuadas e integradas.

A Lei de Roemer

Milton Roemer, estudando as taxas de ocupação de hospitais, nos anos 50 e 60, verificou que essas taxas eram semelhantes em regiões com distintas relações entre leitos e habitantes. Observou, então, que, sempre, os leitos ofertados tendiam a ser utilizados e que, isso, expressava um caso particular da indução da demanda pela oferta, característica econômica dos sistemas de atenção à saúde.

Com base em suas verificações empíricas, formulou a Lei de Roemer que diz que "*se há leitos hospitalares disponíveis, eles tendem a ser usados, independentemente das necessidades da população*" (ROEMER, 1993).

Desde uma perspectiva estrutural, a Lei de Roemer significa que a capacidade instalada determina o uso. Essa inferência é plausível porque a ênfase em atender às necessidades é ilimitada em relação ao uso total, enquanto que a escolha informada é remota na realidade dos sistemas de atenção à saúde. O julgamento profissional pode muito bem ditar – ou pelo menos influenciar fortemente – os tipos particulares de atenção à saúde que são oferecidos às pessoas. E os encargos para as pessoas usuárias claramente influenciam a disponibilidade dessas pessoas ou sua capacidade de contatar os prestadores de serviços e de cumprir suas recomendações. Entretanto, no nível agregado, essas influências são esmagadas pelos efeitos da capacidade instalada.

Dada a existência da Lei de Roemer, os gestores da saúde devem saber diagnosticá-la, para anular seus efeitos. Uma forma eficaz de contrapor-se à Lei de Roemer é utilizar mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços que desincentivem

a sobreprestação de serviços hospitalares. Por exemplo, o pagamento por capitação de um pacote de serviços que inclua as internações hospitalares ou o pagamento por orçamento global para os hospitais, certamente, anulam os efeitos da Lei de Roemer. Um exemplo de Lei de Roemer, no SUS, é o alto percentual de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, verificado nos hospitais de pequeno porte que representam 1/3 das internações totais e que chegam a atingir num ano, mais de 1 bilhão de reais (MENDES, 2002a). Esse hospitais, como são pagos por procedimentos (AIHs), fazem internações desnecessárias para compensar seus custos.

Ademais da Lei de Roemer, manifestam-se, nos sistemas de atenção à saúde, outros casos particulares de indução da demanda pela oferta. Evans (1996) mostra que, em diferentes sistemas, o uso de serviços médicos expandiu com aumentos na oferta de médicos, de forma suficiente para mantê-los lucrativamente empregados. Bunker *et al*. (1982) demonstram que o número de cirurgias realizadas num sistema de atenção à saúde, varia na razão direta do número de cirurgiões.

A variabilidade na prestação dos serviços de saúde

A medicina não é uma ciência dura; por isso, os serviços de saúde são providos com alto grau de incertezas. Essas incertezas levam a diferenças significativas nos julgamentos de como intervir na atenção à saúde, o que, por sua vez, gera uma grande variabilidade dos procedimentos sanitários.

É preciso ter claro que nem toda variabilidade na prestação de serviços é ruim. Há outro tipo de boa variabilidade que decorre da atenção centrada na pessoa e na família. Mas, certamente, nos serviços de saúde, há uma predominância da má variabilidade que reflete os limites do conhecimento profissional e falhas em sua aplicação. Essa má variabilidade faz com que sejam prestados serviços a pessoas que não os necessitam aumentando os custos do sistema de atenção à saúde (MULLEY, 2010)

Estudos demonstram que essas más variações – que não se explicam nem pela melhor evidência científica, nem pelas necessidades da população – estabelecem-se pelos diferenciais de prevalência das doenças, pela disponibilidade dos serviços, pelas preferências culturais por certos tipos de serviços de saúde, pela ideologia de uma certa escola médica e pelo padrão estrutural e financeiro dos incentivos presentes nos sistemas de atenção à saúde.

Assim, na prática dos sistemas de atenção à saúde, manifestam-se fortes variações na prestação de serviços de saúde entre países, entre estados e entre cidades de um mesmo país, entre unidades de saúde de uma mesma cidade e entre sistemas de financiamento de serviços de saúde distintos.

As variações interpaíses são mostradas pelos seguintes dados: a taxa padronizada de cirurgias é duas vezes maior nos Estados Unidos que no Reino Unido; e a razão de procedimentos selecionados entre Estados Unidos e Canadá varia de 8,0/1 para a ressonância magnética, 7,4/1 para a radioterapia, e 2,7/1 para a cirurgia cardíaca (BATTISTA *et al*., 1994).

A variação nos procedimentos médicos repercute nas tecnologias médicas. Um estudo comparativo do uso de tecnologias médicas selecionadas no Canadá, Alemanha e Estados Unidos mostrou grandes variações entre esses três países em unidade de tecnologia por 1 milhão de pessoas. Para cirurgia cardíaca aberta: Canadá, 1,3 por milhão; Alemanha, 0,8 por milhão; e Estados Unidos, 3,7 por milhão. Para radioterapia: Canadá, 4,8 por milhão; Alemanha, 4,6 por milhão; e Estados Unidos, 10,3 por milhão. Para ressonância magnética: Canadá, 1,1 por milhão; Alemanha, 3,7 por milhão; e Estados Unidos, 11,2 por milhão (RUBLEE, 1994). Há diferenças significativas nas taxas de utilização de exames de imagem, em hospitais semelhantes do Canadá e Estados Unidos, sendo 40% maior nos Estados Unidos a utilização desses exames complementares. Essa diferença se deve, fundamentalmente, a que os hospitais americanos utilizam a ressonância magnética e a tomografia computadorizada, numa escala 119% maior que os seus congêneres canadenses (KATZ *et al*., 1996).

As variações intrapaíses não são menos significativas. As amigdalectomias podem variar numa relação de 1 para 10 em cidades dos Estados Unidos, o mesmo ocorrendo com as apendicectomias; as histerectomias podem variar numa relação de 1 para 6, nos 72 Distritos Sanitários da Dinamarca; estudos feitos nos Estados Unidos sobre prostatectomias transuretrais e implantação de marcapassos mostraram variações entre 60% e 460% em relação aos padrões médios (WENNBERG e GITTELSOHN, 1973; GLIED, 1997). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos comparou taxas de internação por algumas doenças nos estados, no sistema Medicare. A taxa de internação por asma, variou de 64,8 por 100.000 em Utah a 247,7 por 100.000 no Kentucky; a taxa de internação por diabetes variou de 91,0 por 100.000 no Havai a 483,8 por 100.000 no Mississippi; e a taxa de internações por hipertensão variou de 70,7 por 100.000 em Utah a 603,5 por 100.000 no Mississipi (LEWIN-VHI, 1994).

Pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro mostrou que mulheres com melhor condição social apresentaram maiores chances de partos cesáreos; e que a presença de médicos contratados pelos hospitais foi fator protetor para chances de cesáreas (PINHEIRO, 2000).

Os serviços de saúde estão, por suas características intrínsecas, sujeitos a variações na sua oferta e no seu consumo. Dada a deficiente informação das pessoas sobre

os serviços de saúde, é pouco provável que a racionalização do uso desses serviços possa se fazer, significativamente, do lado das pessoas usuárias.

Dada a força das variações na prestação de serviços de saúde e suas consequências sobre a racionalidade do uso desses serviços, é que se está propondo um novo campo da gestão dos sistemas de atenção à saúde, denominado de gestão da utilização dos serviços de saúde – como parte intrínseca da gestão da clínica – e que pode ser definido como as atividades de um sistema de atenção à saúde destinadas a racionalizar a utilização dos serviços de saúde de uma população definida (COCHRANE, 2001a).

Um estudo extensivo feito no Reino Unido analisou as variações da prestação de vários serviços e propôs alternativas para a solução do problema: uma análise constante das variações e a publicação periódica desses dados; uma priorização das variações que tenham maior impacto na equidade, na efetividade, na eficiência e nos resultados sanitários; a criação de incentivos para a redução da variabilidade; e a elaboração de dirtetrizes clínicas para os procedimentos de maior variabilidade (APPLEBY, 2011).

A gestão da utilização vai contrapor-se ao caráter entrópico das variações na prestação de serviços de saúde e garantir que os objetivos da efetividade, da eficiência e da segurança dos sistemas de atenção à saúde possam ser alcançados.

A Lei da Caneta do Médico

Os médicos ocupam um papel muito central nos sistemas de atenção à saúde. A principal razão é que, como se viu, as instituições sanitárias são organizações baseadas no conhecimento e, nesse tipo de organização, há uma grande transferência do poder decisório para os trabalhadores da ponta. E os trabalhadores da ponta que mais exercitam o poder decisório nas instituições de saúde são os médicos.

O poder decisório mais relevante é o de ordenar as despesas do sistema de atenção à saúde. São os médicos que tomam as decisões de internar as pessoas, de dar as altas hospitalares, de prescrever os medicamentos, de fazer os exames complementares, de realizar as cirurgias etc. Para se ter uma ideia do poder médico basta verificar que as internações hospitalares consomem em torno da metade dos recursos dos sistemas de atenção à saúde e que os medicamentos gastam outros 10% a 20%.

Os médicos tomam suas decisões e as concretizam através de registros escritos por suas canetas (ou computadores). Daí que se denominou de Lei da Caneta do Médico a tendência universal de que a parte mais significativa dos gastos dos sis-

temas de atenção à saúde, mais de 75% em geral, é realizada pelos médicos, com sua autorização escrita (DOWLING, 1997).

Um estudo de caso, realizado nos Estados Unidos, revelou que uma empresa de seguro saúde teve um prejuízo de US$ 1,7 milhão em um ano e que, desse total, US$ 1,5 milhão foram devidos a cinco médicos cujos gastos excediam a dois desvios-padrão acima da média ajustada por idade e sexo das pessoas usuárias (CONRAD, 1997).

Para contrapor-se à Lei da Caneta do Médico devem ser introduzidos certos constrangimentos – especialmente através dos instrumentos da gestão da clínica – o que gera, na governança cotidiana dos sistemas de atenção à saúde, uma situação de tensão permanente entre os gestores da saúde e os médicos.

Isso ocorre porque nos sistemas de atenção à saúde, a responsabilidade de decidir sobre as necessidades das pessoas usuárias deveria ser entregue a um grupo de técnicos desinteressados, independentes e competentes, cuja proxy social são os médicos. Ocorre que os médicos são treinados sob a tradição hipocrática de oferecer todos os tipos de intervenções, a todas as pessoas. Essa ética individual ou hipocrática conflita com uma ética social que deriva da necessidade de somente ofertar serviços medicamente necessários e de comprovada efetividade e segurança àquelas pessoas que mais se beneficiarão com os escassos recursos dos sistemas de atenção à saúde.

A constatação desse conflito ético, inerente aos sistemas de atenção à saúde, levou Maynard (2000) a observar que a ética hipocrática, muitas vezes, por gerar ineficiências derivadas da alta concentração de gastos em procedimentos muito intensivos, nega a pessoas usuárias potenciais que deixam de ter acesso ao sistema os serviços que as poderiam beneficiar. O que conformaria uma situação antiética. Em outros termos, esse importante economista da saúde inglês considera a ineficiência médica, determinada pela ética individualista e autorizada pela caneta do médico, antiética.

A Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde

Essa lei sustenta-se em abundante evidência empírica. O trabalho original foi o clássico experimento da Rand Corporation que verificou que 1% dos americanos gastava 28% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde (NEWHOUSE *et al*., 1981). Num trabalho posterior, Berk e Monheint (1992), trabalhando os gastos com serviços de saúde nos Estados Unidos, no ano de 1987, chegaram aos seguintes resultados: 1% da população gastou 30% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde; 2% da população gastaram 41%; 5% da população gastaram 58%; 20% da

população gastaram 72%; 30% da população gastaram 91%. Por outro lado, 50% da população gastaram, apenas, 3%; e 25% da população nada gastaram no ano. Os dados evidenciaram, ainda, que a concentração está aumentando relativamente, ao longo dos anos, ainda que com menor força nos últimos anos.

Evans (1996) calculou que o 1% dos americanos que mais gastou com serviços de saúde teve um dispêndio médio anual de US$ 90.000,00, contra US$ 180,00 para os 50% que menos gastaram. Esse mesmo autor afirmou que esse padrão de gastos se observa em quaisquer sistemas de atenção à saúde contemporâneos e garante que ele se encontra tanto nos países ricos, quanto nos países pobres.

Numa província canadense, os 5% de pessoas usuárias mais frequentes dos serviços de saúde foram responsáveis por 35% dos atendimentos médicos ambulatoriais e por 68% das internações hospitalares agudas (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008).

Pesquisa realizada na UNIMED de Minas Gerais mostrou que 10% de seus clientes concentraram 65,7% dos gastos totais dessa operadora de planos de saúde em 2006 (OLIVEIRA *et al*., 2008).

Com base nos trabalhos pioneiros, Roos *et al*. (1989) formularam a Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, da seguinte forma: "*Uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e tem se mostrado consistente ao longo do tempo*".

A Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde tem importantes implicações na governança dos sistemas de atenção à saúde.

Uma implicação importante está nas conclusões do trabalho de Berk *et al*. (1988) e significa que os esforços de contenção de custos do sistema de atenção à saúde, se dirigidos à média da população, sem discriminar aqueles que despendem mais recursos, não terá um impacto significativo sobre os gastos totais.

Outra implicação importante está nas políticas redistributivas. Tanto as necessidades de saúde como os recursos para fazer face a elas estão distribuídos muito desigualmente, em qualquer sociedade; além disso, estão negativamente correlacionados, como se depreende da Lei de Hart da atenção inversa (HART, 1971). O resultado é que para dar atenção àqueles que mais necessitam, grande parte dos custos de

um sistema de atenção à saúde deve ser paga por outrem. Em outros termos, num sistema de atenção à saúde justo, deve haver um esforço redistributivo dos mais saudáveis (os que menos gastam) para os menos saudáveis (os que mais gastam). Isso pode ser conseguido, mais eficientemente, por um sistema de financiamento baseado em impostos gerais.

Uma outra significativa implicação dessa lei na governança dos sistemas de atenção à saúde foi constatada por Aaron (1991) que notou que a concentração dos gastos com serviços de saúde cria um enorme incentivo para as operadoras de seguros privados de saúde identificar as pessoas usuárias de alto custo e tentar minimizar seu número, de modo a garantir a lucratividade da empresa e a controlar os valores dos prêmios pagos. Em outras palavras, a Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde estimula as operadoras privadas de seguro saúde a exercitarem a seleção de riscos, identificando, para não deixar afiliarem-se ou para desfiliarem-se, aquele baixo percentual de pessoas portadoras de doenças muito complexas ou de lesões preexistentes. Isso, muitas vezes, significa que a competição das operadoras de seguros privados, ao invés de fazer-se por preço e qualidade, faz-se, em boa parte, pela capacidade de identificar e excluir as pessoas usuárias de maior custo.

Estudo feito numa operadora privada de seguro saúde mostrou que 22% dos portadores de asma, classificados como portadores de asma severa, foram responsáveis por 85% dos gastos com essa doença, o que representou US$ 4.347,00 por paciente/ano; diferentemente, os portadores de asma leve, 60% do total de doentes filiados à operadora, representaram menos de 10% dos gastos com a doença, em média, US$ 115,00 paciente/ano (ZITTER, 1996).

Com base nessas evidências da concentração dos gastos e da severidade das condições crônicas, alguns sistemas de atenção à saúde, ao invés de excluírem as pessoas portadoras de doenças graves e custosas, instituíram a gestão de casos – uma das tecnologias de gestão da clínica – que permite identificar essas pessoas para fazer sua advocacia e coordenar os cuidados prestados a elas.

AS ORIGENS E O CONCEITO DE GESTÃO DA CLÍNICA

A expressão gestão da clínica não é muito encontrada na literatura internacional, mas, no Brasil, foi adotada por Mendes (2001b) para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS.

A gestão da clínica, proposta por Mendes (2001b), tem suas origens em dois movimentos principais: um, mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde

dos Estados Unidos, a atenção gerenciada (*managed care*); outro, mais recente, a governança clínica (*clinical governance*) que se estabeleceu no Serviço Nacional de Saúde (NHS), o sistema público de atenção à saúde do Reino Unido.

O movimento da atenção gerenciada surgiu no sistema privado americano, mas alguns de seus fundamentos foram inspirados no sistema público inglês (COCHRANE, 2001b): o financiamento global de um pacote de serviços; o fim das barreiras de acesso aos serviços; e a utilização da APS como coordenadora do sistema de atenção à saúde, o gatekeeping. Esses três elementos centrais do sistema público do Reino Unido foram reinterpretados à luz do cenário norteamericano e constituíram os pilares essenciais da construção da atenção gerenciada.

A atenção gerenciada representou uma reação de setores do sistema privado americano ao sistema prevalecente naquele país, o sistema de unidade de serviço (*fee-for-service system*) que se caracteriza por: livre escolha dos médicos pelas pessoas usuárias; liberdade clínica dos profissionais de saúde; relação direta entre profissionais de saúde e as pessoas usuárias sem intervenção de uma terceira parte; pagamento aos prestadores por unidade de serviços ou procedimentos; e prática clínica organizada por profissionais isolados ou reunidos em pequenos grupos (ROYCE, 1997; ZELMAN e BERENSON, 1998).

A atenção gerenciada foi proposta para contrapor-se aos problemas que seus propositores identificaram no sistema de unidade de serviços: a indução da demanda pela oferta; o exercício de risco moral por parte das pessoas usuárias; o pequeno incentivo dado aos prestadores em controlar seus custos; e os incentivos à sobreprestação de serviços. Da combinação desses elementos resulta uma propensão ao incremento dos custos dos sistemas de atenção à saúde e uma certa impossibilidade em se opor a ela.

A atenção gerenciada surgiu com a instituição das organizações de manutenção da saúde (HMOs), nos anos 30 e 40, na Califórnia. Consolidaram-se, entretanto, nos anos 60 e, nos anos 70, existiam mais de 30 organizações HMOs nos Estados Unidos; nos anos 80, passavam de 230 organizações, cobrindo 9 milhões de pessoas; e nos anos 90 cobriam mais de 38 milhões de americanos (MILLER e LUFT, 1994).

A atenção gerenciada pode ser caracterizada por: uma nova institucionalidade, construída a partir das HMOs; um sistema de pagamento prospectivo que permite repartir os riscos com os prestadores de serviços; e a introdução de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde.

A atenção gerenciada está sempre no centro de um debate, muitas vezes apaixonado e, sempre, perpassado por interesses econômicos e corporativos enormes, que se dá nos Estados Unidos e alhures. Uma avaliação isenta, feita a partir de uma meta-análise realizada pelos pesquisadores ingleses Robinson e Steiner (1998), concluiu que não há evidências de que o sistema de unidade de serviços tenha uma performance melhor que a atenção gerenciada: "*Certamente, a evidência não é desfavorável à atenção gerenciada em relação ao sistema de unidade de serviço. As organizações de atenção gerenciada têm tido sucesso em reduzir alguns tipos de utilização de serviços de saúde, principalmente internações hospitalares, e em aumentar os cuidados preventivos. Elas parecem ter alterado os padrões de cuidados sem causar danos aos resultados em relação aos pacientes. Contudo, há algumas áreas como consultas médicas, prescrição de medicamentos, qualidade da atenção numa perspectiva processual e equidade no manejo dos idosos em que os dados são inconclusivos*".

A proposta da gestão da clínica inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes (ROBINSON e STEINER, 1998). Além disso, buscou incorporar, na sua proposta de auditoria clínica, as tecnologias de revisão da utilização, também muito eficazes no controle da variabilidade dos procedimentos médicos (RESTUCCIA, 1995).

Essa convocação de certos aspectos da atenção gerenciada e sua adaptação aos sistemas nacionais públicos de atenção à saúde tem sido feita, contemporaneamente, em vários países, como Alemanha, Canadá e Reino Unido (COCHRANE, 2001d; BUSSE, 2004). As influências da atenção gerenciada são tão nítidas no sistema público de atenção à saúde do Reino Unido que Colin-Thomes (2001) afirma que o NHS possui os atributos das organizações americanas de atenção gerenciada.

De outro lado, a governança clínica surgiu como parte da agenda modernizadora dos trabalhistas do Reino Unido, implantada no período pós-tatcheriano.

A agenda da governança clínica sofreu uma forte influência de intelectuais ligados ao Partido Trabalhista, especialmente da London School of Economics, que haviam estudado a atenção gerenciada americana. Suas bases teórico-conceituais foram explicitadas num livro branco do NHS (DEPARTMENT OF HEALTH, 1997) e foram sintetizadas em alguns princípios gerais: universalidade; colaboração e foco nas pessoas usuárias; eficiência econômica; confiança pública; e melhoria da qualidade dos serviços (COCHRANE, 2001c). Ademais, teve a influenciá-la os conceitos de governança, conceitualizados e praticados, tanto na governança corporativa quan-

to na gestão pública (GRAY, 2009). O vetor da qualidade dos serviços de saúde da agenda modernizadora do governo inglês foi denominado de governança clínica.

A governança clínica foi definida como uma estrutura através da qual as organizações do NHS são responsáveis pela contínua melhoria da qualidade dos seus serviços e pela manutenção de altos padrões dos cuidados, criando um ambiente no qual a excelência clínica na atenção à saúde floresça (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998).

A governança clínica estabeleceu-se através de alguns princípios operativos: a oferta de serviços de qualidade a todos, independentemente de idade, gênero, classe social ou cultura; o estabelecimento de padrões nacionais de qualidade baseados em boas práticas; a obediência às necessidades da população, definidas localmente; o trabalho de parceria entre hospitais, comunidades de serviços e autoridades locais para colocar as pessoas usuárias como focos centrais do sistema de atenção à saúde; a garantia de provisão de valor para o dinheiro investido; a criação de uma cultura de qualidade no sistema de atenção à saúde; e o restabelecimento da confiança pública no sistema.

As atividades que compõem a governança clínica são: linhas claras de responsabilidade e compromisso, um extenso programa de ações de melhoria da qualidade, políticas dirigidas à gestão de risco e intervenções educacaionais e gerenciais para a melhoria do desempenho dos profissionais (RAMCHARAN, 2010).

Para operacionalizar esses princípios foram propostas novas estruturas e sistemas: um conjunto de diretrizes clínicas nacionais, baseadas em evidências clínicas; padrões de desempenho construídos com indicadores de efetividade clínica, segurança e eficiência; instituição do Instituto Nacional de Excelência Clínica; instituição da Comissão de Melhoria da Saúde; e a formalização de um sistema de governança clínica, capaz de garantir serviços de qualidade em todos os níveis de cuidados do sistema de atenção à saúde (McSHERRY e PEARCE, 2002a).

A governança clínica desenvolve-se, na prática social, através de uma ação ordenada e concomitante, em seis elementos fundamentais: a educação permanente dos profissionais de saúde; a auditoria clínica, subordinada a uma política de qualidade e realizada pelo método de auditoria que confronta a prática real com padrões de excelência predefinidos e busca reduzir a brecha entre eles; a efetividade clínica que é a medida da extensão em que uma particular intervenção clínica realmente funciona; a gestão dos riscos, seja para as pessoas usuárias, seja para os profissionais de saúde, seja para as organizações de saúde; o desenvolvimento de novas práticas clínicas e sua incorporação em diretrizes clínicas; e a transparência, quando o desempenho

do sistema de atenção à saúde está permanentemente aberto ao escrutínio público (STAREY, 1999).

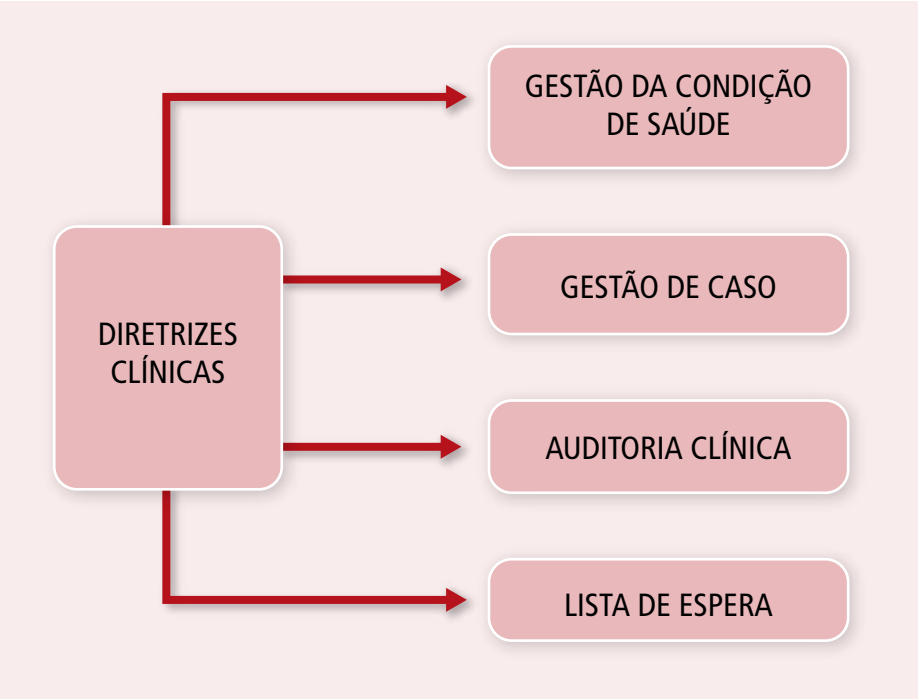
A proposta da gestão da clínica incorpora, da governança clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

Não é tarefa fácil produzir uma definição de gestão da clínica, ainda que seus elementos estruturais sejam, em grande parte, aqueles presentes nas suas duas matrizes: a atenção gerenciada e a governança clínica. É como conceituar um elefante que, na opinião de Cochrane (2001d), é mais fácil de descrever que de definir.

A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2002b; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

A gestão da clínica, portanto, constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera, conforme se vê na Figura 16.

Figura 16: As tecnologias de gestão da clínica



OS TIPOS DE TECNOLOGIAS DA GESTÃO DA CLÍNICA

A análise da Figura 16 permite verificar que há cinco tipos de tecnologias de gestão da clínica: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e a lista de espera.

AS DIRETRIZES CLÍNICAS

O conceito

As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990).

Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade (EDDY, 1990).

Na realidade, o processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica (HARBOUR, 2008).

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas – as diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

A medicina baseada em evidência

As diretrizes clínicas, bem como as outras tecnologias de gestão da clínica, assentam-se na medicina baseada em evidência (MBE), entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde. A prática da MBE significa a integração da capacidade clínica individual com a melhor evidência clínica externa, provinda da pesquisa científica. Por essa razão, a epidemiologia clínica encontra, aqui, um campo privilegiado de atuação.

A MBE justifica-se por algumas razões principais (SACKETT *et al*. 1997): primeiro, porque as evidências estão sendo constantemente geradas e devem ser incorporadas à prática clínica; segundo, porque ainda que essas evidências sejam necessárias para a prática cotidiana da medicina há dificuldades em obtê-las; terceiro, porque o conhecimento médico evolui muito rapidamente e a performance clínica deteriora-se com o tempo; quarto, porque a entropia clínica não é superável pelos programas convencionais de educação continuada; e, por fim, porque a MBE permite aos clínicos manterem-se atualizados.

A capacidade clínica advém da experiência da prática clínica. A evidência clínica externa é consequência das pesquisas básicas em medicina, mas, principalmente, das pesquisas clínicas sobre a precisão dos diagnósticos, a potência dos prognósticos e a efetividade e segurança dos procedimentos preventivos, curativos e reabilitadores.

Segundo Spasoff (1999), a MBE busca sumarizar os resultados de pesquisas através, especialmente, da revisão sistemática e da meta-análise. A revisão sistemática difere da revisão bibliográfica pelos critérios rigorosos de seleção dos trabalhos a

serem examinados e pelo uso de critérios uniformes para avaliá-los sendo, portanto, menos subjetiva. Constitui um método de síntese da literatura que permite extrapolar resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada qual e identificar possíveis inconsistências. A meta-análise é um processo de usar métodos estatísticos para combinar os resultados de diferentes estudos; é o método estatístico aplicado à revisão sistemática que articula os resultados de dois ou mais estudos primários (LAST, 1995).

Uma revisão sistemática faz-se de acordo com algumas etapas: especificação do problema; especificação dos critérios para a inclusão dos estudos; classificação das características dos estudos; combinação dos achados dos estudos conforme unidades comuns; relacionamento dos achados às características dos estudos; e apresentação dos resultados (OXMAN *et al*., 1994)

A MBE provê evidências que podem ser classificadas em categorias de evidências e forças de recomendação. Há várias metodologias para isso. Em relação à classificação em categorias de evidências, o Royal College of Physicians (2000) propõe:

Ia: baseada em meta-análises ou ensaios clínicos randomizados;
Ib: baseada em, ao menos, um ensaio clínico randomizado;
IIa: baseada em, ao menos, um estudo controle bem desenhado, mas sem randomização;
IIb: baseada em, ao menos, um estudo quase-experimental;
III: baseada em, ao menos, um estudo não experimental descritivo, tal como estudo comparativo ou estudo de correlação;
IV: baseada em relatórios, opiniões ou experiências de respeitados *experts*.

As categorias de evidências determinam as forças das recomendações definidas por letras de A a D (SHEKELLE *et al*., 1999):

A: diretamente baseada na categoria I;
B: diretamente baseada na categoria II ou recomendação extrapolada da categoria I;
C: diretamente baseada na categoria III ou extrapolada da categoria I e II;
D: diretamente baseada na categoria IV ou extrapolada das categorias I, II e III.

No Brasil, o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina tem usado os critérios do Centro de Medicina baseada em Evidência da Universidade de Oxford (CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2008).

Alguns centros de MBE se instalaram e proveem, com regularidade, revisões sistemáticas da evidência disponível e estão acessíveis em páginas da Internet.

A MBE, apesar das críticas, tem apresentado impactos positivos e tem sido, crescentemente, reconhecida (SHIN *et al*., 1993).

Os tipos de diretrizes clínicas

Há dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos. Alguns autores mencionam um terceiro instrumento, as vias clínicas (*clinical pathways*) que são recomendações que se aplicam, geralmente, a pessoas internadas em hospitais ou hospitais/dia e que consideram as ações referentes a cada dia de internação e critérios de alta (COCHRANE, 2001e).

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS.

As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde. As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2006).

De outra forma, os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou paliação, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade. Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas.

Por exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo – é feito por um protocolo clínico.

As funções das diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas cumprem quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde: a função gerencial, a função educacional, a função comunicacional e a função legal.

A função gerencial decorre da necessidade de se controlar a lei da variabilidade dos serviços de saúde. O controle da variabilidade faz-se, fundamentalmente, pela verificação das evidências e sua incorporação nas linhas-guia ou nos protocolos clínicos. Subsidiariamente, adotam-se as tecnologias de auditoria clínica, especialmente as tecnologias de gestão da utilização dos serviços de saúde (ROBINSON e STEINER, 1998). Além disso, a utilização de diretrizes clínicas é fundamental para reduzir a complexidade da gestão da atenção à saúde pela via da padronização dos processos, tornando mais gerenciável a atenção à saúde.

Além disso, as linhas-guia, como instrumentos gerenciais, devem gerar uma planilha que contenha os parâmetros da atenção à saúde que vão governar a elaboração da programação dos serviços de saúde em relação à condição de saúde específica.

A função educacional decorre da utilização das diretrizes clínicas como instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Assim, esses instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde, depois de elaborados, devem ser transformados em produtos educacionais que devem ser apropriados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde. Isso é importante porque o objetivo fundamental das diretrizes clínicas é mudar os comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

A função comunicacional pressupõe o uso das diretrizes clínicas como instrumentos de comunicação entre o sistema de atenção à saúde e os seus profissionais e a população usuária. Para isso, as diretrizes clínicas, escritas numa linguagem singular, mais intelegível para os profissionais de saúde, devem ser editadas – sob a forma de outros produtos comunicacionais – para que sejam apropriadas pelas pessoas usuárias comuns.

A função comunicacional objetiva, também, garantir uma ação comunicativa dentro das organizações de atenção à saúde, em que todas as pessoas envolvidas nos cuidados à saúde adotem as mesmas diretivas de ação. Uma organização sem diretrizes clínicas implantadas será, necessariamente, uma organização anômica, onde cada qual cria suas próprias rotinas de cuidado. Por isso, quando se normatizam os

procedimentos a serem seguidos por todos os profissionais de saúde e quando se socializa esse conhecimento, cria-se a possibilidade de uma comunicação horizontal e vertical compatível com a ação comunicacional do planejamento. Numa organização em que os procedimentos não estejam normatizados em diretrizes clínicas, cada profissional age conforme sua orientação pessoal, gerando graves problemas de planejamento e comunicação.

Por fim, as diretrizes clínicas cumprem uma função legal. Isso ocorre porque as Cortes de Justiça, especialmente nos países mais desenvolvidos, cada vez mais, ao julgar os contenciosos nos sistemas de atenção à saúde, utilizam, como base de suas deliberações, as diretrizes clínicas (HURWITZ, 1999). Portanto, a obediência às normas definidas em linhas-guia e em protocolos clínicos acaba por constituir uma proteção jurídica para os profissionais e para as organizações de saúde.

A experiência internacional no uso das diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas têm uma utilização universal, generalizada e crescente.

No Reino Unido, as diretrizes clínicas existem há décadas. Ainda que a maioria das diretrizes clínicas utilizadas derivem de conferências de consenso, há um crescente interesse no uso de métodos explícitos para desenvolver diretrizes clínicas baseadas em evidência. Nesse sentido, como parte da implementação da política de governança clínica, o NHS criou o Instituto Nacional de Excelência Clínica. Na Holanda, o Colégio Holandês de Médicos Generalistas vem produzindo diretrizes clínicas desde 1987, já acumulando centenas delas. Na Finlândia, há mais de 700 diretrizes clínicas produzidas por órgãos nacionais ou regionais desde 1989. Na França, a Agência Nacional de Acreditação e Avaliação em Saúde já publicou mais de 100 diretrizes clínicas produzidas por conferências de consenso ou adaptadas de outros países. Na Espanha, as diretrizes clínicas têm sido produzidas pelas agências estaduais de avaliação tecnológica. Nos Estados Unidos, milhares de diretrizes clínicas, produzidas por associações profissionais ou por empresas privadas, são utilizadas rotineiramente para melhorar a qualidade da atenção à saúde e para reduzir os custos da atenção à saúde. No Canadá, na Alemanha e na Itália, usam-se crescentemente as diretrizes clínicas (WOOLF *et al.*, 1999).

No Brasil, há um crescente interesse na implantação de diretrizes clínicas. A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, envolvendo várias sociedades científicas, por meio do Projeto Diretrizes, já produziram, aproximadamente, uma centena de diretrizes clínicas. No SUS, várias instituições adotam diretrizes clínicas. No Boxe 20 relata-se a utilização de linhas-guia na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

Boxe 20: As linhas-guia da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo lançou uma coleção de documentos intitulada "Uma Nova Saúde", composta por linhas-guia e manuais que orientam a organização das RASs no estado.

Fazem parte dessa coleção as linhas-guia de hipertensão e diabetes, hanseníase, saúde do idoso, DST/Aids, saúde mental e saúde bucal.

As linhas-guia foram desenvolvidas como instrumentos fundamentais de um modelo de atenção à saúde voltado para as condições crônicas que utiliza a gestão da clínica para a abordagem das condições já estabelecidas. Para isso, as condições de saúde são estratificadas por riscos e as diretrizes são normatizadas pelos diferentes estratos populacionais.

As linhas-guia contêm planilhas de programação que estão sendo aplicadas nas unidades de APS do estado, conformando programações anuais. Além disso, constituem uma base para a estruturação de programas de educação permanentes dos profissionais de saúde.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2008)

O processo de elaboração das diretrizes clínicas

A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é feita através de um processo que envolve várias etapas (FELTON, 1998; COCHRANE, 2001e).

O tempo de elaboração de um diretriz clínica varia muito. Na Escócia, o tempo médio gasto tem sido de 28 meses, a partir da constituição do grupo: 15 meses para revisão da literatura e para elaboração da primeira versão, 10 meses para revisão de pares e consulta pública e 3 meses para a publicação (HARBOUR, 2008).

As etapas de elaboração das diretrizes clínicas são: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas.

A escolha da condição de saúde

Há uma tendência a privilegiar as condições crônicas, dado seu maior impacto na carga de doenças, mas devem ser normatizadas, também, as condições agudas.

A condição de saúde deve ser escolhida por sua relevância para o sistema de atenção à saúde. Essa relevância pode ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para as pessoas usuárias ou por prioridades políticas ou institucionais. Em geral, o processo de priorização das condições de saúde envolve: as condições de saúde consideradas como prioritárias nas políticas de saúde; as áreas

de incerteza clínica, com muita variabilidade; as condições para as quais existam intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade; as condições iatrogênicas; e as necessidades percebidas, por diferentes atores sociais da saúde, para uma determinada diretriz clínica (HARBOUR, 2008).

A definição da equipe de elaboração

A equipe de elaboração da diretriz clínica deve ser multidisciplinar. Entre seus membros devem estar: médicos generalistas da instituição; médicos especialistas de dentro e fora da instituição; enfermeiros; farmacêuticos clínicos; especialistas em apoio diagnóstico e terapêutico; especialistas em epidemiologia clínica; especialista em saúde pública; especialista em economia da saúde; assistente social; e profissional com experiência em escrever diretrizes clínicas. Algumas organizações têm como norma colocar pessoas portadoras da condição de saúde ou sua organização, como membros dos grupos-tarefa. É o caso da Escócia em que o Scottish Intercollegiate Guidelines Network coloca, pelo menos, dois representantes de pessoas portadoras da condição de saúde na equipe (HARBOUR, 2008).

Há evidências de que consultas a grupos de gestores e a representantes da pessoas usuárias como, por exemplo, as associações de portadores de doenças determinadas, devem ser realizadas durante o processo de elaboração das diretrizes clínicas (FRETHEIM *et al*, 2006). Essa é uma diretiva usualmente utilizada pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica, no Reino Unido (KELSON, 2005). Isso se justifica em função das limitações das evidências científicas em relação a variáveis importantes como gênero, etnicidade, incapacidade, orientação sexual etc. (HARBOUR, 2008).

A equipe deve ter entre 10 a 20 membros e um coordenador com habilidade de facilitar um ambiente aberto e dialógico; de compreender os papéis de cada ponto de atenção à saúde; e de manejar instrumentos de planejamento de trabalho de grupo (SHEKELLE *et al*., 1999). Os membros da equipe devem declarar, formalmente, por escrito, a inexistência de conflito de interesse em relação a esse trabalho. É ideal que essa equipe institua-se sob a forma de um grupo-tarefa, dentro de uma organização por projetos ou matricial.

A análise situacional da condição de saúde

A equipe deve iniciar seu trabalho fazendo uma análise das condições presentes, na instituição, de enfrentamento da condição de saúde. Isso significa, operacionalmente, desenhar os fluxos das pessoas usuárias por todos os pontos de atenção à saúde, anotando o que é feito em cada um deles e por quais profissionais. Essa

análise situacional permite identificar os pontos frágeis que devem ser modificados pelas diretrizes clínicas.

A busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes

Esse estágio é da busca das melhores evidências nas literaturas nacional e internacional. O instrumento é o da medicina baseada em evidência, especialmente as revisões sistemáticas da literatura e as meta-análises.

Para tal, há que se consultar as fontes autorizadas de evidências. Também, há que se buscar linhas-guia ou protocolos clínicos já publicados e acessíveis. Por exemplo, uma consulta à Cochrane Collaboration, à MEDLINE, à EMBASE, Guidelines International Network (www.g-i-n.net), National Library for Health Guidelines Finder (www.library.nhs.uk/guidance/), National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), National Institute for Health and Clinical Excelence (www.nice.org.uk), Centre for Reviews and Dissemination at the University of York (www.crd.york.ac.uk/crdweb/), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (www.sign.ac.uk) e outros, geralmente proverá uma lista de revisões de evidência, de linhas-guia e de protocolos clínicos disponíveis internacionalmente. No Brasil, deve-se, especialmente, consultar as diretrizes clínicas produzidas pelo Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde.

As evidências recolhidas devem ser organizadas por categorias de evidências e classificadas segundo a força das evidências. Na ausência de evidências, consensos de opiniões devem ser utilizados.

Além das melhores evidências clínicas, deve haver uma preocupação pelos custos. Assim, diante de duas alternativas tecnológicas, igualmente efetivas, deve ser incorporada aquela de menor custo ou aquela mais custo efetiva. É necessário, ademais, considerar a viabilidade das intervenções recomendadas (SHEKELLE *et al*., 1995).

Há quem proponha a incorporação, nas diretrizes clínicas, de valores das pessoas usuárias que sejam muito importantes nos processos decisórios, mas eles nem sempre influenciam a força das recomendações feitas (SCHÜNEMANN *et al*., 2006).

Dada a abundância de diretrizes clínicas disponíveis na literatura internacional, há uma discussão relevante entre elaborar novas diretrizes clínicas originais ou fazer uma adaptação de diretrizes clínicas já existentes a um contexto organizacional determinado. Uma revisão sistemática sobre o tema mostrou que há vantagens em adaptar diretrizes clínicas já existentes porque, dessa forma, eliminam-se duplicações

de esforços e retrabalhos, além de ser mais viável em situações de baixa capacidade institucional para gerar diretrizes clínicas originais (FERVERS *et al.*, 2006).

Os conteúdos das diretrizes clínicas

As linhas-guia e os protocolos clínicos têm conteúdos diferentes.

As linhas-guia normatizam todo o processo da condição de saúde, ao longo de sua história natural; assim, devem incorporar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à condição de saúde. Ademais, normatiza as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma RAS (níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde) e nos sistemas de apoio.

Uma característica essencial das linhas-guia é que se desenvolvam por graus de risco, o que necessariamente envolve a estratificação dos riscos e que se normatizem as ações referentes a cada estrato singular. As linhas-guia não normatizam ações para gestantes ou hipertensos em geral, mas procuram estratificar essas condições de saúde em grupos de risco que exigem manejos clínicos específicos. Por exemplo, uma linha-guia para atenção pré-natal e ao parto deve considerar manejos diferenciados para as gestantes de risco habitual e de alto risco; os portadores de hipertensão podem ser agrupados em riscos baixo, médio, alto e muito alto.

A estratificação de riscos é fundamental por várias razões: as pessoas usuárias devem ser agrupadas em várias categorias de condições de saúde de modo que intervenções específicas sejam desenhadas e que se obtenham resultados positivos; a estratificação é necessária para estudos de avaliação econômica; e estudos epidemiológicos necessitam da estratificação de riscos. Além disso, é uma condição necessária para operar o MACC, mostrado na Figura 12, nos seus níveis 3, 4 e 5.

Uma linha-guia, para cumprir bem sua função gerencial, deve conter, ao seu final, uma planilha com os parâmetros de programação referentes àquela condição. Essa planilha que representa uma síntese do que foi normatizado, será o instrumento básico para a realização, a cada ano, da programação local.

Diferentemente, os protocolos clínicos vão normatizar parte do processo da condição de saúde, num único ponto de atenção da RAS. Por exemplo, um protocolo clínico pode ser desenvolvido para a medicação antilipídica em pessoas portadoras de altos índices de colesterol na APS.

As diretrizes clínicas devem refletir, em seu corpo, o processo de elaboração, mas o Scottish Intercollegiate Guidelines Network sugere uma estrutura padronizada: uma

clara definição da condição de saúde que se está normatizando; uma explicação das diferentes intervenções alternativas; um sumário das evidências obtidas, com seus níveis de evidência e as referências bibliográficas; as recomendações derivadas das evidências obtidas; e uma discussão de adaptações locais ou de evidências frágeis ou inexistentes (HARBOUR, 2008).

A formalização das diretrizes clínicas

Uma vez que as evidências estejam recolhidas e os fluxos organizados, para o que se pode utilizar a técnica de seminários, deve-se escrever o documento da linha-guia ou do protocolo clínico.

A forma é muito importante para que se possa melhor comunicar o conteúdo aos profissionais de saúde. A linguagem deve ser clara, sem ambiguidades e definindo todos os termos com precisão. Ajuda muito que as diretrizes clínicas estejam estejam organizadas em algoritmos, suportados por gráficos amigáveis para os leitores.

Sugere-se que a equipe de trabalho seja acompanhada por um profissional com familiaridade na formalização de diretrizes clínicas ou em organização de sistemas e métodos.

A avaliação das diretrizes clínicas

Após serem validadas, as diretrizes clínicas devem ser avaliadas.

Há várias ferramentas para fazer-se a avaliação de diretrizes. O Boxe 21 mostra a proposta do instrumento AGREE de grande utilização no ambiente internacional.

Boxe 21: O instrumento AGREE de avaliação das diretrizes clínicas

O instrumento AGREE (Appraisal of Guideline Research and Evaluation) tem por finalidade proporcionar uma estrutura de base para a avaliação da qualidade de diretrizes clínicas. Por qualidade de diretrizes clínicas entende-se a confiança em como os vieses potenciais do desenvolvimento dessas normas foram adequadamente abordados e em como as recomendações possuem validade interna e externa e são exequíveis na prática. Esse processo implica levar em consideração os benefícios, os riscos e os custos das recomendações, bem como as questões práticas com elas relacionadas.

Assim, a avaliação inclui juízos de valor sobre os métodos usados no desenvolvimento das diretrizes clínicas, sobre o conteúdo das recomendações finais, bem como sobre os fatores associados ao seu acolhimento pelos potenciais utilizadores. O instrumento AGREE avalia tanto a qualidade do enunciado como a qualidade de alguns aspectos intrínsecos às recomendações. Permite avaliar a validade esperada das diretrizes clínicas, ou seja, a probabilidade de atingir os resultados finais pretendidos. Esse instrumento não avalia o impacto das diretrizes clínicas nos resultados finais de saúde das pessoas usuárias. A maioria dos critérios contidos no instrumento AGREE baseia-se mais em pressupostos teóricos do que em evidência empírica.

O instrumento AGREE foi desenvolvido através de discussões entre investigadores de vários países com larga experiência e conhecimentos extensos no domínio das diretrizes clínicas. Ele deve ser encarado como um reflexo do estado atual do conhecimento nesse campo.

O instrumento AGREE destina-se a avaliar diretrizes clínicas desenvolvidas por grupos locais, regionais, nacionais ou internacionais, ou por organizações governamentais afiliadas. Está voltado para novas diretrizes clínicas ou para atualizações de diretrizes clínicas existentes. Constitui uma ferramenta genérica, podendo ser aplicada a diretrizes clínicas para qualquer condição de saúde, incluindo aspectos de promoção da saúde, de prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidado, reabilitação ou paliação de condições de saúde. Esse instrumento se adequa a diretrizes clínicas produzidas tanto em formato eletrônico como em papel.

O instrumento AGREE destina-se a gestores, a técnicos envolvidos na elaboração de diretrizes clínicas, a prestadores de serviços de saúde e a educadores.

O instrumento AGREE contém 23 itens-chave, distribuídos em seis domínios. Cada domínio pretende abordar uma dimensão individual da qualidade das diretrizes clínicas. Âmbito e finalidade (itens 1-3): diz respeito ao objetivo global da diretriz clínica, às questões clínicas específicas e à população-alvo de pessoas usuárias; envolvimento das partes (itens 4-7): foca até que ponto a diretriz clínica representa ou não os pontos de vista dos seus utilizadores potenciais; rigor de desenvolvimento (itens 8-14): relaciona-se com o processo de coleta de evidência utilizado, com os métodos de formulação das recomendações e da respectiva atualização; clareza e apresentação (itens 15-18): tem a ver com a linguagem e o formato da diretriz clínica; aplicabilidade (itens 19-21): diz respeito às implicações da aplicação da diretriz clínica em termos organizacionais, comportamentais e de custos; independência editorial (itens 22-23): tem a ver com a isenção das recomendações e o reconhecimento de possíveis conflitos de interesse dos elementos do grupo de desenvolvimento da diretriz clínica.

Recomenda-se que cada diretriz clínica seja avaliada por, pelo menos, dois avaliadores, preferencialmente quatro, de forma a aumentar a segurança da avaliação. Cada item é classificado numa escala de 4 pontos, indo desde 4 "Concordo inteiramente" a 1 "Discordo veementemente", com dois pontos intermédios: 3 "Concordo" e 2 "Discordo". A escala mede até que ponto um dado critério (item) foi cumprido. Há, sempre, um espaço para comentários.

Fonte: The AGREE Collaboration (2001)

A validação das diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas, para serem eficazes, devem passar por um processo de validação, envolvendo a validação interna e externa. O processo de validação é importante para garantir que o instrumento de normatização seja aceito e utilizado posteriormente.

A validação interna é realizada por um consenso interno à organização, o que é facilitado pela inclusão de funcionários da instituição no grupo-tarefa. É útil o domínio, por algum membro do grupo-tarefa, de técnicas de formação de consensos, como o método delphi e as técnicas de grupos nominais. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas. Uma linha-guia de atenção pré-natal e ao parto legitima-se quando é validada por uma sociedade de obstetrícia e por uma sociedade de médicos de família. Aqui, também, facilita ter, como membro do grupo-tarefa, profissionais respeitados pelas sociedades corporativas respectivas. A validação externa deve ser buscada, também, com grupos que representam as pessoas usuárias como, por exemplo, as associações de portadores de patologias.

A publicação das diretrizes clínicas

Depois de validadas, as diretrizes clínicas devem ser publicadas.

A publicação deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários e deve utilizar material de qualidade, para que resista a um uso frequente. Deve ser feita uma tiragem que permita atingir todos os profissionais de saúde que vão utilizar as diretrizes clínicas. Cada profissional deve utilizar a diretriz clínica como base para a sua prática cotidiana, o que significa tê-la à sua disposição no espaço de trabalho.

Além da publicação em papel, deve-se disponibilizar a publicação em meio eletrônico, na página da organização. Isso é fundamental porque a publicação eletrônica pode sofrer revisões em períodos de tempo menor que a publicação em papel. A tendência é de valorizar, relativamente, as publicações eletrônicas, até mesmo por razões de custos.

Idealmente, as diretrizes clínicas devem ser acessadas, facilmente, por meio dos prontuários clínicos, pelos profissionais de saúde.

A revisão das diretrizes clínicas

Uma vez que as evidências surgem com muita frequência, é prudente que os instrumentos de normatização sejam revistos periodicamente. Cochrane (2001e) sugere que essa revisão seja anual. Para Harbour (2008), o período ideal de revisão é de três anos.

Quando uma diretriz clínica é considerada para revisão, três alternativas apresentam-se: uma revisão parcial, uma revisão completa ou o seu arquivamento.

A implantação das diretrizes clínicas

As principais barreiras à implantação das diretrizes clínicas são: fatores estruturais, como a ausência de incentivos financeiros; fatores organizacionais; fatores individuais relativos a conhecimentos, habilidades e atitudes; e problemas nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias (HARBOUR, 2008).

Para superar esses problemas deve ser definida uma estratégia de implantação das diretrizes clínicas, combinando diferentes intervenções que apresentam evidências de efetividades diferenciadas (NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1999): a publicação e distribuição em material escrito, pequena efetividade; auditoria clínica e *feedback*, efetividade moderada; educação permanente em grupos, efetiva; educação permanente individual, efetiva; opinião de líderes, efetividade variável; veiculação na mídia, efetiva; incentivos financeiros, efetividade variável; lembretes pelos prontuários eletrônicos, efetivos, mas não em todos os casos; a combinação dessas intervenções é mais efetiva que a utilização de uma ou de poucas intervenções isoladas. Portanto, a implantação de diretrizes clínicas deve ser feita por um mix dessas diferentes estratégias. Simplesmente publicar e enviar o documento aos profissionais de saúde é pouco efetivo e pode levar a que as diretrizes sejam postas na gaveta.

Uma revisão da literatura, conduzida pelo American College of Cardiology e pela American Heart Association, encontrou evidências de que as intervenções multifatoriais destinadas a superar barreiras às mudanças de comportamento, a atenção multidisciplinar a pessoas de alto risco, a extensão acadêmica, os *feedbacks* relativos aos resultados, os lembretes e as opiniões de líderes locais facilitam a adesão dos profissionais às diretrizes clínicas. A mesma revisão conclui que a simples distribuição das diretrizes clínicas tem pouco efeito na adesão (ACC/AHA GUIDELINES FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN THE ADULT, 2005)

Outros estudos mostraram que a introdução das diretrizes clínicas pela educação baseada em problemas teve impacto favorável em programas de controle de diabe-

tes (FEDER *et al*., 1995) e que a incorporação das diretrizes clínicas em prontuários eletrônicos aumentou a adesão de médicos da APS a essas diretrizes clínicas (PAYNE *et al*., 1995; RUOFF, 2002;).

Uma revisão sistemática realizada com base em duas outras revisões, cinco ensaios clínicos randomizados e três estudos avaliativos de utilização de diretrizes clínicas nas condições crônicas verificou que métodos educacionais ativos e focados encorajam os profissionais de saúde a seguir essas diretrizes (SINGH, 2005a).

As evidências em relação ao uso das diretrizes clínicas

Diretrizes clínicas baseadas em evidências demonstraram ser eficazes em definir que intervenções devem ser ofertadas para um serviço de qualidade, em chamar a atenção para intervenções inefetivas ou perigosas, em reduzir a variabilidade dos procedimentos médicos e em melhorar a comunicação nas organizações de saúde.

Além disso, constituem uma referência necessária para a auditoria clínica, especialmente para as tecnologias de gestão da utilização dos serviços; pela padronização dos serviços, as diretrizes clínicas aumentam a eficiência econômica do sistema de atenção à saúde; e a introdução das diretrizes clínicas permite racionalizar as taxas de permanência hospitalar, a utilização de medicamentos, as taxas de cirurgia e os exames de apoio diagnóstico e terapêutico (WOOLF *et al*., 1999).

As limitações das diretrizes clínicas estão em que são feitas para situações médias que podem não se aplicar a todas as pessoas e, também, em que podem estar viesadas pelas opiniões e visões do grupo que as elaborou. Além disso, ainda que reduzam a variação dos procedimentos médicos, podem diminuir a atenção individualizada para determinadas pessoas que necessitam de cuidados especiais. A forma de elaboração, através de algoritmos binários, pode sobressimplificar procedimentos complexos da medicina (WOOLF *et al*., 1999).

Uma meta-análise de 59 estudos avaliativos sobre diretrizes clínicas, envolvendo o período de 1976 a 1992, realizada por Grimshaw e Russell (1993), mostrou que, à exceção de quatro estudos, todos os outros mostraram significativas melhorias no processo de atenção à saúde; 9 dos 11 estudos que avaliaram resultados também mostraram efeitos positivos. Esses autores sugeriram que as diretrizes clínicas são mais efetivas quando desenvolvidas internamente, com a participação dos profissionais que as utilizarão.

Tunis *et al*. (1994) fizeram um *survey* nacional para verificar a reação dos médicos americanos às diretrizes clínicas. Os resultados referentes à familiaridade com

as diretrizes clínicas foram muito diferenciados, variando de 11% para testes de estresse a 59% para protocolos sobre dislipidemias. Os subespecialistas são os que mais conhecem as recomendações para sua área. Quanto maior o tempo de prática médica, maior o conhecimento das diretrizes clínicas. A confiança com as diretrizes clínicas variou: as menos confiáveis são as produzidas por operadoras privadas de planos de saúde, depois as produzidas por órgãos governamentais; as mais confiáveis são as produzidas por associações corporativas. A maioria dos médicos disse que as diretrizes clínicas foram boas e convenientes como instrumentos educacionais (64%), como fontes de consulta (67%) e que melhoraram a qualidade da atenção (70%). 25% dos médicos acharam-nas sobressimplificadas, rígidas e como uma ameaça à liberdade clínica.

Há evidências de que as diretrizes clínicas funcionam melhor quando utilizadas em conjunto com outras técnicas de gestão da clínica e em RASs (ROBINSON e STEINER, 1998). Isso é explicável porque a existência das diretrizes clínicas não garante a sua aplicação. Isso só pode ser conseguido com uma boa estratégia de implantação que passa pela tecnologia de gestão da condição de saúde.

Há evidências sobre o impacto de diretrizes clínicas em melhorar: a coordenação das equipes de saúde (SULCH *et al*., 2000; SULCH *et al*., 2002a); em padronizar a atenção (PAYNE *et al*., 1995; RENDERS *et al*., 2001; RUOFF, 2002); em reduzir as internações hospitalares e a permanência nos hospitais (CRANE e WEBER, 1999; JOHNSON *et al*., 2000; SULCH *et al*., 2000; CHAPELL *et al*., 2004); em melhorar a qualidade de vida das pessoas usuárias (SULCH *et al*., 2002b; KWAN e SANDERCOCK, 2004); em aumentar a satisfação das pessoas usuárias (KWAN e SANDERCOCK, 2004); em melhorar a qualidade da atenção (RENDERS *et al*., 2001; THOMAS *et al*., 2004); em obter melhores resultados clínicos (FEDER *et al*., 1995; SO WY *et al*., 2003; THOMAS *et al*., 2004); em diminuir o uso de medicamentos (JOHNSON *et al*., 2000); e em reduzir os custos da atenção à saúde (CRANE e WEBER, 1999).

Além disso, há evidências de que as diretrizes clínicas são melhor aplicadas quando levam em conta as circunstâncias locais, o cuidado multiprofissional, a implantação por processos de educação permanente e quando viabilizam o uso de alertas para os profissionais de saúde e as pessoas usuárias (NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION,1994; FEDER *et al*., 1995; AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, 2005; SINGH, 2005a)

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Utiliza-se, aqui, o termo de gestão da condição de saúde e, não, o mais encontrado na literatura internacional que é gestão de doença porque ela se presta, ademais

de doenças, ao gerenciamento de condições como gravidez, acompanhamento de pessoas idosas, de crianças e de adolescentes, que não são doenças, mas que são condições crônicas.

O histórico

A tecnologia de gestão da condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, na primavera de 1993, como gerenciamento de doença (*disease management*), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica.

Desde seu surgimento, a gestão da condição de saúde vem passando por sucessivas gerações (ZITTER, 1996). A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gerenciamento de doença, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio junto com a implantação dos sistemas integrados ou RASs e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, através de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais. A quarta geração que se está iniciando é a transformação da gestão de doença em gestão da saúde ou em gestão total da saúde (COUCH, 1998), em que a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura, cuidado e reabilitação.

Ainda que a gestão da condição de saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental. Segundo Ham (2007a), essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais por ter, ali, melhores condições contextuais para o seu pleno desenvolvimento.

A proposta de gestão da condição de saúde que se apresenta, aqui, ainda que se beneficiando das experiências internacionais mais maduras, foi desenvolvida para adaptar-se às singularidades do SUS e envolve um conjunto de ações sobre fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão etc.) ou sobre uma condição de saúde já estabelecida (diabetes, doença coronariana, asma etc.),

segundo sua estratificação de riscos. É por meio da gestão da condição de saúde que se operam os níveis 3 e 4 do MACC, mostrado na Figura 12.

O conceito

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

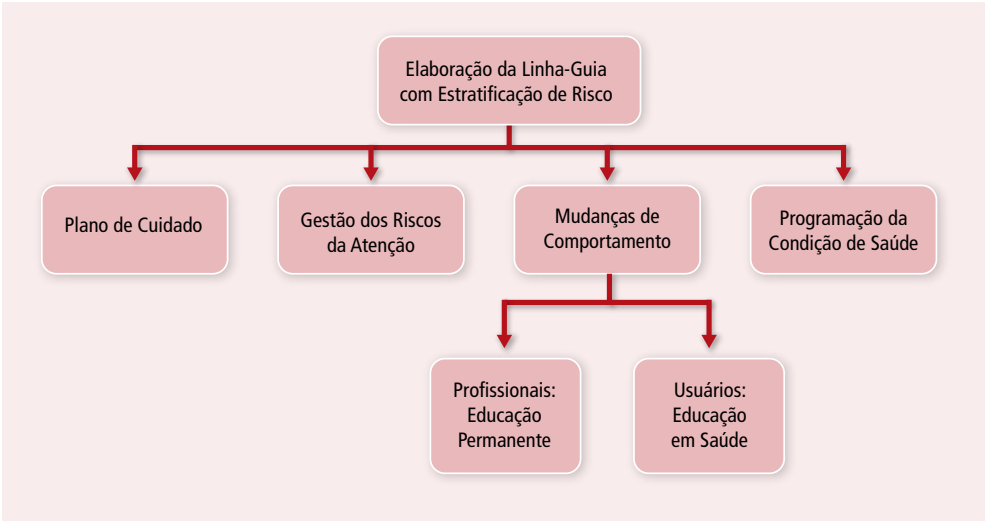
A gestão da condição de saúde faz-se, além de fatores de risco biopsicológicos, sobre uma condição de saúde estabelecida, estratificada por riscos. A divisão entre condição de saúde de nível 1 e condição de saúde de nível 2 (Figura 12), separa as condições de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o modelo da pirâmide de risco. A razão é que diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos. Na gestão da condição de saúde de nível 1 vai-se privilegiar, relativamente, o autocuidado apoiado e na gestão da condição de saúde de nível 2, vai-se fixar, relativamente, na atenção profissional, ainda que mantendo os procedimentos de autocuidado.

A gestão da condição de saúde tem como premissa a melhoria da atenção à saúde em toda a RAS, ou seja, no contínuo de pontos de atenção à saúde que compõe essa rede. A gestão da condição de saúde começa com uma correta compreensão de toda história dessa condição, expressa em um mapa da condição de saúde.

A gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde. A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos, cuidadores e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A gestão da condição de saúde é representada, graficamente, na Figura 17.

Figura 17: A gestão da condição de saúde



As indicações da gestão da condição de saúde

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma RAS.

A gestão da condição de saúde é um enfoque que se dirige a uma população determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Ou seja, pressupõe o conhecimento da população através de um sistema de informação com capacidade de fazer o seu registro, por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição.

O processo de desenvolvimento da gestão da condição de saúde

O instrumento básico para o desenvolvimento da gestão da condição de saúde é a linha-guia relativa a essa condição porque ela vai definir as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e suas relações com os sistemas de apoio, englobando os processos de cura, cuidado, reabilitação e paliação.

A gestão da condição de saúde, tal como se observa na Figura 17, estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde.

O plano de cuidado

O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. Em alguns casos, envolverá o contexto familiar e a rede de suporte social da pessoa usuária.

Esse plano de cuidado é elaborado, conjuntamente, pela equipe de saúde e cada pessoa usuária e envolve metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados. Isso exige uma mudança profunda nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, através da introdução da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família. Nessa nova forma de relação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias não há mais prescritores, de um lado, e receptores passivos, pacientes portanto, de outro; equipe de saúde e pessoa usuária atuam cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo. O centro da relação entre a equipe de saúde e a pessoa usuária, na atenção às condições crônicas, não é a queixa principal, mas o plano de cuidado.

O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo.

É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde, com a colaboração da equipe de saúde e com o apoio de um sistema eficaz de informações em saúde. E que traz os elementos fundamentais para uma participação proativa das pessoas usuárias em sua atenção, que recolhe e acolhe seu grau de confiança em cumprir as metas definidas e que permite um monitoramento conjunto desse plano. Por isso, Kabnecell *et al*. (2006) sugerem que um plano de cuidado robusto deve ter três atributos: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz.

O plano de cuidado é parte fundamental do prontuário clínico eletrônico.

A gestão dos riscos da atenção à saúde

A atenção à saúde não se faz, infelizmente, de acordo com padrões ótimos de clínica. Um estudo feito nos Estados Unidos mostrou que, em média, a qualidade adequada de atenção à população adulta, quando comparada com recomendações baseadas em evidências, foi de, apenas, 54,9%, um déficit de qualidade médio de 45,1%. Esse valor médio de qualidade recomendada atingiu 54,9% para os cuidados preventivos, 53,5% para os cuidados aos eventos agudos e 56,1% para o cuidado às condições crônicas. Variações maiores foram obtidas quando se consideraram condições específicas; por exemplo, o manejo de pessoas portadoras de dependência alcoólica só foi adequado em 10,5% dos casos (McGLYNN *et al.*, 2003). Não foi diferente o estudo sobre a atenção às crianças e aos adolescentes no mesmo país, realizado posteriormente. Verificou-se que, em média, a atenção recomendada só foi obtida em 46,5% dos casos, variando de 67,6% nos cuidados aos eventos agudos, 53,4% nas condições crônicas e 40,7% nos cuidados preventivos. Nos serviços preventivos para adolescentes a atenção adequada só foi de 34,5% (MANGIONE-SMITH *et al.*, 2007).

Um dos problemas centrais dos sistemas de atenção à saúde é que eles podem causar danos às pessoas usuárias e às equipes de saúde. Esses danos podem ser devido a erros ou a eventos adversos. Os erros são definidos como falhas numa ação planejada ou pelo uso de um planejamento incorreto e os eventos adversos como os danos causados pela intervenção sanitária e não pelas condições das pessoas que são submetidas a ela; os eventos adversos preveníveis são aqueles atribuíveis a um erro ou a uma falha sistêmica da atenção à saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Por outro lado, os serviços seguros são conceituados como aqueles que são prestados sem causar danos às pessoas usuárias e aos profissionais e que aumentam a confiança das pessoas na atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Um clássico trabalho sobre o sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos mostrou que os problemas de erros e eventos adversos do sistema de atenção à saúde constituíram a terceira causa de morte naquele país e foram responsáveis por 48 a 98 mil mortes por ano, metade das quais por reações adversas de medicamentos (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; STARFIELD, 2000). Em parte, esses eventos adversos devido a medicamentos foram consequência da percepção exagerada das pessoas dos aspectos positivos dos medicamentos e da pressa em aprovar a entrada no mercado dos medicamentos, ambas situações ligadas aos modos de operar da grande indústria farmacêutica, como adverte Angell (2008).

Num trabalho subsequente, o mesmo Instituto de Medicina propôs a superação do "abismo da qualidade" do sistema de atenção à saúde americano por meio de reformas profundas que estruturem um novo conceito de qualidade, baseado em alguns objetivos, entre os quais, a prestação de serviços seguros que evitem danos para as pessoas usuárias. Essa instituição fez uma recomendação explícita para a mudança do sistema americano que é a de colocar a segurança como uma propriedade inerente desse sistema e que as pessoas usuárias devem estar seguras de que não sofrerão danos causados pela atenção à saúde. Reduzir os riscos e assegurar segurança requer maior atenção do sistema para prevenir e mitigar os seus erros (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Por isso, definiu-se um conceito de segurança das pessoas usuárias como a capacidade de um sistema de atenção à saúde evitar os danos da atenção que se supõe ser prestada para ajudá-las a melhorar suas condições de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

No Reino Unido, 1 em cada 20 pessoas usuárias dos serviços de atenção secundária sofrem danos em consequência de intervenções sanitárias, o que leva a 850 mil eventos adversos nos hospitais, por ano, e a um custo adicional de 2 bilhões de libras, por ano (EMSLIE, 2002); metade desses eventos adversos são preveníveis (Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS, 2000). Esses eventos são responsáveis por aproximadamente 40 mil mortes anuais, o que faz com que iatrogenias do sistema de atenção à saúde daquele país, à semelhança dos Estados Unidos, sejam a terceira causa de mortes naquela população, somente superados pelas mortes por doenças cardiovasculares e por câncer.

Três casos de práticas clínicas de má qualidade, no Reino Unido, tiveram forte repercussão na mídia: um, o inquérito Allitt da morte causada por má prática de enfermagem em quatro crianças; outro, o caso de Bristol, das mortes excessivas em procedimentos realizados por um cirurgião cardíaco pediátrico; e um terceiro, dos assassinatos em série perpetrados pelo médico generalista mais popular de Hyde, Manchester, Harold Shipman (McDONALD, 1996; THE LANCET, 1998; MAYNARD, 2010). A necessidade do NHS reconquistar a confiança da opinião pública, posta em cheque por esses casos terríveis, foi uma das razões que levaram à proposição da governança clínica pelo sistema público daquele país e, dentro dela, de um componente forte de gestão dos riscos da atenção à saúde.

Pesquisas realizadas na Europa mostraram que, em média, 1 em cada 10 pessoas internadas nos hospitais apresentaram, pelo menos, um evento adverso relacionado com os serviços prestados. Por isso, a Organização Mundial da Saúde está considerando que serviços de qualidade, seguros para as pessoas e para os profissionais, devem ser inscritos como direitos da pessoa humana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Estudo da Rand Corporation mostrou que os cidadãos da União Europeia

agregam mais de 146 mil internações/ano como resultado de eventos adversos, das quais 50 mil são evitáveis (CONKLIN *et al*., 2008).

A gestão dos riscos da atenção à saúde estrutura-se a partir do princípio hipocrático: primeiro, não cause danos. E reconhece que os erros e os eventos adversos são resultados acumulativos de problemas que se dão na forma como os processos são organizados e nos ambientes físico e social em que a atenção à saúde é prestada.

Há um reconhecimento crescente de que a gestão dos riscos da atenção à saúde deve estar integrada em processos de desenvolvimento da qualidade, vez que se entende um serviço de qualidade como aquele que organiza seus recursos de modo a atender às necessidades de saúde das populações por meio de intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, prestadas com segurança para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde, sem desperdícios econômicos e dentro de padrões ótimos predefinidos (OVERETVEIT, 2004).

O conceito de gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver boas práticas clínicas que permitam diminuir os riscos clínicos e a ocorrência de incidentes danosos ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (McSHERRY e PIERCE, 2002b). Os riscos clínicos representam-se por variâncias nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas em relação a padrões definidos intencionalmente.

A gestão dos riscos da atenção à saúde procura aumentar a capacidade das organizações de saúde e de seus membros para desenvolver ações positivas que reduzam os riscos de morte e de sequelas para as pessoas usuárias e as suas consequências econômicas, morais ou de prestígio para as organizações de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 1994).

A implantação da gestão dos riscos da atenção à saúde envolve um conjunto integrado de ações: a definição de uma estratégia de gestão dos riscos da atenção; a identificação, em cada organização, de um grupo para coordenar essas ações; a explicitação de padrões ótimos de atenção segura, com base em evidências clínicas; a implantação de um sistema de relatório de eventos adversos; a montagem de um sistema de vigilância dos riscos da atenção, envolvendo a identificação, o monitoramento e a avaliação dos riscos – por exemplo, o sistema de farmacovigilância; a implantação de um sistema de ouvidoria que recolha e acolha as manifestações de más práticas clínicas por parte das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde; a articulação com o sistema de auditoria clínica; a implantação de sistema de educação permanente dos profissionais de saúde em redução dos riscos clínicos; e a provisão

de informação às pessoas usuárias sobre os riscos e os benefícios de determinadas intervenções médicas.

A gestão dos riscos da atenção pressupõe um sistema de gestão de desempenho que visa garantir que os serviços são prestados de forma efetiva, apropriada e em tempo oportuno (DEPARTMENT OF HEALTH, 1997). Esse sistema opera, de um lado, com variáveis individuais como as queixas das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e de suas repercussões na mídia e, de outro, com variáveis organizacionais como os eventos adversos, os indicadores de qualidade e as revisões de desempenho. Isso se explica por que o mau desempenho pode ser resultado de falhas individuais e/ou de falhas processuais ou sistêmicas. A gestão de desempnho procura responder a duas questões: O que estamos fazendo? E quão bem estamos fazendo? (McSHERRY e PEARCE, 2002b).

A Comissão Europeia para a Saúde e Proteção do Consumidor está propondo um programa de gestão dos riscos da atenção à saúde com base em três grandes áreas: a estruturação de um sistema de vigilância dos riscos da atenção à saúde; a implantação de mecanismos de compensação financeiras para as pessoas vítimas de erros médicos ou eventos adversos; e o desenvolvimento e o uso dos conhecimentos e das evidências (CONKLIN *et al*., 2008).

Um exemplo de gestão de riscos da atenção à saúde, aplicado em larga escala, foi a Campanha de Cem Mil Vidas do Institute for Healthcare Improvement, realizada nos Estados Unidos, e que objetivou salvar cem mil vidas em milhares de hospitais daquele país, num período de 18 meses, por meio de um programa com intervenções em cinco áreas: a promoção de uma cultura organizacional de segurança; a melhoria do trabalho em equipe e da comunicação para promover a segurança das pessoas usuárias; o aperfeiçoamento da resposta rápida para prevenir ataques cardíacos e outros eventos críticos no hospital; a prevenção de infecções associadas à atenção à saúde nas unidades de cuidados intensivos; e a prevenção de efeitos adversos de medicamentos na atenção hospitalar. Os resultados dessa campanha, avaliados através de 10 estudos de casos realizados por MacCarthy e Blumenthal (2006), mostraram resultados altamente positivos: uma redução significativa nos eventos adversos e nas infecções hospitalares; uma aparente eliminação de erros sérios como cirurgias realizadas no lugar errado; uma redução das taxas de mortalidade; uma melhoria nas atitudes de segurança, nos trabalhos em equipe e nas comunicações relativas aos desempenhos de segurança; um aumento nos relatórios sobre incidentes de segurança e uma efetiva investigação de suas causas com a prescrição de ações preventivas para evitar problemas futuros; um aumento do moral do pessoal de enfermagem e um decréscimo no turnover e no absenteísmo dos enfermeiros; uma utilização mais eficiente do tempo da equipe de saúde pela eliminação de

retrabalho; e uma economia de recursos financeiros pela diminuição das taxas de permanência nos hospitais. A maioria desses casos mostrou uma associação estreita entre as ações de segurança das pessoas usuárias com outras medidas de programas de qualidade e ressaltou a importância relativa maior das intervenções de criação de uma cultura de segurança.

O mesmo Intituto lançou uma campanha de proteção de 5 milhões de vida no período de dezembro de 2006 a dezembro de 2008, envolvendo muitos hospitais em todo o país (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2007). Essa campanha foi estendida a outros países e, no Brasil, foi coordenada pelo Instituto Qualisa de Gestão (2008) com o nome de "Protegendo 5 milhões de Vidas".

Medidas singelas podem integrar um sistema de gestão de riscos da atenção à saúde com ênfase na qualidade. Por exemplo, durante seu processo de acreditação, o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, implantou uma política de lateralidade em que se optou por fazer, sempre, uma marca na pessoa, no lado a ser operado, a fim de evitar cirurgias equivocadas e perda de tempo. É muito simples, economiza tempo e aumenta a margem de segurança para a pessoa a ser operada (LOTTENBERG, 2007).

Fica claro que a gestão de riscos da atenção à saúde guarda uma relação estreita com a auditoria clínica, tecnologia de gestão da clínica, considerada, à frente, nesse capítulo.

A gestão dos riscos da atenção à saúde pode ter um segundo componente que são os riscos para as equipes de saúde. Esse componente visa a assegurar que os profissionais de saúde estão operando em padrões adequados de biossegurança, em ambientes saudáveis e protegidos em relação a infecções (STAREY, 1999).

As mudanças de comportamento dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias

As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias fazem-se, na gestão da condição de saúde, por meio de processos educacionais potentes. Em relação aos profissionais de saúde envolve métodos adequados de educação permanente e no que concerne às pessoas usuárias faz-se através de processos de educação em saúde.

A educação permanente dos profissionais de saúde há que evoluir de uma educação tradicional para processos de educação permanente contemporâneos.

A educação tradicional dos profissionais de saúde caracteriza-se assim: é baseada em intervenções isoladas e pontuais; utiliza metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos; desvincula as intervenções educacionais das práticas profissionais; separa as intervenções educacionais das mudanças de desempenho; não é construída com base em análises de necessidades dos educandos; produz respostas padronizadas e não individualizadas; e as iniciativas de adesão são responsabilidades individuais (MAMEDE, 2005a).

A educação continuada no SUS tem sido ofertada, predominantemente, dessa forma tradicional. São atividades educacionais convencionais como cursos curtos, seminários, oficinas; centram-se nas necessidades dos seus formuladores, normalmente gerentes de programas de saúde que não têm uma boa formação em educação; são intervenções curtas e pontuais; nem sempre são significativas para os educandos; e não se fazem sobre problemas concretos do dia-a-dia dos educandos. O resultado é um enorme volume de recursos aplicado para baixos resultados educacionais. Agreguem-se, a esses custos diretos, custos indiretos muito altos, derivados da retirada constante dos profissionais de suas atividades de rotina nas suas unidades de saúde. Essa forma de processo educacional precisa ser mudada radicalmente.

A superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde faz-se a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente: pré-graduação, graduação, formação para especialidade, educação permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional permanente nos campos técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; a adoção de fundamentos oriundos da investigação científica nas áreas de psicologia cognitiva e educação profissional; e o movimento da educação baseada em evidência (MAMEDE, 2005b).

Há tempo, os processos de educação permanente têm demonstrado ser eficazes para a incorporação das práticas definidas nas diretrizes clínicas (SIBLEY *et al*., 1982). Mas vai-se caminhando no sentido de estratégias educacionais que valorizam o ensino-aprendizagem tutorial, realizado com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizado por círculos de pares (MAMEDE, 2001).

A educação permanente dos profissionais de saúde tem como sujeitos pessoas adultas. A educação de pessoas adultas é feita pela andragogia que tem características de aprendizagem bem diferentes daquelas da pedagogia, destinadas à aprendizagem das crianças. As principais características da aprendizagem andragógica são: a aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte

de aprendizagem através da discussão e da solução de problemas em grupo; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para se chegar à solução. Na andragogia, o professor se transforma num facilitador eficaz de atividades de grupos, devendo demonstrar a importância prática do assunto a ser estudado, transmitir o entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes (PERILLO *et al*., 2007).

A educação permanente dos profissionais de saúde deve ser baseada nos fatores de mudança das práticas profissionais: os fatores predisponentes, os fatores habilitadores e os fatores reforçadores. Os fatores predisponentes envolvem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, tais como atividades formais (cursos e conferências), materiais impressos e audiovisuais. Os fatores habilitadores são aqueles que facilitam as modificações da prática profissional no ambiente de trabalho como as diretrizes clínicas, as consultas a colegas e materiais de educação em saúde. Os fatores reforçadores são aqueles que consolidam as mudanças das práticas profissionais como os alertas e os *feedbacks*. Há, ainda, fatores multipotenciais como as revisões de prontuário, as opiniões de profissionais-líderes e os incentivos (ADELSON *et al*., 1997). Os incentivos econômicos e não econômicos em relação à adoção dos procedimentos recomendados são fundamentais, juntamente com as estratégias educacionais, para as mudanças das práticas clínicas.

Uma estratégia importante para a educação permanente de profissionais de saúde é o círculo de aperfeiçoamento da prática profissional, uma reflexão crítica de um grupo de profissionais sobre o seu próprio desempenho, com o objetivo de alcançar uma melhoria contínua na atenção às pessoas. Esse círculo é: um processo permanente que envolve a definição de critérios, a avaliação do desempenho e a implementação das mudanças; a forma de educação permanente que associa o aumento do conhecimento com a mudança da prática profissional; e o método para aprender e mudar (MAMEDE, 2005c).

A educação permanente para os profissionais de saúde exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essa organização, consequentemente, deve prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada ofertando-o, portanto, em tempo protegido.

Um caso de educação permanente de profissionais de saúde que utiliza os princípios da andragogia é o Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, descrito no Boxe 22.

Boxe 22: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

O PEP é a intervenção educacional implantada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para lidar com a educação permanente dos médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) no estado. O propósito é induzir uma cultura de mudança e de renovação da prática do profissional e criar um sistema de melhoria permanente do desempenho em busca da excelência dos cuidados às pessoas usuárias do SUS.

Fundamentado nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências disponíveis na literatura, o PEP é uma intervenção multifacetada que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço. O ponto de partida do processo de aprendizagem é a consulta médica centrada na pessoa e na família.

Para além da aprendizagem do conhecimento científico factual, é enfatizado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes, importantes na APS. A aprendizagem colaborativa e o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa.

O PEP está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática. Cada grupo é integrado por 8 a 10 médicos que trabalham no PSF de uma mesma microrregião de saúde ou cidade. Seus membros dedicam 16 horas mensais às atividades de aprendizagem, no horário de trabalho, com tempo protegido para esse fim. As atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro grandes estratégias educacionais: o círculo de aperfeiçoamento da prática profissional, o plano de desenvolvimento pessoal, os módulos de capacitação e o treinamento em serviço de habilidades clínicas. Na seleção dos tópicos para estudo e na programação das atividades educacionais, as áreas prioritárias da política estadual de saúde são priorizadas, especialmente aquelas contidas nas linhas-guia referentes aos programas estruturadores.

Em cada município em que as atividades educacionais são desenvolvidas é implantada uma sala de educação permanente. Essa sala de educação permanente do PEP é dotada do mobiliário, equipamentos, material de consumo, computador com acesso à Internet e acervo bibliográfico necessários ao desenvolvimento das atividades previstas. Na implantação dessas salas, procura-se montar um espaço com privacidade e tranquilidade, enfim, um ambiente físico apropriado para a aprendizagem de adultos.

As atividades educacionais dos grupos de aperfeiçoamento das práticas são supervisionadas, de forma presencial, por professores das Faculdades de Medicina regionais. Os professores recebem capacitação prévia nos princípios, diretrizes, estratégias e ferramentas educacionais preconizadas no PEP. A parceria da Faculdade de Medicina com a Secretaria de Estado de Saúde é formalizada mediante contrato ou convênio, com a participação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. A implantação do PEP em uma microrregião é negociada com os municípios e submetida à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional (CIB Microrregional) correspondente. A adesão de cada município é oficializada pela assinatura de termo de compromisso do gestor em promover a participação dos seus médicos e garantir tempo protegido para as atividades educacionais.

A gestão do PEP é compartilhada pela Coordenação Estadual, pela Comissão Regional e o Coordenador Regional, necessariamente um professor da Faculdade de Medicina parceira. Encontra-se em fase de implantação o sistema de monitoramento e avaliação do PEP e uma parceria com a Sociedade Mineira de Medicina de Família e Comunidade. Essa Sociedade deverá assumir a função de acreditar os grupos de aperfeiçoamento das práticas, fazer o acompanhamento longitudinal de seu funcionamento e validar as atividades dos médicos participantes para fins de recertificação.

Boxe 22: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

Os primeiros grupos de médicos foram implantados nas microrregiões de Janaúba/Monte Azul e Montes Claros/Bocaiúva, a partir de 2005. A avaliação da percepção do programa pelos médicos participantes desses GAPs, feita por meio de um questionário estruturado, respondido por 120 médicos de família, está descrita no quadro a seguir.

A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS PARTICIPANTES DO PEP NAS MICRORREGIÕES DE MONTES CLAROS/ BOCAIÚVA, E JANAÚBA/MONTE AZUL, MARÇO/2008

VARIÁVEL	RESPOSTA	%
Interesse em participar do PEP	Grande e Muito Grande	97
Satisfação pessoal com o PEP	Grande e Muito Grande	86
Autoavaliação da sua participação no PEP	Boa e Excelente	77
Potencial do PEP para mudar a prática	Grande e Muito Grande	95
Interesse pela busca de novos conhecimentos após o PEP	Aumentou Muito	88
Interesse em continuar participando do PEP	Grande e Muito Grande	90
Oportunidade para crescimento pessoal e Profissional	Grande e Muito Grande	98

O PEP, em 2010, estava implantado em 33 microrregiões englobando 356 municípios mineiros, atingindo 1.696 médicos de PSF organizados em 183 grupos de aperfeiçoamento profissional e, aproximadamente, 150 salas de educação permanente. As escolas parceiras são: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina de Barbacena, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina da Universidade do Triângulo Mineiro, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Faculdade de Medicina da Universisade Federal de São João Del Rei, e Universidade Federal dos Vales do Jequitinhinha e do Mucuri.

Os recursos de investimento para implantação das salas de educação permanente e de custeio para pagamento dos professores e material de consumo são providos integralmente pela Secretaria de Estado da Saúde com recursos do tesouro estadual. Não há contrapartida financeira por parte dos municípios, Faculdades de Medicina parceiras ou médicos participantes do programa. Em valores atuais, o custo aproximado do PEP é de 400 reais/mês/médico, incluindo os investimentos para implantação das salas de educação permanente.

Em síntese, o PEP é uma proposta educacional inovadora. O programa tem potencial de efetividade para mudar a prática e melhorar o desempenho dos médicos de família, organizar os serviços e, em consequência, qualificar o cuidado e contribuir para a melhoria dos índices de saúde das pessoas usuárias.

Fonte: Silvério (2008); Schneider *et al*. (2010)

Há evidências na literatura internacional sobre os efeitos positivos da educação permanente na mudança de comportamento dos profissionais de saúde e em outras

dimensões da prática profissional, sobre os resultados sanitários e sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Waddell (1991), numa meta-análise, concluiu que a educação permanente afetou positivamente a prática da enfermagem. Davis *et al*. (1992), numa revisão de 50 ensaios clínicos randomizados, verificaram que intervenções de educação permanente melhoraram o desempenho dos médicos e os resultados sanitários. Davis *et al*. (1995) numa revisão sistemática constataram que intervenções educacionais estiveram associadas com melhores desempenhos dos profissionais e com melhores resultados sanitários. Finlay *et al*. (1998), num ensaio clínico randomizado, encontraram que a capacitação de estudantes de Medicina na abordagem de portadores de câncer por meio do desenvolvimento de habilidades comunicacionais, tornaram-nos mais habilitados a reconhecer os valores das pessoas usuárias, a ouvir melhor suas ponderações e a ajudá-las a tomar decisões sobre sua saúde. Kinmonth *et al*. (1998), num estudo de caso controle feito no Reino Unido, encontraram que o treinamento de médicos generalistas e enfermeiros com processos educacionais centrados nos portadores de diabetes de tipo 2 melhoraram suas habilidades de comunicação, a satisfação das pessoas usuárias e as suas percepções de bem-estar. A World Health Organization (1998), numa revisão sistemática, concluiu que a educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com uma metodologia de educação em saúde e de autocuidado reduz o uso dos serviços de saúde e os custos da atenção. Casebeer *et al*. (1999) encontraram uma associação entre teleconferências interativas e uma melhoria da gestão de doenças crônicas por médicos generalistas. Davis *et al*. (1999), numa meta-análise da educação permanente de profissionais de saúde, evidenciaram que atividades educacionais que provêem a oportunidade de exercitar habilidades clínicas, permitem mudar os comportamentos clínicos desses profisionais e, em algumas situações, impactar positivamente os resultados sanitários. Braybrook e Walker (2000) compararam processos educacionais individuais ativos e passivos sobre prescritores de medimentos na APS e chegaram à conclusão que os processos ativos são mais efetivos em mudar os comportamentos dos profissionais que os processos passivos e que, ambos, são mais efetivos que nenhuma intervenção educacional. Ilett *et al*. (2000) encontraram que a utilização de farmacêuticos clínicos como educadores de 112 médicos generalistas ingleses reduziu o número de prescrições de antibióticos e o custo da assistência farmacêutica. Smits *et al*. (2002) concluíram que os médicos estavam mais satisfeitos quando submetidos à aprendizagem baseada em problemas que na educação continuada tradicional. Schoenbaum *et al*. (2001) num ensaio clínico randomizado feito com 46 médicos de APS, envolvendo 1.356 portadores de depressão, constataram que, após dois anos de participação dos médicos em processos educacionais, as pessoas usuárias apresentaram menos dia de sintomas depressivos e menos absenteísmo no trabalho. Weingarten *et al*. (2002), numa meta-análise de 118 estudos de programas de gestão de condição de saúde,

verificaram que a educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com lembretes e *feedbacks*, estavam associados com uma maior adesão desses profissionais às diretrizes clínicas e com melhor controle das doenças. Robertson *et al*. (2003), revisando 15 pesquisas sobre educação permanente para profissionais de saúde, verificaram que essas atividades prestadas de forma constante e interativa, contextualmente relevante e baseada em avaliação das necessidades dos educandos melhora os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais de saúde e impacta favoravelmente a saúde das pessoas usuárias. Darer *et al*. (2004) realizaram um *survey* com 1.236 médicos americanos sobre suas percepções e chegaram à conclusão de que eles não consideravam adequados seus treinamentos para lidar com as condições crônicas, mas os médicos de família se sentiram melhor capacitados que os clínicos gerais, os pediatras, os cirurgiões e outros especialistas não cirurgiões; 80% dos entrevistados disseram que os treinamentos adicionais tiveram um efeito positivo em suas atitudes em relação à atenção aos portadores de condições crônicas. Lewin *et al*. (2004), numa revisão da Cochrane sobre a educação centrada nas pessoas, constataram que médicos e enfermeiros de APS quando participaram de atividades educacionais com essa metodologia de atenção à saúde aumentaram a satisfação das pessoas usuárias com os cuidados recebidos. Singh (2005a) numa revisão sistemática encontrou evidência de que processos de educação ativos têm algum impacto nas habilidades dos profissionais de saúde.

Há também evidências sobre os efeitos positivos na mudança de comportamento dos profissionais e nos resultados sanitários da utilização de fatores reforçadores e multidimensionais como os lembretes, os *feedbacks*, as auditorias e os incentivos econômicos e não econômicos quando articulados com programas de educação permanente (EAGLE *et al*., 1990; MUGFORD *et al*., 1991; DAVIS *et al*., 1994; JOHNSTON *et al*., 1994; WEINGARTEN *et al*., 1994; ELLRODT *et al*, 1995; BALAS *et al*., 2000; JOHNSTON *et al*., 2000; OLIVARIUS *et al*., 2001; FRIJLING *et al*., 2002; SANDERS e SATYVAVOLU, 2002; FRIGLING *et al*., 2003; KOGAN *et al*., 2003; BALAS *et al*., 2004; HULSCHER *et al*., 2004; THOMSON *et al*., 2004; SINGH, 2005a).

Há quem sugira que a educação permanente de médicos deve ser acompanhada por estratégias de recertificação profissional, já que a educação permanente somente não permitiria identificar os médicos que apresentam baixo desempenho profissional. Há evidências de que a recertificação dos médicos está associada com melhores resultados clínicos e com melhor qualidade da atenção à saúde (CHEN *et al*., 2006; MERKUR *et al*., 2008).

A gestão da condição de saúde, além de mudar comportamentos dos profissionais, deve mudar os comportamentos das pessoas usuárias dos serviços de saúde.

Essa mudança de comportamento das pessoas usuárias é, também, realizada por ações educativas, o que convoca a educação em saúde.

As diretrizes clínicas que normatizam o processo de intervenção frente à condição de saúde devem ser apropriadas pelas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Isso exige um processo de mediação de comunicadores e educadores e um espaço organizacional da educação e comunicação. É o campo da educação em saúde.

As variáveis importantes desse momento são os conteúdos das mensagens, a mídia e o *feedback*. Dessa forma, as diretrizes clínicas devem ser traduzidas em linguagem adequada, pelos comunicadores e educadores, para as pessoas usuárias, e transmitidas através de meios pertinentes para que sejam apropriadas devidamente.

A educação em saúde envolve estratégias como a realização de *surveys* ou grupos focais; a busca dos melhores meios para as mensagens específicas (eletrônico, impresso, falado, visual); e a avaliação por *feedback* da eficácia dos métodos comunicacionais utilizados.

Ademais, há que se ter um processo educacional que permita que as pessoas usuárias se apropriem das diretrizes clínicas. Valorizar a educação das pessoas usuárias, de forma a que mudem seus comportamentos em relação à condição de saúde e que participem proativamente do plano de cuidados, é um elemento essencial da gestão da condição de saúde e parte de sua função educacional.

A educação em saúde se vale muito das teorias do campo da psicologia organizacional aplicadas a mudanças de comportamento que foram discutidas anteriormente.

Ter boas diretrizes clínicas é uma condição necessária, mas não suficiente para uma boa gestão da clínica. Dispor de diretrizes clínicas na Internet ou impressas, mas não implantá-las através de processos educacionais potentes, para profissionais de saúde e pessoas usuárias, é uma perda de tempo e de recursos.

A programação da condição de saúde

A programação da condição de saúde estrutura-se em três momentos: a elaboração da programação, o contrato de gestão e o monitoramento e avaliação.

A programação local faz-se em cada ponto de atenção à saúde de uma RAS.

Dada a função coordenadora que a APS tem nas RASs, a programação desse nível de atenção merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um

sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação local deve ser feita utilizando-se a planilha de programação que é parte integrante das linhas-guia, referentes à APS. Essa planilha contém os parâmetros de atenção à saúde que devem orientar a programação.

Dessa forma, a programação local da gestão da condição de saúde é realizada através do momento normativo do plano estratégico, vez que as planilhas expressam as principais normatizações realizadas nas linhas-guia. Por exemplo, a linha-guia de atenção ao pré-natal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2003) contém, dentre outros, os seguintes parâmetros em sua planilha de programação: inscrever, no mínimo, 70% das gestantes residentes na área de abrangência até o 4º mês de gestação; prover, no mínimo, 7 consultas para cada gestante; realizar os exames previstos nos protocolos em 100% das gestantes; imunizar 100% das gestantes inscritas; realizar exames para HIV, sífilis e toxoplasmose em 100% das gestantes; notificar 100% dos casos positivos de HIV, toxoplasmose e sífilis; tratar 100% das gestantes positivas para HIV, toxoplasmose e sífilis; identificar as patologias que possam resultar em trabalho de parto prematuro em 100% das gestantes inscritas; detectar e encaminhar 100% das gestantes de risco para o serviço de referência; e realizar o monitoramento de 100% das gestantes conforme a linha-guia. Esses parâmeros são a base da programação local feita por uma equipe de PSF.

A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que irá executá-la.

Há que se estabelecer objetivos realísticos, em termos de resultados esperados, para o processo de gestão da condição de saúde. Indicadores de resultados bem específicos são definidos e validados pelos profissionais de saúde.

Os objetivos e metas fixados na programação local devem ser um dos elementos básicos para a elaboração do contrato de gestão entre a autoridade sanitária (por exemplo, o Secretário Municipal de Saúde) e a unidade prestadora de serviços (por exemplo, a Unidade de APS ou a equipe de saúde da família).

O contrato de gestão segue, em termos gerais, o que foi discutido, anteriormente, sobre contratualização, na governança das RASs.

Há evidências, provindas de avaliações rigorosas realizadas em vários países, inclusive no Brasil, de que a introdução de contratos como instrumentos de gestão

da condição de saúde contribui para a obtenção de melhores resultados econômicos nos sistemas de atenção à saúde (WORLD BANK, 2006; LOEVINSOHN, 2008).

Esses contratos devem ser baseados em desempenho, o que significa: estabelecer objetivos claros e os seus indicadores; desenvolver sistema de monitoramento com base na produção e utilização oportuna dos indicadores; e produzir consequências para o contratado, seja em termos de bônus ou de penalidades, conforme o desempenho.

Para que o contrato de gestão resulte, algumas condições são importantes: o diálogo entre os principais atores sociais em situação; a definição dos objetivos do contrato e a seleção dos indicadores: não devem ser muito numerosos, em geral menos de uma dezena, e devem medir, sobretudo, resultados, mais que estrutura e processos; os indicadores devem ser medíveis de forma independentemente; alguns indicadores devem ser de equidade e qualidade, objetivos muito esquecidos nos contratos; a definição clara do escopo dos serviços a serem contratados: o quê, em que quantidade, com que qualidade, em que tempo e para quem; o sistema de pagamento deve estar alinhado com os indicadores de desempenho e deve conter incentivos positivos (bônus) ou negativos (sanções) ao contratado; o contratado deve ter a maior autonomia possível para executar o contrato; o plano de contrato deve ser implementado e deve definir como o contrato será gerenciado; e o tempo de contrato deve ser, em geral, de três a cinco anos, para criar um ambiente de contratualização adequado para o contratado (LOEVINSOHN, 2008).

A programação e o contrato de gestão devem ser monitorados e avaliados, por meio de um sistema de monitoramento e avaliação.

O sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação e acolhidos no contrato de gestão, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços. O monitoramento constitui uma atividade contínua e periódica, isto é, feita em intervalos de tempo regulares, definidos no plano de contrato em função da natureza de cada indicador. A avaliação, diferente do monitoramento, é uma atividade que se caracteriza por ser uma intervenção episódica que convoca, em geral, uma pesquisa avaliativa.

Os resultados, efetivamente alcançados e demonstrados pelo sistema de monitoramento e avaliação devem servir para reajustar o processo de gestão da condição de saúde da seguinte forma: os resultados se transformam em base de conhecimentos; os objetivos podem ser reajustados à luz do que efetivamente se pode alcançar;

as linhas-guia podem ser revistas; e as estratégias educacionais e comunicacionais podem ser ajustadas.

As evidências sobre a gestão da condição de saúde

Há evidências, em vários países, sobre os efeitos positivos da aplicação da tecnologia de gestão da condição de saúde em condições crônicas específicas, especialmente em relação a: doenças cardiovasculares (RICH, 1999; KNOX e MISCHKE, 1999; DEPARTMENT OF HEALTH, 2000; DOUGHTY *et al*., 2002; STEWART *et al*., 2002); doenças respiratórias crônicas (NAISH *et al*., 1995; BAKER *et al*., 2002; BOURBEU *et al*., 2003; BARBANEI *et al*., 2003; GRIFFITHS *et al*., 2004); diabetes (SADUR *et al*., 1999; SIDOROV *et al*., 2000; SPERL-HIDDEN *et al*., 2000; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; MORRISON *et al*., 2001; VRIJHOEF *et al*., 2001; SIDOROV *et al*., 2002; WALSH *et al*., 2002; SPERL-HIDDEN e O'CONNOR, 2005; BEAULIEU *et al*., 2006); atenção às pessoas idosas (RICH *et al*., 1995; GONSETH *et al*, 2004); e depressão (COYNE *et al*., 2001; SCOTT *et al*., 2002; ROBERTS *et al*., 2002; OSLIN *et al*., 2003). Há, ainda, evidências que mostram o incremento da eficiência no uso dos recursos de saúde (RUBIN *et al*., 1998; TESTA e SIMONSON, 1998; STEFFENS, 2000; McALISTER *et al*., 2001; NG *et al*., 2001; CAPOMOLLA *et al*., 2002; RAMSEY *et al*., 2002; SIDOROV *et al*., 2002; FIREMAN *et al*., 2004; GHALI, 2004; NEUMEYER-GROMEN *et al*., 2004); e na melhoria de resultados sanitários (ZITTER, 1996; BYRNES *et al*., 1998; JOHANSSON *et al*., 2001; ENDICOTT *et al*., 2003; FIREMAN *et al*., 2004; HAM, 2007a).

Na Alemanha, a gestão da condição de saúde tornou-se um programa oficial do Ministério da Saúde, proposto como forma de melhorar a qualidade e de aumentar o custo efetividade da atenção às condições crônicas. Assim, uma lei federal, promulgada em 2002, obrigou as Caixas do país a adotarem a gestão da condição de saúde para diabetes, câncer de mama, asma e doenças coronarianas. A implantação da gestão da condição de saúde para diabetes nas Caixas alemãs, permitiu uma significativa diminuição nos infartos de miocárdio, nos acidentes vasculares-cerebrais, nas amputações, nas cegueiras, nas nefropatias e em outras complicações sérias da doença, o que tornou custo efetiva sua implantação (BUSSE, 2004)

No Brasil, as experiências de utilização da gestão da condição de saúde são incipientes.

No sistema público brasileiro, há uma experiência relevante de introdução da gestão da condição de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, descrita no Boxe 23. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais vem coordenando, no estado, a implantação de RASs, em que um dos elementos centrais é a introdu-

ção da gestão da condição de saúde nas Unidades de APS dos municípios mineiros (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007a).

Boxe 23: A gestão da condição de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Tradicionalmente, o Sistema Municipal de Saúde de Curitiba exercita, no SUS, posições de vanguarda, o que faz com que ocupe, entre cidades de características socioeconômicas semelhantes, primeiro lugar num *ranking* de melhores indicadores de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde tem sido ousada no desenvolvimento de experiências inovadoras nos campos gerencial e assistencial. Dentre elas destacam-se: a gestão plena municipal, a modernização da infraestrutura física, o prontuário eletrônico, a central de regulação, o cartão qualidade SUS, o acolhimento solidário, o sistema de patologia clínica, as vigilâncias de óbitos maternos e infantis, o desenvolvimento de diretrizes clínicas etc.

Na 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2001, deliberou-se pela implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde de Curitiba, o que significou uma opção pela organização das RASs no município. Como consequência dessa opção política, decidiu-se implantar a gestão da clínica no município.

Em 2004, houve um amplo processo de capacitação dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde em gestão da clínica. Participaram de oficinas de gestão da clínica mais de 150 funcionários do nível central e dos distritos sanitários e as autoridades sanitárias locais das Unidades de APS.

A gestão da condição de saúde em Curitiba envolveu a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência com a estratificação da população por riscos (atenção à mulher e à criança, saúde bucal, saúde mental, hipertensão, diabetes e outras), a comunicação das diretrizes clínicas por meio de oficinas, a educação permanente dos profissionais de saúde, a programação local das Unidades de APS com base nas planilhas construídas a partir das diretrizes clínicas e o contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e as equipes de APS, com incentivos financeiros vinculados ao desempenho das equipes.

A existência do cartão de identificação das pessoas usuárias do SUS e do prontuário clínico eletrônico foram fatores fundamentais para a introdução da gestão da condição de saúde em Curitiba.

Uma avaliação rigorosa da experiência de Curitiba, feita pelo Banco Mundial, mostrou que elementos ligados à gestão da condição de saúde, como a existência de diretrizes clínicas, a comunicação dessas diretrizes ao corpo técnico, a educação permanente dos profissionais de saúde, a programação com base nas planilhas geradas pelas diretrizes clínicas e o contrato de gestão com as equipes de APS, foram fatores importantes no alcance dos bons resultados.

Fontes: Ducci *et al*. (2001); Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2004); World Bank (2006).

A GESTÃO DE CASO

O conceito

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade,

humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde.

O papel principal de um gestor de caso é a advocacia da pessoa portadora de uma condição crônica muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e sua família: defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado e para a autonomia; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; e coordenar o cuidado em toda a RAS (MULLAHY, 1998).

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde que, como se viu anteriormente, diz que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população geral. Mais importante, essas pessoas são as que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas, não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% (MULLAHY, 1998) ou de 1% a 5% (PORTER e KELLOGG, 2008).

A gestão de caso, corresponde, no MACC, como se vê na Figura 12, ao nível 5 das intervenções sanitárias, destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas. Corresponde, ademais, ao nível 3 da pirâmide de risco da Kaiser Permanente.

A gestão de caso é conduzida por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Esse é o formato mais comum da proposta denominada de *hands-off* em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente, na prestação de serviços. Em algumas circunstâncias, a gestão de caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional, num formato *hands-on* em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos (MULLAHY, 1998).

Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação.

O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS, de determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido.

Uma forma singular de gestão de caso é a gestão de casos catastróficos, em que se monitoram pessoas portadoras de condições de saúde que representam alto risco sanitário, econômico e social, como HIV/aids, certos nascimentos prematuros, transplantes, terapia renal substitutiva, lesões medulares etc.

Os objetivos da gestão de caso

A gestão de caso persegue vários objetivos: advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias; aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias; estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas; ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na RAS; reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias dos serviços; melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde; reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde; incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias; incrementar a autonomia das pessoas; estimular o autocuidado; monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas; assistir às pessoas usuárias e às suas famílias para acessar o ponto de atenção à saúde adequado; avaliar as altas de serviços; e prevenir as internações sociais.

O processo de desenvolvimento da gestão de caso

O processo da gestão de caso envolve várias etapas (ALLIOTA, 2001; POWELL, 2000):

A seleção do caso

A primeira etapa consiste em selecionar as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde que devem ser acompanhadas pela gestão de caso.

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de co-morbidades; aquelas que utilizam poli-farmácia; aquelas que apresentam problemas de alta dos serviços; aquelas que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas; aquelas

que são atingidas por danos catastróficos; aquelas que são alvo de eventos-sentinela; aquelas que apresentam graves problemas familiares ou econômico-sociais; e aquelas que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem só; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Para Mullahy (1998), os critérios de elegibilidade devem ser definidos em função das variáveis de diagnóstico, tipo de tratamento, quantidade de internações domiciliares, custo, local de tratamento e padrões de cuidados. Ao que se deve adicionar a rede de suporte social e a situação socioeconômica.

As diretrizes clínicas devem fornecer os elementos fundamentais para a seleção das condições de saúde elegíveis para a gestão de caso.

O Boxe 24 ilustra a seleção de pessoas idosas num centro de saúde inglês.

Boxe 24: A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido

Nesse centro de saúde, um enfermeiro, trabalhando em conjunto com um assistente social, considera as pessoas idosas de mais de 65 anos elegíveis para a gestão de caso se eles se enquadrarem em três ou mais dos seguintes critérios: presença de quatro ou mais condições crônicas; presença de seis ou mais medicamentos prescritos por seis meses ou mais; duas ou mais internações hospitalares nos últimos 12 meses; dois ou mais atendimentos de urgências nos últimos 12 meses; dois ou mais atendimentos em ambulatórios nos últimos 12 meses; as pessoas idosas que estão entre os 3% mais frequentes usuários dos serviços de saúde; pessoas que tiveram internação de mais de quatro semanas nos últimos 12 meses; pessoas que tiveram mais de quatro visitas pelos assistentes sociais nos últimos três meses; e pessoas que os custos de medicamentos excedem a 100 libras por mês.

A introdução da gestão de caso, para pessoas idosas, nesse centro de saúde, permitiu reduzir as internações hospitalares entre 7,5% a 16,6% e com a aplicação de 173 mil libras em sua implantação permitiu economizar 1,15 milhões de libras por ano.

Fonte: Department of Health (2005a)

A identificação do problema

A seleção do caso é seguida da identificação do problema. Para tal, é necessário recolher o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso. Esse momento começa com entrevistas com a pessoa; se ela está incapacitada de comunicar-se, fontes secundárias são utilizadas, especialmente o sistema de suporte social: esposa ou esposo, outros membros da família, cuidadores, amigos, vizinhos, membros de igrejas e movimentos sociais.

Uma avaliação fundamental é da capacidade para o autocuidado.

É importante consultar a história de saúde, o que incluirá entrevistas com a equipe de APS ou com o especialista responsável pela atenção, o exame dos prontuários clínicos, entrevistas com os responsáveis pela atenção domiciliar e com os cuidadores. São importantes a verificação das condições odontológicas, de visão, de audição, da saúde ocupacional, da saúde mental, da capacidade funcional e, muito importante, da capacidade para o autocuidado.

As condições de vida, especialmente aquelas ligadas ao meio ambiente familiar, devem ser levantadas. São importantes as informações domiciliares relativas à presença de escadas, de telefone, de equipamentos de utilidade doméstica, de sanitários, de equipamentos de lazer e de necessidades de equipamentos médicos complementares.

Uma ficha de identificação do problema deverá conter: nome, idade, grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa; toda a história médica da pessoa; a presença de fatores complicadores, de cronicidade e co-morbidade; a história pessoal de não adesão aos tratamentos e de atitudes não colaborativas; as medicações tomadas e que estão sendo utilizadas; a história familiar em relação a doenças crônicas; as alergias; a avaliação nutricional; a avaliação dermatológica; o histórico de uso das unidades de saúde pela pessoa; e o uso de práticas médicas complementares e integrativas.

A elaboração e a implementação do plano de cuidado

Se o momento da identificação do problema permite decidir aonde chegar, a elaboração e a implementação do plano de cuidado definem a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso. Assim, nessa etapa, exige-se muita criatividade porque há, sempre, várias maneiras alternativas de se chegar aos objetivos traçados.

Por isso, na elaboração do plano de cuidado, o gestor de caso deverá decidir sobre: o que necessita ser feito; como fazê-lo; quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. É fundamental a participação, na elaboração do plano de cuidado, da pessoa usuária e de sua família. Ou seja, o plano de cuidado é um ato solidário do gestor de caso, da pessoa usuária e de sua família. Em alguns casos o plano exigirá a presença de outros atores como o cuidador, a igreja, membro de movimento social ou outros.

Começa-se com o estabelecimento dos objetivos da gestão de caso. A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores. Assim, o objetivo maior de uma pessoa idosa que recebeu uma prótese de quadris, de andar metros com independência, envolve metas intermediárias como realizar a cirurgia, retirar todos os equipamentos de suporte vital, estabilizar os exames de sangue, utilizar uma cadeira de rodas etc.

O objetivo terminal de uma gestão de caso é a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, de modo a dar o máximo possível de autonomia às pessoas. Para tal, é necessário priorizar as necessidades e os objetivos e, isso, pode gerar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa ou de sua família.

Priorizadas as necessidades e os objetivos há que se detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento profundo da RAS, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É, aqui, no momento da implementação, que o gestor de caso exercita sua função de coordenação da atenção à saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada. A consulta permanente às linhas-guia e aos protocolos clínicos é fundamental para o trabalho consequente do gestor de caso. É essencial conhecer todos os recursos da comunidade que possam ajudar a implementar o plano de cuidado.

A implementação é o momento de pôr o plano de cuidado em execução. Por exemplo, no dia de uma alta hospitalar o gestor de caso deve: monitorar a estabilidade da pessoa; dar instruções para a alta hospitalar; dar as instruções relativas a todos os cuidados domiciliares; obter a concordância da pessoa ou de seus familiares com a alta; preparar a lista de telefones de profissionais de referência; providenciar o transporte até a residência; e verificar as condições domiciliares de recepção e acomodação da pessoa.

O monitoramento do plano de cuidado

O plano de cuidado deve ser monitorado constantemente para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções prescritas. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou correio eletrônico.

O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família foram satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade todas as questões; garantir o cuidado humano e de

qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; estar presente, frequentemente, com a pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito para a pessoa; 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.

As evidências sobre a gestão de caso

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais, com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos.

Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso pode: diminuir as internações hospitalares (BOYD *et al*., 1996; BERNABEI *et al*., 1998; HICKEY *et al*., 2000; ALLIOTA, 2001); reduzir o tempo de permanência nos hospitais (RIEGEL *et al*., 2002; SINGH, 2005a; reduzir as emergências (BOYD *et al*., 1996; BERNABEI *et al*, 1998; LARAMEE *et al*., 2003); constituir-se numa ferramenta custo efetiva (MUKAMEL *et al*., 1997; RICH e NEASE, 1999; CHALLIS *et al*., 2002); aumentar o uso da APS (FITZGERALD *et al*, 1994); melhorar a atenção aos portadores de diabetes (AUBERT *et al*., 1998; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; POLONSKY *et al*., 2003; SVOREN *et al*., 2003; KREIN *et al*., 2004; VETTER *et al*., 2004), aos portadores de doenças mentais (HOLLOWAY *et al*., 1995; GOREY *et al*., 1998; BEDELL *et al*., 2000), aos portadores de asma (GREINEDER *et al*., 1999), aos portadores de lesão medular (CARDOSO-GONZALES *et al*., 2000), na prevenção de HIV/aids (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008), aos portadores de doenças cardiovasculares (ALLEN *et al*., 2002); reduzir as desigualdades entre grupos sociais (CALIFORNIA MEDI-CAL TYPE 2 DIABETES STUDY GROUP, 2004); melhorar a satisfação dos usuários (ALLIOTA, 2001; KREIN *et al*., 2004); reduzir os custos da atenção à saúde (RUDY *et al*., 1995; GREINEDER *et al*., 1999; ZIGURAS e STUART, 2000; LIM *et al*., 2003; CHI *et al*., 2004); melhorar a capacidade funcional das pessoas usuárias (FERGUSON e WEINBERGER, 1998; HUTT *et al*., 2004); aperfeiçoar as comunicações entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias (EGAN *et al*., 2002); e melhorar a qualidade da atenção à saúde (REUBEN, 2002; KANE *et al*., 2003; SMITH, 2003; BOADEN *et al*., 2005; SINGH e HAM, 2006;PORTER, 2007; KELLOGG, 2007).

Experiências de gestão de caso no Brasil

No Brasil, a introdução da gestão de caso tem sido feita, principalmente, por operadoras de planos privados de saúde.

A Intermédica instituiu um programa de acompanhamento multidisciplinar de casos de alta complexidade denominado de Case. Nesse programa, cada equipe multidisciplinar fica responsável por 200 pessoas usuárias; os números mostraram que as internações dos pacientes acompanhados pelo Case caíram significativamente.

A GEAP Fundação de Seguridade Social está reestruturando o seu Programa de Gestão de Casos que monitora os beneficiários que necessitam de atenção especial em razão de suas patologias, por meio de equipes multiprofissionais. Essas equipes atuam como orientadoras de cuidados, facilitando a recuperação física e emocional dos pacientes (UNIDAS,2004).

Há experiências de aplicação da gestão de caso em UNIMEDs de Minas Gerais, relatadas no Boxe 25 e que apresenta bons resultados econômicos.

Boxe 25: A gestão de caso em UNIMEDs em Minas Gerais

A UNIMED de Belo Horizonte introduziu a gestão de caso domiciliar e verificou, em 296 clientes acompanhados, no mínimo, por 18 meses, que o custo mensal da atenção caiu de R$ 1.118,00 para R$ 568,00, uma redução de 49,2%. O número médio de internações hospitalares passou de 0,140 por usuário/mês para 0,113 por usuário/mês, uma queda de 19,6%.

A UNIMED de Governador Valadares aplicou a gestão de caso em 50 clientes que completaram um ano de acompanhamento. O acompanhamento antes e depois de um ano permitiu verificar os seguintes resultados: queda do custo anual da atenção de R$ 12.056,00 para R$ 6.065,00, o que significou um decréscimo de 49,7%; queda do tempo médio de internação de 22,6 dias para 5,0 dias, uma diminuição de 77,6%; e redução do tempo médio de internação em unidade de terapia intensiva que caiu de 1,8 dias por pessoa usuária para 0,2 dia por pessoa usuária, uma redução de 89,1%.

Fonte: Chaves (2008)

Ainda que a gestão da clínica seja muito importante para o SUS, não parece haver relatos significativos de utilização rotineira dessa tecnologia de gestão da clínica no sistema público brasileiro. A Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba, em Minas Gerais, obteve resultados muito positivos na redução da mortalidade infantil e uma das explicações possíveis dessa queda pode estar na introdução da gestão de caso aplicada às gestantes e às crianças, identificadas na estratificação dessas subpopulações como de condições de saúde muito complexas (ALBUQUERQUE, 2008).

A AUDITORIA CLÍNICA

O conceito

Auditoria é uma palavra que tem adquirido diferentes significados. Algumas vezes é usada, mais estritamente, como a avaliação da qualidade da atenção; outras vezes, num sentido mais amplo, como a avaliação da qualidade da atenção e as mudanças da prática de saúde para melhorar a atenção. De qualquer forma, a auditoria clínica deve ser entendida no contexto da garantia de qualidade da atenção à saúde.

A palavra auditoria deriva da expressão latina *audire* que significa ouvir. A expressão auditoria foi usada, inicialmente, como a audição de relatos orais sobre os recursos gastos; somente depois, foi ampliada para campos da saúde, além do financeiro.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido define auditoria como "*uma sistemática análise crítica da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes*" (SECRETARIES OF STATE FOR HEALTH, 1989). Uma outra definição, feita na Escócia, mais abrangente, diz que a auditoria é "*o processo sistemático pelo qual os profissionais de saúde continuamente monitoram e avaliam suas práticas clínicas, a organização dos serviços, as funções gerenciais e as atividades educacionais*" (NORMAN e REDFERN, 2000).

A auditoria clínica foi introduzida, de forma mais sistemática, como parte de programas de qualidade, nos países desenvolvidos, a partir dos anos 80.

A auditoria clínica se caracteriza por dois marcos essenciais: é focada nas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e desenvolve-se num ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com objetivo de otimizar os resultados clínicos. Assim, a visão contemporânea de auditoria clínica distancia-se, radicalmente, de um enfoque anterior de uma cultura fiscalista ou policialesca, voltada para o controle dos recursos, enfocada nos aspectos contábeis e financeiros dos serviços de saúde e numa atitude de punição ou de foco excessivo em controle de custos. É um instrumento fundamental de melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A auditoria clínica, em geral, faz-se em relação a um padrão normativo que se estabelece a priori e que se encontra normalmente consolidado em diretrizes clínicas baseadas em evidência.

A importância da auditoria clínica

A auditoria clínica impõe-se em função da singularidade organizacional dos sistemas de atenção à saúde. As organizações profissionais movem-se numa permanente tensão entre gerentes e profissionais. Um dos instrumentos para administrar esse conflito é a auditoria clínica porque ela permite criar padrões objetivos e transparentes. Além disso, o princípio da variabilidade das práticas de saúde exige que se institua o controle da utilização dos serviços de saúde, uma das funções centrais da auditoria clínica. Isso implica considerá-la, também, como instrumento de controle dos custos da atenção à saúde. Há evidências de que o controle de custos é mais efetivo quando realizado do lado da oferta dos serviços que do lado da demanda (SALTMAN e FIGUERAS, 1997). A auditoria clínica é um instrumento de controle da oferta.

As categorizações da auditoria clínica

A auditoria clínica pode ser categorizada segundo seu foco, seu enfoque, sua natureza e sua temporalidade.

Segundo seu foco identificam-se três formas de auditoria (NORMAN e REDFERN, 2000): a auditoria genérica, quando se avalia a qualidade de uma unidade de saúde ou de parte dela, por exemplo, um hospital; a auditoria específica, quando se avalia a qualidade de um procedimento clínico determinado, por exemplo, os partos cesáreos; e a auditoria profissional, quando se avalia a qualidade da atenção propiciada por um profissional determinado ou por um grupo profissional, por exemplo, um médico ou um grupo de cardiologistas.

Há três enfoques principais de auditoria clínica (BERWICK e KNAPP, 1990): a auditoria implícita que utiliza a opinião de expertos para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios predefinidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria através de eventos-sentinela que parte da ocorrência de certos eventos inaceitáveis, denunciadores de falhas sistêmicas num sistema de atenção à saúde que, investigados, levarão a uma proposta de melhoria da qualidade de todo o sistema.

Nas auditorias implícitas os auditores trabalham em grupos, assumindo-se que o julgamento de um grupo é melhor que o julgamento individual. As auditorias explícitas podem ser conduzidas por profissionais sem expertise na atenção à saúde, mas treinados para essas auditorias. As auditorias explícitas são mais simples e mais baratas que as auditorias implícitas e, por isso, são criticadas pela sobressimplificação e pela falta de relevância clínica. Em geral, os profissionais de saúde preferem as auditorias implícitas, enquanto os gestores optam pelas auditorias explícitas.

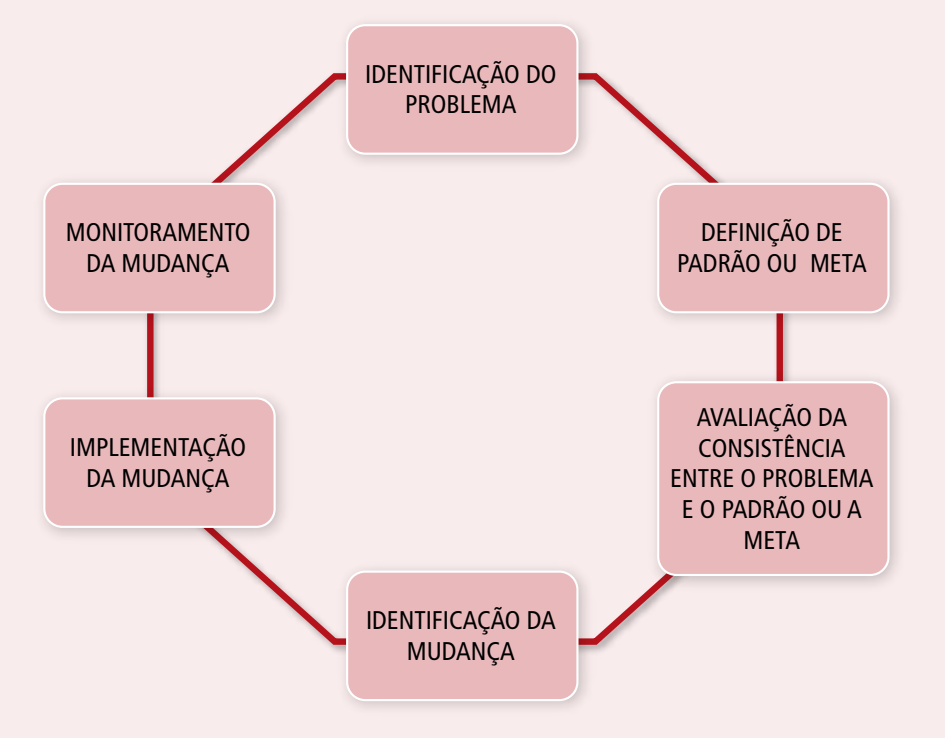
Quanto à natureza, as auditorias clínicas podem ser: uniprofissionais, quando realizadas por um ou mais auditores de uma única formação, médicos em geral; e multiprofissionais, quando realizadas por um grupo de auditores, com várias formações.

Quanto à temporalidade, as auditorias clínicas podem ser divididas em auditorias prévias ou prospectivas, feitas ex-ante; auditorias concorrentes ou concomitantes, produzidas em tempo real; e auditorias retrospectivas, realizadas *ex-post*.

A metodologia da auditoria clínica

A maneira convencional de representar a auditoria clínica é como um ciclo, conhecido como o ciclo da auditoria clínica e que se representa na Figura 18. A base operacional desse ciclo é a comparação da prática clínica corrente com um padrão normativo ótimo. Se o serviço prestado não coincidir com o padrão normativo devem introduzir-se mudanças para melhorar a qualidade.

Figura 18: O ciclo da auditoria clínica



Fontes: Shaw (1990); Norman (2000)

A visão da auditoria como um ciclo é fundamental para a introdução de mudanças nos sistemas de atenção à saúde porque somente quando o ciclo se fecha se institui uma nova prática e se integra essa prática numa nova ordem das coisas (SAUNDERS, 2010)

O ciclo da auditoria clínica é um processo que apresenta seis momentos: a identificação do problema a ser auditado; o estabelecimento de padrões ou metas ótimos; a avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria; a identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado; a implementação das mudanças identificadas; e o monitoramento do processo de mudança.

A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica do ciclo da auditoria clínica é a implementação e o monitoramento das mudanças, o que é, muitas vezes, desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde.

Outra proposta de ciclo de auditoria tem sido feita a partir da governança clínica que introduz as contribuições das pessoas usuárias no centro do ciclo e define os elementos interrelacionados do ciclo que são: eleger um tema para a auditoria; identificar ou definir os padrões ou as normas; elaborar um plano de ação da auditoria; analisar os serviços em relação aos padrões ou às normas; identificar os pontos débeis e as carências; desenvolver um plano para as mudanças; implementar o plano de ação para as mudanças; e monitorar o plano de ação das mudanças (SAUNDERS, 2010).

As tecnologias de auditoria clínica

Há varias tecnologias disponíveis para a realização de auditorias clínicas. As mais utilizadas são as tecnologias de revisão da utilização, a perfilização clínica, as apresentações de caso, os eventos adversos ou sentinelas e os *surveys*.

As tecnologias de revisão da utilização

A revisão da utilização dos procedimentos clínicos pode se fazer de várias maneiras (ROBINSON e STEINER, 1998; COCHRANE, 2001f): a revisão prévia ou prospectiva, a revisão concomitante ou concorrente, a revisão retrospectiva, a segunda opinião e a revisão por pares. Uma importante constatação é a de que revisão da utilização é feita em casos individuais.

Na revisão prévia ou prospectiva os objetivos a avaliar são predefinidos e a avaliação faz-se em relação a esses objetivos predeterminados. Há um suposto de que os serviços só devem ser prestados se resultarem em benefícios para as

pessoas usuárias. A revisão prospectiva requer uma autorização para a realização de um procedimento, uma auditoria ex-ante. Essa autorização pode ser buscada pela pessoa usuária ou pelo profisssional de saúde e significa uma pré-avaliação da necessidade da atenção requerida, antes que seja materializada. Em geral, as organizações de saúde especificam, com anterioridade, quais as categorias de atenção para as quais são necessárias autorizações prévias. Exemplos de revisão prospectiva são as autorizações prévias para internação hospitalar ou para certos exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

Na revisão concomitante ou concorrente faz-se uma comparação da atenção, no momento em que está sendo prestada, com padrões predeterminados ou em relação à opinião de um outro profissional de saúde que se reconhece competente. Essa revisão dá-se quando um profissional de saúde solicita a outro profissional ou a um gerente o plano de intervenção para a verificação de sua propriedade, durante a fase de intervenção. A revisão concomitante é mais utilizada para monitorar a duração da permanência do paciente nos hospitais ou para controlar o uso de certos serviços durante o tratamento. É a forma de revisão de uso mais comum nos Estados Unidos (RESTUCCIA, 1995) e a mais recomendada em nosso meio (GOMES *et al*., 2008).

Na revisão retrospectiva contrastam-se os procedimentos realizados na pessoa usuária e constantes de seu prontuário, com um padrão normativo predefinido. Essa revisão envolve uma análise dos prontuários clínicos para verificar se os procedimentos corresponderam aos padrões prefixados, sendo, portanto, uma auditoria ex-post. Quando se encontra que o profissional desviou-se do padrão normativo ótimo, ele deve ser notificado por escrito ou por um painel de pares. Algumas instituições utilizam, além do *feedback* para o profissional, certos incentivos financeiros negativos.

A segunda opinião obrigatória é usada para confirmar se certos procedimentos indicados, especialmente cirurgias, estão corretamente indicados ou se há opções mais custo efetivas que devam ser adotadas. Muitas vezes, pacientes necessitando de cirurgia devem ser vistos por dois médicos antes da intervenção.

A revisão por pares (*peer review*) é realizada por painéis de profissionais de saúde da mesma categoria de modo a evitar conflitos entre estes e os gerentes e a remeter as decisões clínicas aos pares, onde são melhor aceitas. Os painéis de revisão por pares decidem a respeito do que constitui atenção à saúde apropriada e efetiva. Assim, exercendo uma ação externa de profissionais de saúde sobre profissionais de saúde – e não dos gerentes sobre os profissionais de saúde – há uma melhor possibilidade de mudar os padrões da prática clínica.

A perfilização clínica

A perfilização clínica é uma técnica que se aproxima da revisão da utilização mas que, dela, se diferencia porque opera com informações agregadas e não com casos individuais. Por isso, foi definida por Cave (1995) como a análise estatística e o monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção à saúde.

A perfilização clínica compara o procedimento de um grupo de profissionais de saúde com um padrão ótimo, derivados, em geral, das diretrizes clínicas ou das práticas institucionais.

Essa técnica exige a definição de uma variável clínica significativa (por exemplo, a duração das internações hospitalares), a verificação de todos os procedimentos de um grupo de profissionais, muitas vezes os médicos, em relação àquela variável, num determinado período de tempo, e a comparação com padrões predefinidos para essa variável. Para que a perfilização clínica seja útil, os dados devem ser padronizados de modo que os casos sejam comparáveis. Por exemplo, o número de eletrocardiogramas solicitados devem ser padronizados diferentemente para os médicos de família e para os cardiologistas.

O objetivo é identificar os profissionais desviantes (*outliers*) e incentivá-los, positivamente, a mudar seus procedimentos para aproximarem-se dos padrões normativos. A perfilização clínica tem sido ampliada para a perfilização de hospitais e de condições de saúde.

Um caso específico de perfilização clínica é a tecnologia de *benchmarking* (COCHRANE, 2001g). Essa técnica foi desenvolvida pela Rank Xerox no final dos anos 70 e tem sido considerada como uma das ferramentas mais potentes para melhorar a performance organizacional (WAIT, 2004). O *benchmarking*, em termos mais amplos, constitui um ponto de referência para a excelência organizacional, em relação ao qual se mede e se compara uma organização determinada ou parte dela. No caso da auditoria clínica, interessa focalizar em aspectos clínicos da organização.

A apresentação de casos

Essa tecnologia envolve a revisão de casos individuais sob a forma de sessões clínicas. A vantagem dessa tecnologia é sua simplicidade; a desvantagem é que somente um pequeno número de casos pode ser avaliado e o processo é altamente subjetivo. Essa tecnologia é muito utilizada porque ela permite aos profissionais de

saúde comunicarem-se efetivamente entre si e compartilhar ideias e práticas. Mas exige um clima de confiança mútua entre os profissionais para prosperar.

A revisão dos eventos adversos e dos eventos-sentinela

É cada vez mais comum, nos sistemas de atenção à saúde, a ocorrência de eventos inesperados que causam danos à saúde das pessoas, conhecidos como eventos adversos. É, aqui, que a auditoria clínica se encontra com a gestão dos riscos da atenção à saúde.

Por isso, está se utilizando, cada vez mais frequentemente, a tecnologia de revisão dos eventos adversos que consiste em auditar a ocorrência de atenção à saúde de baixa qualidade ou de efeitos adversos da atenção à saúde. Um exemplo é a auditoria sobre lesões autoinfligidas em pacientes de hospitais psiquiátricos.

Além disso, há uma tendência de se avaliarem todos os eventos-sentinela que ocorram num sistema de atenção à saúde. Sua presença exige uma resposta imediata da auditoria clínica para identificar e superar esses eventos que apontam para falhas sistêmicas mais amplas. Por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba audita todos os casos de sífilis congênita.

Os *surveys*

Os *surveys* são avaliações sobre o que está acontecendo em um período determinado de tempo, ou durante um período de tempo (Gray, 2009). Ainda que seja possível identificar a existência de um problema por um *survey*, é difícil determinar a causa desse problema, o que exige, em geral, outros tipos de avaliação.

Costumam ser realizados através da aplicação de questionários ou de entrevistas e são dirigidos principalmente para a avaliação de resultados dos sistemas de atenção à saúde. São técnicas que requerem tempo, especialização e apresentam custos significativos. São muito utilizadas as pesquisas de opinião de pessoas usuárias ou de profissionais.

AS LISTAS DE ESPERA

Os sistemas públicos universais de atenção à saúde apresentam, como uma debilidade estrutural, o tempo longo de espera em procedimentos em que a demanda excede a oferta.

Os tempos de espera constituem, hoje, o principal problema dos sistemas de atenção à saúde nos países da Europa Ocidental e no Canadá porque geram insatisfação nas populações e aumentam os custos da atenção. Contudo, há pouca evidência de qualidade sobre a deterioração da saúde em função desses tempos de espera (HURST e SICILIANI, 2003). No Reino Unido, pesquisas de opinião demonstraram que o tempo de espera para acesso a especialistas e a cirurgias eletivas constituem a primeira e segunda queixas dos cidadãos em relação ao Serviço Nacional de Saúde (NHS).

Os tempos de espera entre a indicação e a realização de uma cirurgia eletiva podem variar de: 58 semanas em Portugal, 41 semanas no Reino Unido, 36 semanas na Itália, e 15 semanas na Holanda (FLEMING *et al*., 1992). Essas variações se explicam em função de uma combinação, do lado da demanda, de serviços públicos gratuitos e, do lado da oferta, de uma capacidade insuficiente de oferta.

Enquanto as listas de espera mostram o estoque de pessoas usuárias em busca de atenção num ponto determinado do tempo, o tempo de espera evidencia o diferencial de tempo para oferecer o serviço em função da atual e da futura oferta.

A superação do problema do tempo de espera exige intervenções do lado da oferta e da demanda. Do lado da oferta, o incremento das intervenções e da produtividade dos serviços é o fundamental. Por exemplo, incrementando a quantidade dos serviços e a produtividade do sistema por meio da ambulatorização de cirurgias eletivas ou definindo incentivos para aumento da oferta como nos mutirões do SUS. Do lado da demanda, podem-se adotar políticas de redução das necessidades por melhorias na APS e de racionalização da demanda por meio do estabelecimento de critérios de estratificação de riscos.

Uma boa política de superação dos tempos de espera inclui uma combinação de medidas dos lados da demanda e da oferta e a definição de metas nacionais em relação a tempos de espera máximos. Medidas do lado da oferta foram efetivas na Austrália, na Espanha, na Holanda; por outro lado, medidas do lado da demanda, foram efetivas em países como a Dinamarca, Noruega e Suécia (STREET e DUCKET, 1996).

As listas de espera constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda.

Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por necessidade da população. Por isso, a lista de espera pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de

serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos e promovendo a transparência.

O critério da transparência é fundamental e se baseia numa informação ampla e republicana sobre a oferta de serviços por diferentes prestadores e sobre as listas de espera. Isso tem sido feito por diferentes países que colocam na internet informações sobre listas de espera em relação a diferentes procedimentos, por prestadores e por tempos de espera, o que tem contribuído para reduzir esses tempos. Como exemplos: na Inglaterra, http://www.nhs.uk/waitingtimes/waitingtimes.aps; em British Columbia, no Canadá: http://www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/index.htm; na Dinamarca, http:/www.venteinfo.dk/venterlister/; na Holanda: http:/www.wachtlijstaanpak.nl/; na Noruega, http:/www.sykehusvalg.net/; na Suécia; http:/www.lf.se/vantetider/. No SUS, há uma boa experiência acumulada em operação de listas de espera para os transplantes de órgãos. Essa tecnologia deveria ser, contudo, estendida a outros procedimentos eletivos em que há desequilíbrio forte entre a oferta e a demanda.

Além de garantir a transparência, essas listas contribuem, significativamente, para a diminuição dos tempos de espera e para a melhoria da avaliação da população em relação aos sistemas de atenção à saúde (HURST e SICILIANI, 2003).

Os critérios de ordenamento por necessidades é uma medida efetiva de racionalização da demanda e implica a utilização de critérios de riscos no acesso aos serviços ofertados. Em serviços de saúde, em geral, não se pode adotar o critério de ordem de chegada ou de inscrição; isso é desastroso porque uma pessoa pode apresentar um risco maior que põe em xeque a integridade de um órgão, de um sistema ou da vida e, portanto, precisa de ser atendida, antes que um outro que chegou primeiro, mas apresenta menor risco.

Para que o critério de ordenamento por necessidades e riscos funcione, na prática, ele precisa ser sustentado por protocolos clínicos que priorizem esses riscos. É o caso, por exemplo, da classificação de riscos para acesso aos serviços de urgência e emergência, propiciados pelo Sistema Manchester de classificação de risco.

A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

A implantação do MACC pode ser feita por várias maneiras, mas sugere-se que seja realizada por processos de mudança deliberados, assentados em tecnologias de educação potentes.

Uma proposta sólida de implantação de modelos para condições crônicas é a da Série de Avanços Inovadores, desenvolvida, a partir de 1995, pelo Institute for Healthcare Improvement (2003) com base num processo de mudança. Esse modelo, em contínuo aperfeiçoamento, estrutura-se na ideia de que a melhor maneira de se introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de saúde.

Uma série completa de aprendizagem pode durar de 6 a 15 meses e pode envolver muitas equipes de saúde, em vários pontos de atenção à saúde e, mesmo, em várias organizações, para buscar melhorias em temas de interesse comum. Cada um dos projetos se denomina de Projeto Colaborativo.

A concepção básica do processo está, de um lado, numa combinação de expertos em áreas clínicas com expertos em gestão na busca de mudanças significativas e, de outro, na constatação de que processos educacionais convencionais não geram mudanças. Para que mudanças ocorram, é necessário um processo de aprendizagem, mais ou menos longo, que articule oficinas presenciais, estruturadas por princípios educacionais sólidos de capacitação de adultos, com períodos de dispersão pós-oficina. Nos períodos presenciais, as diferentes equipes – que podem variar de 10 a 160 – se reúnem para aprender, em conjunto e colaborativamente, sobre o tema em questão e para planificar o período de dispersão, nos quais os membros de cada equipe retornariam a suas organizações para implementar as mudanças definidas no planejamento feito durante a oficina.

Uma avaliação com líderes da área de saúde, nos campos clínico, político e de gestão, permitiu identificar os fatores-chave para identificar os campos de mudanças: a prática clínica atual não está alinhada com o conhecimento científico disponível; algumas melhorias poderiam produzir resultados claramente positivos ao incrementar a qualidade dos serviços e reduzir os custos da atenção à saúde; e a possibilidade de uma melhoria importante deve ter sido constatada em, pelo menos, uma organização-sentinela. A aplicação desses critérios levou à identificação de áreas prioritárias de mudança como atenção à asma, aos partos cesáreos, à dor lombar, cuidados intensivos de adultos e neonatos, cirurgia cardíaca em adultos, eventos adversos de medicamentos etc.

A Série de Avanços Inovadores apresenta cinco elementos essenciais: a seleção do tema, o recrutamento dos facilitadores, a definição das organizações participantes e de seus membros, as oficinas presenciais e os períodos de dispersão.

A seleção faz-se sobre temas que estejam maduros para melhorar. Recrutam-se entre 5 a 15 profissionais com capacidade de facilitar o processo educacional, en-

volvendo especialistas em educação e em clínica, bem como profissionais de experiências bem-sucedidas; um desses facilitadores vai coordenar o Projeto Colaborativo. As organizações participantes são definidas e devem indicar uma equipe multiprofissional com capacidade de aprendizagem, de implantação de um projeto-piloto e de extensão do piloto em maior escala. As oficinas presenciais são intervenções educacionais que envolvem os facilitadores e as equipes de saúde das diferentes organizações participantes do projeto. Os períodos de dispersão são as intervenções que devem ser realizadas nesse tempo e que foram planejadas nas oficinas presenciais, tendo obrigatoriamente de trabalhar com indicadores que meçam as mudanças pretendidas. Todo trabalho é acompanhado por informes mensais de medição dos impactos de mudanças que são compartilhados por todos os participantes de todas as organizações, especialmente num ambiente web.

Os participantes de um Projeto Colaborativo operam com um Modelo de Melhoria para implementar as mudanças. Esse modelo apresenta quatro elementos fundamentais para as mudanças: o estabelecimento de metas específicas e medíveis; a definição de medidas de melhoria que podem ser monitoradas no tempo; as mudanças-chave que resultarão nas melhorias desejadas; e uma série de ciclos de mudanças durante as quais as equipes de saúde aprendem (ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT, 2008).

O Modelo de Melhoria tem duas partes. Na primeira parte, serão feitas três questões para identificar as mudanças necessárias e, na segunda parte, será utilizado o ciclo PDCA para facilitar a implantação das mudanças identificadas.

Os propositores do modelo afirmam que nem todas as mudanças conduzem a melhorias no sistema de atenção à saúde. Contudo, todas as melhorias exigem mudanças porque a capacidade de desenvolver, implementar e avaliar as mudanças é essencial para qualquer indivíduo, grupo ou organização que deseja melhorar (ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT, 2008).

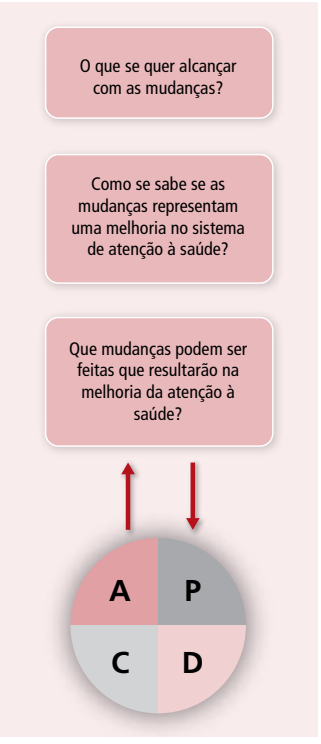
As questões-chave são: o que se quer alcançar com as mudanças (a meta)?, como se sabe se as mudanças representam uma melhoria na atenção à saúde (a medição)? Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde (as mudanças)? A pergunta "o que se quer alcançar com as mudanças" implica uma definição, por escrito, dos objetivos que se deseja alcançar em relação a uma determinada população, da expressão desses objetivos em indicadores medíveis e da montagem de um sistema de monitoramento desses indicadores para verificar se as mudanças implantadas levaram aos resultados desejados. A pergunta "como se sabe se a mudança representa uma melhoria da atenção à saúde" exige uma resposta que mostre que os objetivos e os indicadores definidos significam componentes-

-chave da atenção à saúde e se há um monitoramento adequado desses indicadores, pelo menos, em cinco medições. A pergunta "que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde" é respondida pela análise de sua coerência com um dos seis elementos do modelo de atenção crônica e com quatro critérios: elas contribuem para a melhoria da atenção às condições crônicas?, elas englobam intervenções efetivas de mudanças de comportamento?, elas envolvem o autocuidado apoiado? e elas monitoram as metas definidas nos planos de cuidado?

A partir daí, as mudanças vão se executando de forma cíclica: as equipes de saúde planejam detalhadamente as mudanças, considerando as características culturais e organizacionais; introduzem as mudanças nos seus procedimentos padrões; monitoram as mudanças utilizando indicadores quantitativos; e avaliam os resultados do trabalho para dar sustentabilidade às mudanças.

A Figura 19 representa a concepção do Modelo de Melhoria.

Figura 19: O modelo de melhoria



Fonte: Associates in Process Improvement (2008)

O Modelo de Melhoria compõe-se de três oficinas presenciais, seguidas de períodos de dispersão de implantação das mudanças propostas no mundo real dos sistemas de atenção à saúde. A implantação das mudanças nos períodos de dispersão é realizada por meio de ciclos de PDCA.

A oficina 1 tem como objetivos discutir o Modelo de Melhoria, apresentar os seis elementos constitutivos do CCM e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão efetivadas no período de dispersão. A oficina 2 tem como objetivos aprofundar os elementos de desenho do sistema de prestação de serviços, de suporte às decisões, de sistema de informação clínica e de autocuidado apoiado, implementar o sistema de monitoramento e avaliação das mudanças, detalhar o elemento dos recursos da comunidade, introduzir o conceito de difusão das mudanças e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão feitas no período de dispersão. A oficina 3 busca redefinir os planos para a melhoria da atenção às condições crônicas, implementar as estratégias de difusão das mudanças, escolher e trabalhar tópicos clínicos-chave de sustentação das mudanças e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão feitas no período de dispersão.

As ações planejadas nas oficinas presenciais são implementadas por meio dos ciclos do PDCA. Todo gerenciamento de processos consta em estabelecer a manutenção nas melhorias dos padrões montados na organização, que servem como referências para o seu gerenciamento. Introduzir o gerenciamento dos processos significa implementar o gerenciamento repetitivo via PDCA (SOUSA, 2006).

O ciclo PDCA, foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 20, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming em 1950, por ter sido amplamente difundido por esse autor. É uma técnica simples que visa ao controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização. Compõe-se de um conjunto de ações numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (*plan*: planejar), D (*do*: fazer, executar), C (*check*: verificar, controlar), e A (*act*: agir, atuar corretivamente).

No Modelo de Melhoria, a finalização de cada ciclo do PDCA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças que deve responder a questões como: o que funcionou e o que não funcionou? o que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Frequentemente, uma equipe testa mais de uma mudança ao mesmo tempo, o que exige a implantação de vários ciclos simultaneamente.

Os resultados da aplicação do Modelo de Melhoria, em conjunto com uma filosofia educacional de "todos ensinam, todos aprendem", em centenas de Projetos

Colaborativos aplicados em vários países, são muito favoráveis em relação a: redução de efeitos adversos de medicamentos, controle da hipertensão, controle de gestantes de alto risco, controle glicêmico em portadores de diabetes, redução do tempo de espera na atenção primária à saúde, tratamento do câncer, controle da tuberculose, cuidados intensivos e redução de custos da atenção à saúde (BERWICK, 1994; PLSEK, 1997; BERWICK, 1998; FLAMM *et al*., 1998; KILO *et al*., 1998; BEVAN *et al*., 2000; LEAPE *et al*., 2000; LYNN *et al*., 2000; BATE *et al*., 2002; OVRETVEIT *et al*., 2002; WILSON *et al*., 2004). A metodologia de avanços inovadores, em combinação com a filosofia "todos ensinam, todos aprendem", produziu resultados impressionantes em muitos sistemas de atenção à saúde dos Estados Unidos, do Canadá e da Europa (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003). A organização OSF Healthcare reduziu os eventos adversos de medicamentos em 75%. O Bureau of Primary Care dos Estados Unidos implantou um projeto colaborativo que cobriu 12 milhões de americanos, o que resultou no crescimento, nessa população, da meta nacional dos testes de hemoglobina glicada de 300%. O Serviço Nacional de Saúde de Reino Unido lançou um projeto de melhoria que atingiu aproximadamente 2.000 centros de saúde, com cobertura de 18,2 milhões de pessoas usuárias, o que permitiu reduzir as listas de espera em 60%. A metodologia foi aplicada pelo Partners in Health, no Peru, o que incrementou o nível de cura de pessoas portadoras de tuberculose para 80%, muito superior à média nacional.

O Boxe 26 mostra a utilização de um ciclo PDCA na implantação do modelo de atenção crônica (CCM), usando o Modelo de Melhoria.

Boxe 26: Um exemplo de utilização de um ciclo de PDCA no Centro de Saúde Rocky Road

P: A equipe de saúde do Centro de Saúde entendeu que a introdução de um registro dos portadores de diabetes poderia aumentar o percentual de pessoas com teste de hemoglobina glicada realizado rotineiramente. Elaboraram protocolos clínicos para o monitoramento da glicemia por meio de hemoglobina glicada e de autocuidado em termos de monitoramento da glicemia.
D: O registro dos portadores de diabetes foi desenvolvido e testado durante 2 semanas por enfermeiros e por portadores da condição de saúde que aceitaram participar. Para isso, foi necessário revisar o sistema de informação clínica sobre diabetes.
C: O tempo gasto para completar as informações dos portadores de diabetes aumentou de 1 para 2 minutos e o tempo para entrar com esses dados no sistema de informação clínica foi de 3 minutos adicionais. O tempo de espera dos portadores de diabetes, com o novo sistema, aumentou em 8 minutos. Entre os portadores de diabetes apenas metade apresentavam bons níveis de hemoglobina glicada; após a introdução das mudanças, todos os portadores apresentavam bons resultados.
A: Após uma reunião com o diretor do Centro, introduziram-se mudanças no sistema de registro dos portadores de diabetes, o que foi feito buscando-se uma solução desenvolvida por uma rede de Centros de Saúde de outro estado. Foi feita, também, uma revisão no registro dos portadores de diabetes para diminuir o tempo gasto com o novo sistema.

Fonte: Health Disparities Collaboratives (2004)

A AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A fragmentação e a integração não se apresentam, na prática social, como uma variável dicotômica. Assim, entre um sistema totalmente fragmentado e uma rede totalmente integrada, há níveis de integração diferenciados.

Falar-se de integração dos sistemas de atenção à saúde envolve um conjunto de abordagens que podem conotar coordenação, cooperação ou integração através dos sistemas de atenção à saúde. Por isso, busca-se desenvolver uma taxonomia da integração desses sistemas que permita uma análise situacional do estágio de integração de uma RAS. Não é uma tarefa fácil porque não é simples estabelecer os limites entre os diferentes estágios de integração dos sistemas de atenção à saúde (SIMOENS e SCOTT, 1999). Além disso, não há, nesses sistemas, uma evolução linear no sentido de uma integração completa.

A integração pode ocorrer em configurações estruturais complexas e diferentes que refletem os diversos ambientes e momentos sociais dos sistemas de atenção à saúde.

Apesar disso, há, na literatura internacional, propostas de taxonomias de integração dos sistemas de atenção à saúde. As mais encontradas são: os tipos de integração: integração funcional e clínica (SIMOENS e SCOTT, 1999); a amplitude da integração: integração horizontal e vertical (AXELSSON e AXELSSON, 2006); o processo de integração: integração estrutural, cultural e social (FABBRICOTTI, 2007); e o grau de integração: colaboração a integração completa (LEUTZ, 1999).

A Organização Pan-Americana da Saúde apresenta uma proposta de avaliação das RASs que vai desde uma situação hipotética de absoluta frgmentação dos serviços até uma situação, hipotética também, de absoluta integração, para definir, como possiblidades reais, pelo menos três níveis de integração: sistemas fragmentados, sistemas parcialmente integrados e sistemas integrados. Essa construção faz-se em função dos diferentes atributos que, segundo essa instituição, conformam os sistemas de atenção à saúde: população/território, oferta de serviços, primeiro nível de atenção, atenção especializada, mecanismos de coordenação assistencial, tipo de cuidado, governança do sistema, gestão do sistema, recursos humanos, sistemas de informação, financiamento e vínculos com outros setores (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

É fundamental utilizar uma metodologia de avaliação das RASs que possa ser aplicada como linha de base e, depois, periodicamente, para verificar se o grau de

integração desssas redes estão se movendo em que direção: estabilidade, involução ou evolução.

Para isso, apresenta-se um questionário para avaliação do grau de integração das RASs, construído a partir das concepções teórica e operacional desse livro e medido nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

A aplicação do questionário tem duas funcionalidades: primeiro, permitir a definição, em determinado tempo, do grau de integração das RASs: sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada; segundo, proporcionar, a partir de uma análise horizontal de cada questão, a construção de um plano de desenvolvimento institucional para a integração do sistema de atenção à saúde que se analisa.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. Instruções para o uso do questionário

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por uma equipe que trabalhe na(s) rede(s), envolvendo gestores e prestadores de serviços.

Essa avaliação está orientada a prover aos gestores e aos profissionais de saúde um diagnóstico do estágio em que se encontram a(s) rede(s) de atenção à saúde e um sentido de mudança para melhorar a atenção à saúde nessa(s) rede(s).

Ao final do questionário, um sistema de pontuação vai permitir verificar o estágio de desenvolvimento da(s) rede(s) de atenção à saúde: redes fragmentadas, redes em estágio inicial, redes em estágio avançado e redes integradas. Além disso, os resultados devem possibilitar a identificação de áreas críticas do desempenho da(s) rede(s) de atenção à saúde. A partir da identificação dessas áreas, deve ser instituído um programa de desenvolvimento institucional e clínico que permita fortalecer a(s) rede(s) e fazer com que ela(s) evolua(m) no sentido de rede(s) de atenção integrada.

O preenchimento do questionário deve ser feito segundo as instruções seguintes:

Preencha cada questão após uma breve discussão sobre ela.

O questionário pode ser aplicado numa instituição em seu conjunto ou numa rede temática de uma instituição. Nesse último caso, há que se rever as questões relativas aos pontos de atenção secundária e terciária para adequá-los a uma única rede.

Para cada questão responda com um valor que varie de 0 a 3, sendo:

- 0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;
- 1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;
- 2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

2. Interpretação dos resultados

O questionário de avaliação do estágio de desenvolvimento da(s) rede(s) de atenção à saúde está organizado de tal forma que permita identificar um contínuo que pode situar-se entre um sistema fragmentado até uma rede integrada.

Deve ser feita a soma do total de pontos recebidos para cada elemento ou componente da(s) rede(s) avaliada. O resultado final deverá ser interpretado assim:

ESCORE	INTERPRETAÇÃO
0 a 130	Incapacidade para a operação de RASs: sistema fragmentado
131 a 260	Capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente
261 a 390	Capacidade razoavelmente boa para operar RASs: rede de atenção à saúde avançada
391 a 522	Capacidade ótima para operar RASs: redes integradas de atenção à saúde

Além dessa análise quantitativa, deve-se fazer uma análise qualitativa, selecionando-se todos os escores inferiores a 3, mas especialmente os valores 0 e 1, relativos a cada uma das questões, analisadas numa dimensão horizontal. Esses pontos críticos deverão conformar um plano de desenvolvimento institucional da(s) rede(s) de atenção à saúde.

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
POPULAÇÃO	1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS?	
	2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população?	
	3. A estrutura operacional da RAS é formatada em função dessas necessidades?	
	4. Há um processo de territorialização da RAS?	
	5. A RAS dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
	6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	
	7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
	8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
	9. A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de PSF?	
	10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
	11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
	12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
	13. A população está subdividida por fatores de risco?	
	14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
	TOTAL – População	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
	16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
	17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
	18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	
	20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
	21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
	22. Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas usuárias e suas famílias?	
	24. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?	
	25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?	
	26. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	
	27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/aids, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?	
	28. A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?	
	29. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	
	30. As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	
	31. As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?	
	32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	
	33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	
	TOTAL – Atenção Primária à Saúde	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	34. No desenho da RAS há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	
	35. No desenho da RAS considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	
	36. No desenho da RAS considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	
	37. No desenho da RAS há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	
	38. No desenho da RAS há um movimento de substituição hospitalar?	
	39. Há a oferta de hospitais/dia?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	40. Há a oferta de cirurgia ambulatorial?	
	41. Há a oferta de internações domiciliares?	
	42. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
	43. Há a oferta de centros de enfermagem (*nursing homes*)?	
	44. Há a oferta de cuidados paliativos?	
	45. No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	
	46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	
	47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	
	48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a APS?	
	49. Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	
	50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	52. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	54. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	55. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	56. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	57. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	58. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo do útero? Eles operam de forma integrada com a APS?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com as unidades de APS?	
	65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	66. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	67. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/aids? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	68. Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	69. Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	70. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	71. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	
	72. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
	73. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	
	74. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	
	75. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
	76. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	
	TOTAL – Atenção Secundária e Terciária	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS DE APOIO	77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
	78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
	79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
	80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
	81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
	83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	
	84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
	85. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
	86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
	87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	
	88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
	89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
	90. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	
	91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
	TOTAL – Sistemas de apoio	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
	93. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	95. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
	96. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	
	97. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
	98. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar *feedbacks* relativos a situações de saúde definidas?	
	99. A equipe de APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
	100. A equipe de APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	
	101. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	
	102. Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	
	103. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
	104. O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	
	105. O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
	106. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	
	107. O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	
	TOTAL – Sistemas logísticos	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	108. Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS?	
	109. Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	
	110. A RAS tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	
	111. A missão, a visão e os valores da RAS são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	
	112. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	
	113. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
	114. Há um sistema de acreditação da RAS?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	115. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	
	116. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
	117. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RAS?	
	118. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	
	119. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RAS?	
	120. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3 por capitação ajustada	
	121. A RAS conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	
	TOTAL – Sistema de governança	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	122. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	
	123. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
	124. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	
	125. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	
	126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	
	127. Há um registro de informações para cada condição de saúde?	
	128. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	
	129. O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	
	130. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	
	131. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas usuárias da rede?	
	132. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	
	133. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	
	134. As RASs dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	135. Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?	
	136. Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	
	137. Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	
	138. Essas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	139. Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	
	140. Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	
	141. Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?	
	142. Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	143. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	
	144. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários da saúde?	
	145. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	
	146. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de risco proximais?	
	147. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na RAS?	
	148. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?	
	149. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição de saúde?	
	150. Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma condição de saúde?	
	151. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da condição de saúde?	
	152. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da condição de saúde?	
	153. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
	154. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?	
	155. Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	156. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	
	157. Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?	
	158. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde das pessoas usuárias das RASs com base nas linhas-guia?	
	159. Esse processo de educação em saúde é realizado por profissionais com conhecimento de educação?	
	160. Esse processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?	
	161. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?	
	162. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	
	163. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
	164. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	
	165. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	
	166. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	
	167. As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
	168. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
	169. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	
	170. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?	
	171. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	
	172. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da condição de saúde e sua família?	
	173. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?	
	174. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?	
	TOTAL – Modelo de atenção	

CAPÍTULO 5 – UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: O PROGRAMA MÃE CURITIBANA (PMC)

O PMC constitui-se, provavelmente, a mais bem-sucedida e sustentada experiência de RAS do SUS. A apresentação do estudo de caso do PMC em reunião promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde, sobre RASs, realizada no final de 2009, em Lima, Peru, permitiu verificar que é uma experiência de vanguarda, também, numa perspectiva internacional (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

O PMC é uma RAS temática, referida à atenção materno-infantil. Ele foi instituído pela Resolução nº 002/99, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, de 8 de março de 1999. Assim, o programa já tem 12 anos de existência.

O PMC tem sido exaustivamente analisado e documentado (MENDES, 2009). É um modelo que tem sido adaptado a diferentes partes do País. O programa já acompanhou aproximadamente 200 mil gestantes nos seus anos de vida. 60,8% do total de gestantes de Curitiba foram atendidas pelo SUS; as demais foram acompanhados no setor privado (sistemas privados de saúde suplementar ou sistemas de desembolso direto). À medida que o PMC vai avançando, muitas mulheres portadoras de planos privados de saúde, em Curitiba, têm utilizado, pelo menos parcialmente, os serviços do PMC.

A análise de situação que precedeu e justificou o programa mostrava que as gestantes de Curitiba não tinham acesso aos serviços pré-natais em quantidade e qualidade e que peregrinavam, em trabalho de parto, por diversas maternidades, sem garantia de atendimento; 30% das gestantes iam a mais de uma maternidade na hora do parto. A desorganização dos fluxos de assistência hospitalar às gestantes evidenciava várias barreiras ao acesso ao parto, como a falta de vagas nas maternidades, a prática ilegal de cobrança às usuárias do SUS como condição de atendimento e a ausência de políticas de acolhimento e humanização. A ausência de diagnósticos de riscos e de vinculação das gestantes às maternidades por riscos, gerava situações irracionais em que maternidades de maior densidade tecnológica, aptas para a atenção às gestantes de alto risco, estavam com seus leitos ocupados por gestantes de baixo risco. Os leitos de UTI neonatal eram ocupados por crianças com prematuridade evitável. Havia 13 maternidades contratadas pelo SUS, com excesso de oferta de leitos obstétricos e, algumas delas, com problemas de queixas de pessoas usuárias, de desobediência às normas da Vigilância Sanitária e com práticas de baixa qualidade e inseguras, o que levou à desvinculação de sete delas do Sistema Municipal de Saúde (JIMENEZ *et al.*, 2001).

O PROGRAMA MÃE CURITIBANA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A descrição do programa Mãe Curitibana far-se-à adotando os elementos das RASs definidos nesse livro: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A POPULAÇÃO E OS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS NO PMC

O processo de territorialização em Curitiba, iniciado em 1992, articulou-se com uma política de descentralização da saúde e implementou-se através de um novo paradigma de prática sanitária, o da vigilância à saúde. Esse processo de territorialização incluiu os conceitos de: cidadania, o qual aponta para o direito à vida e à saúde e para o empoderamento dos cidadãos; territorialidade, que implica um saber a respeito de territórios-processo, ou seja, algo mais que a simples área geográfica em que as intervenções de saúde deverão ocorrer; e organização dos serviços para resolver problemas de saúde no território singular (GIACOMINI, 1994; MOYSÉS *et al*, 2001).

Os territórios sanitários definidos foram: o domicílio, correspondente à unidade residencial de cada família; a microárea, espaço de atuação de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que envolve 100 famílias, em média; a área de abrangência, o espaço de responsabilidade de cada unidade de APS ou de uma equipe do PSF e onde deve se dar a auto-suficiência em APS; o distrito sanitário, espaço de, mais ou menos, 200 mil pessoas, onde se deve ofertar a atenção secundária à saúde; e o município, o espaço geográfico do município, onde se deve dar a auto-suficiência em atenção terciária à saúde, num município metrópole. Portanto, os territórios sanitários estão articulados com os níveis de atenção para a conformação das RASs e constituem espaços de responsabilização sanitária dos diferentes atores institucionais da saúde.

O município está dividido em nove Distritos Sanitários, em cada um deles existe uma autoridade distrital que articula as unidades de APS de seu território com as unidades de saúde secundárias e terciárias.

Um fator importante na construção da base territorial de saúde de Curitiba foi, de um lado, a existência de um planejamento urbano integrado e, de outro, a adequação dos territórios sanitários aos fluxos determinados pela rede de transportes urbanos. Por exemplo, as unidades ambulatoriais de atenção às urgências e às emergências foram estrategicamente localizadas nos pontos de confluência das linhas de ônibus.

A construção do PMC fez-se por meio de uma integração dos territórios sanitários, dos níveis de atenção e dos pontos de atenção à saúde. No Quadro 10, mostra-se como isso se deu no PMC.

Quadro 10: Base territorial, níveis de atenção e pontos de atenção à saúde do Programa Mãe Curitibana

TERRITÓRIO SANITÁRIO	NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Domicílio Microárea Área de abrangência	Primário	Agente Comunitário de Saúde Unidade de APS (US)
Distrito Sanitário	Secundário	Unidade de Saúde Mãe Curitibana Unidade de internação pediátrica secundária Maternidade de baixo risco
Município	Terciário	Unidade de internação pediátrica terciária Maternidade de alto risco

A população de cada área de abrangência está cadastrada na APS. A população de responsabilidade das RASs vive nos territórios sanitários, organiza-se socialmente em famílias e é registrada por subpopulações de riscos sociosanitários.

A ESTRUTURA OPERACIONAL DO PMC

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O CENTRO DE COMUNICAÇÃO DO PMC

A APS é prestada em 104 unidades de saúde (USs), sendo que 53 delas operam com o modelo do PSF e, as outras 51, por meio de unidades de APS tradicionais. Nas 53 USs com PSF funcionam 166 equipes de saúde da família e nas unidades tradicionais funcionam 139 equipes, totalizando 315 equipes de APS.

As unidades de APS são prédios construídos segundo projeto padrão que fazem parte do mobiliário urbano da cidade. São amplas e dispõem de todos os materiais e equipamentos necessários para ofertar a carteira de serviços definidas nos protocolos assistenciais. A planta padrão atualmente utilizada tem 585 metros quadrados. Ou seja, há um adensamento tecnológico da APS para que ela seja resolutiva. Contam, ademais, com um espaço amplo, multiuso, onde se concentram as ações de educação em saúde e os atendimentos em grupos, os espaços-saúde. Esses espaços têm em torno de 60 metros quadrados e apresentam diversos recursos para suas atividades,

como cozinha para oficinas de reeducação alimentar, escovódromos para educação em saúde bucal e outros.

A carteira de serviços do programa Mãe Curitibana, na APS compõe-se de (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2005a; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2005b):

Atenção pré-natal de baixo risco: capitação, inscrição e vinculação da gestante à maternidade, segundo risco; avaliação clínico-obstétrica; classificação do risco gestacional (baixo risco e alto risco); acompanhamento do pré-natal das gestantes de baixo risco; orientação das gestantes (pasta da gestante, oficinas, visita à maternidade, orientações sobre urgências obstétricas, avaliação do estado nutricional, aleitamento materno, vacinação, saúde mental das gestantes e saúde bucal nas gestantes); intercorrências no pré-natal (queixas mais comuns e intercorrências clínicas e obstétricas); prevenção e tratamento das infecções maternas e congênitas (toxoplasmose materna, toxoplasmose congênita, prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita, tuberculose e hepatite B na gestação); prevenção e tratamento das patologias associadas à prematuridade (doenças sexualmente transmissíveis, infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B, infecção do trato urinário, prevenção da doença hemolítica perinatal, diabetes gestacional, síndromes hipertensivas na gestação e tabagismo); estímulo à participação dos pais no pré-natal; e organização das visitas das gestantes às maternidades no sexto mês de gravidez.

Planejamento familiar: assistência à pré-concepção, à anticoncepção e à infertilidade conjugal.

Monitoramento da gestante de alto risco até a consulta puerperal.

Atenção puerperal: consulta puerperal no 7º ao 10º dia após o parto (agendada diretamente pela maternidade na unidade de APS); consulta do bebê para avaliação; capitação da mãe para o planejamento familiar; capitação do bebê para o programa da criança.

Atenção à criança: visita domiciliar ao recém-nascido; recebimento da declaração de nascimento com classificação de risco; visita domiciliar ao faltoso à consulta puerperal e às crianças de alto risco; acompanhamento de risco evolutivo; e acompanhamento da criança segundo o protocolo clínico.

Essas atividades são registradas pelas pessoas usuárias por meio da carteira de pré-natal da Mãe Curitibana e das cadernetas de saúde da criança, diferenciadas para meninos e meninas.

Quando a mulher procura a US e se confirma a gravidez, ela é automaticamente inscrita no programa. Nesse momento, ela é orientada sobre a importância do pré-natal, a prevenção da toxoplasmose e das doenças sexualmente transmissíveis e aconselhada a realizar o pré-teste para HIV, bem como a respeito dos cuidados gerais na gestação. São realizados os seguintes procedimentos: abertura do prontuário de pré-natal; entrega da Pasta da Gestante com preenchimento dos dados de identificação na carteira da gestante e orientação dos conteúdos educativos; explicação detalhada do funcionamento do programa; vinculação da gestante à maternidade de referência e obtenção do número do SISPRENATAL (Sistema Nacional de Informação para Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do SUS).

Após a solicitação dos exames de rotina do pré-natal agenda-se a primeira consulta com o médico para a análise dos resultados dos exames e o estabelecimento da conduta. As consultas subsequentes deverão ser mensais até o sétimo mês, quinzenais durante o oitavo mês e semanais durante o nono mês até o parto. Um número de quatro consultas médicas e de três de enfermagem constitui o parâmetro mínimo para um pré-natal de qualidade. Esse mínimo deverá distribuir-se assim: uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e quatro consultas no terceiro trimestre. A presença de indicadores de risco é investigada em todas as consultas. Quando houver suspeita ou diagnóstico de alto risco, a gestante é encaminhada, para avaliação, para um serviço de referência de pré-natal de alto risco. Se esse serviço confirmar o risco, ele determina a conduta e o local de acompanhamento dessa gestante que é vinculada a uma maternidade de alto risco.

OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS DO PMC

Os pontos de atenção secundários e terciários do PMC são: atenção secundária ambulatorial, a US Mãe Curitibana; a atenção hospitalar secundária: as maternidades de baixo risco; e atenção hospitalar terciária: as maternidades de alto risco.

A US Mãe Curitibana do PMC

A US Mãe Curitibana é uma unidade ambulatorial de referência secundária para gestantes e crianças de risco para todo o município. Essa US foi inaugurada em 2006, ocupa uma área de 3.250 m², um prédio de quatro andares, com trinta e cinco consultórios, área de lazer, brinquedoteca e uma planta de mais de 100 servidores.

A carteira de serviços relativos à função de referência secundária, ofertada na US Mãe Curitibana, envolve: pré-natal de gestantes de alto risco segundo o protocolo assistencial; aleitamento materno; ecografia para gestantes de alto e baixo riscos;

ecografia morfológica para diagnóstico de malformações; planejamento familiar; cirurgia de alta frequência; colposcopia; mastologia, mamografias e biópsias para rastreamento de câncer de mama; ginecologia infantil, para adolescentes e para mulheres no climatério; atendimento ao recém-nascido de alto risco e às crianças de alto risco, segundo o protocolo assistencial; eletrocardiografia; eletroencefalografia; e subespecialidades pediátricas como cardiologia, gastroenterologia, infectologia, neurologia, psiquiatria e endocrinologia.

No período 2007/2008 a US Mãe Curitibana teve uma produção de 28.559 ecografias, 6.655 eletrocardiogramas, 1.923 colposcopias.

A atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido no PMC

A atenção ao parto é feita segundo um fluxo que parte da classificação do risco gestacional. As gestantes de baixo risco serão vinculadas e farão seus partos nas maternidades de baixo risco e as gestantes de alto risco serão vinculadas e farão seus partos nas maternidades de alto risco. A diferença fundamental é que as maternidades de alto risco devem ter unidades de tratamento intensivo de adultos e neonatal.

As gestantes de baixo risco são vinculadas à maternidade de referência da unidade de APS. Por isso, cada unidade de APS tem uma maternidade de baixo risco de referência segundo critérios que priorizam a distritalização sanitária, o acesso facilitado, a distância e os meios de transporte. Se a gestante preferir ter o filho numa outra maternidade isso é possível com uma autorização da autoridade sanitária da unidade de APS a que se vincula. Além disso, se no decorrer da gravidez houver uma mudança de risco, a vinculação será mudada.

Existem seis maternidades no PMC. Duas, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná e o Hospital Universitário Evangélico, são referências para as gestantes de alto risco e, quatro delas, o Hospital Mater Dei, o Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral, o Centro Médico Comunitário Bairro Novo e o Hospital do Trabalhador, são referências para as gestantes de baixo risco. Todas as seis maternidades estão reconhecidas pelo UNESCO e pelo Ministério da Saúde como "Hospital Amigo da Criança".

A atenção ao parto implica uma avaliação da gestante o que, além dos procedimentos clínicos de rotina envolve, obrigatoriamente, a análise da carteira de pré-natal da gestante. A gestante é encaminhada à sala de pré-parto e é monitorada pela equipe obstétrica (médicos e enfermeiros obstétricos), de acordo com o protocolo de atendimento ao parto humanizado. Deambular, sentar, deitar ou tomar banho quente são opções que a gestante pode utilizar. O uso de partograma é obrigatório

em função de uma lei estadual de 1998. Nenhum parto será pago se à autorização de internação hospitalar (AIH) não estiver, apensada, uma cópia do partograma e um demonstrativo de que os exames de VDRL, de HIV e o teste do pezinho foram realizados. Além disso, o parto também não será pago se não se demonstrar que houve a assistência de pediatra na sala de parto.

Todo atendimento na sala de parto é feito com presença de pediatra capacitado em neonatologia. Para isso, todas maternidades têm local apropriado para atendimento ao recém-nascido, com equipamentos necessários à reanimação neonatal.

O tempo de permanência da puérpera após o parto no centro obstétrico deve ser de, no mínimo, uma hora. O recém-nascido sem intercorrência é colocado em contato com a mãe precocemente para iniciar o processo de aleitamento materno preconizado pelo programa Hospital Amigo da Criança. Após o parto, mãe e bebê são encaminhados ao alojamento conjunto. A puérpera recebe orientação e acompanhamento para o início e a manutenção do aleitamento materno. A criança faz o teste do pezinho na alta hospitalar. A carteira de saúde da criança é preenchida completamente, bem como a Declaração de Nascido Vivo.

A maternidade agenda diretamente, na unidade de APS a que a gestante está vinculada, por via eletrônica, uma consulta puerperal e pediátrica que deve ser realizada do 7º ao 10º dia após o parto, naquela unidade de saúde.

Há um incentivo para os partos que se materializa num kit padronizado de materiais e medicamentos que o PMC entrega às maternidades. Há um kit para partos vaginais e um kit para partos cesarianos. Há um limite de 30% de fornecimento de kits para partos cesáreos para não incentivar esses tipos de partos.

OS SISTEMAS DE APOIO DO PMC

Há dois sistemas de apoio principais ao PMC que são o sistema de apoio diagnóstico e o sistema de assistência farmacêutica.

O sistema de apoio diagnóstico

O sistema de apoio diagnóstico da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, descrito no Boxe 4, tem uma concepção inovadora em conformidade com a proposta das RASs para ganhos de escala e de qualidade. Ele está estruturado num desenho que concentra o processamento, descentraliza a coleta e liga essas duas pontas por meio de uma logística eficaz. A coleta de exames é descentralizada em todas as unidades de saúde e o processamento é feito num único laboratório municipal.

O processo inicia-se no prontuário eletrônico da pessoa usuária com a geração da requisição do exame e se complementa com etapas sucessivas: agendamento eletrônico da coleta, coleta de materiais com emissão de etiquetas com código de barras para identificação do material; remessa eletrônica dos planos de trabalho para o sistema informatizado de produção do laboratório; e importação dos resultados liberados pelo sistema de produção laboratorial para o prontuário eletrônico das unidades de saúde.

Há um sistema integrado de informática ligando o laboratório com as unidades de saúde, *on-line*. Após a consulta médica ou de enfermagem, a coleta dos exames é agendada imediatamente. Nesse momento é impresso o plano de coleta de exames, em que consta a relação de exames a serem coletados, as orientações à pessoa usuária e um número de identificação de cada tubo a ser colhido. O documento é entregue à pessoa que o levará no dia da coleta.

O sistema de apoio diagnóstico provê, no PMC, os exames preconizados para o pré-natal, além dos exames pré e pós operatórios previstos nas cirurgias de métodos definitivos de planejamento familiar.

Os exames complementares disponibilizados pelo sistema de apoio diagnóstico conforme o protocolo para a atenção pré-natal, são: hemograma, TIG, tipagem sanguínea e fator RhD, Coombs Indireto, parcial de urina, cultura de urina e contagem de colônias e antibiogramas, glicemia de jejum, curva glicêmica, VDRL, FTA-Abs, Teste Anti-HIV1 e HIV2, CD4 e carga viral, sorologia para toxoplasmose, teste de gravidez de IgG para toxoplasmose, reação de Mantoux ID, sorologia para hepatite e bacterioscopia de secreção vaginal.

O sistema de assistência farmacêutica

O sistema de assistência farmacêutica é organizado pelo programa Farmácia Curitibana que visa a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população aos medicamentos básicos e estratégicos do SUS. O sistema é estruturado em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica e com o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica.

O Farmácia Curitibana propõe a organização dos ciclos logísticos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, bem como ações de farmácia clínica como a dispensação, a atenção farmacêutica e a farmacovigilância.

Operacionalmente, implantaram-se farmácias nas unidades de APS que funcionam sob coordenação dos níveis distrital e central da Secretaria Municipal de Saúde. A carteira de medicamentos do programa Farmácia Curitibana é de 203 itens de medicamentos. Por ano, são dispensadas mais de 100 milhões de unidades de medicamentos.

O PMC utiliza-se de vários medicamentos que são usados, também, em outros programas, mas, além disso, há uma carteira específica de medicamentos para o programa.

Medicamentos para o pré-natal: ampicilina 500 mg comprimido; axetil cefuroxima 250 mg comprimido; cefalexina sódica 500 mg cápsula; espiramicina 100 mg/mL solução oral; espiramicina 500 mg comprimido; folinato de cálcio (ácido folínico) 15 mg comprimido; folinato de cálcio (ácido folínico) 2 mg/ml solução oral; mebendazol 20 mg/mL suspensão oral; metildopa 250 mg comprimido; pirimetamina 2 mg/mL suspensão oral; pirimetamina 25 mg comprimido; prednisona 1,5 mg/mL solução oral; sulfadiazina 100 mg/mL suspensão oral; e sulfadiazina 500 mg comprimido.

Medicamentos para o planejamento familiar: etinilestradiol + levonorgestrel 0,03/0,15 mg comprimido; levonorgestrel 0,75 mg comprimido; medroxiprogesterona acetato 150 mg injetável trimestral; noretisterona 0,35 mg. comprimido; e norestisterona, enantato + estradiol, valerato 50 mg/5 mg solução injetável mensal.

OS SISTEMAS LOGÍSTICOS

Há dois sistemas logísticos que são utilizados por todos os programas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e que são fundamentais para garantir os fluxos e contrafluxos das pessoas usuárias no PMC: o cartão qualidade saúde e o sistema de acesso regulado à atenção.

O cartão qualidade saúde

O Cartão Qualidade SUS (CQS) é um sistema eletrônico que visa informatizar, integralmente, todos os processos técnicos e administrativos voltados à saúde dos curitibanos.

O CQS é um aplicativo que tem como objetivo obter o registro de todos os eventos técnicos e administrativos ocorridos nas relações entre as pessoas usuárias e os prestadores de serviços do SUS, com base num cadastro único dessas pessoas e dos estabelecimentos de saúde. Esse aplicativo sustenta-se num prontuário eletrônico, ao qual se associa um conjunto de funcionalidades auxiliares, de natureza administrativo-

-gerencial. O sistema já opera, com sucesso, há mais de 10 anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Na construção do prontuário eletrônico foram incorporados os fundamentos do modelo de atenção às condições crônicas (MACC), tais como: adequação do cadastro aos territórios sanitários definidos no processo de territorialização; inexistência de barreiras de acesso da população às unidades de saúde; acolhimento solidário; priorização no atendimento à pequena urgência; priorização no atendimento programado para a clientela portadora de situações e riscos ou agravos de interesse epidemiológico; modulação da demanda da unidade com vistas à melhoria do padrão de qualidade; disponibilização de sistema de agendamento eletrônico de consultas médicas; facilitação do agendamento de retorno para pessoas usuárias inscritas em programas de atenção continuada; e disponibilização de agendamento eletrônico para a equipe de enfermagem (SCHNEIDER, 2001).

Para viabilizar entradas adequadas para o registro de informações especificamente relacionadas às ações programadas em desenvolvimento nas unidades de APS, criou-se, no sistema geral do prontuário, subsistemas que receberam o nome de prontuários de programas. Assim, de conformidade com os protocolos assistenciais estabelecidos, foram identificados procedimentos padronizados de atendimento de registro que, capturados, constituíram os prontuários de programas. Dentre eles, o prontuário da atenção materno-infantil.

O prontuário clínico eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde atende às exigibilidades do manejo das condições crônicas (IMPROVING CHRONIC CARE ILLNESS, 2008), tais como registro das pessoas usuárias por condição e por estratos de risco e alertas e *feedbacks* para os profissionais.

O prontuário clínico da APS está ligado *on-line* com as maternidades, com o laboratório municipal de patologia clínica e com os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde. Isso torna viável que o agendamento para exames especializados e para consultas seja feito, diretamente, pela equipe de APS, que a maternidade agende, diretamente, na APS a consulta puerperal, que o laboratório envie, diretamente, para o prontuário do médico o resultado de exames etc.

O sistema de acesso regulado à atenção à saúde

O sistema de acesso regulado à atenção estrutura-se em dois pilares fundamentais: a central de marcação de consultas e de exames especializados e a central metropolitana de leitos hospitalares.

A central de marcação de consultas e de exames especializados instituiu-se com o propósito de disponibilizar acesso *on-line* às unidades de APS, onde são geradas as referências aos especialistas e a maior parte dos exames. Assim, ao sair da unidade de APS a pessoa usuária tem, de imediato, acesso ao agendamento da consulta médica especializada ou do exame. Ademais, esse sistema funciona como gerenciador da demanda, distribuindo-a otimamente entre os diferentes prestadores de serviços e organizando as listas de espera. Ele tem, ainda, uma interface com o prontuário eletrônico das unidades especializadas e permite a elaboração das agendas dos médicos especialistas. Coordenada pela Secretaria Municipal da Saúde, realiza marcação de consultas e exames para 128 atividades distintas, atendendo a 183 unidades de saúde de Curitiba e da Região Metropolitana. Para obter uma consulta especializada, a pessoa usuária deve se dirigir à unidade de saúde mais próxima de sua residência para uma consulta básica (clínica médica, pediatria ou ginecologia-obstetrícia). O médico fará a triagem do problema e encaminhará à especialidade adequada, de acordo com o protocolo assistencial.

A central metropolitana de leitos hospitalares, coordenada pela Secretaria Municipal da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde, realiza encaminhamentos de pessoas usuárias atendidas nas unidades de saúde de Curitiba, Região Metropolitana e Regionais da Saúde do estado que necessitam de internamento de emergência ou eletivo, através de sistema informatizado de cadastro de leitos da rede hospitalar vinculada ao SUS. Para obter internação, a pessoa usuária deve se dirigir à unidade de saúde mais próxima de sua residência para avaliação. O médico fará a triagem e encaminhará ao serviço hospitalar adequado às condições clínicas da pessoa usuária, conforme os protocolos assistenciais. O atendimento na central metropolitana de leitos hospitalares funciona 24 horas ao dia.

Esse dois instrumentos logísticos de regulação do acesso à atenção à saúde são utilizados pelo PMC. Por exemplo, o médico faz, na APS, a classificação de uma gestante como portadora de alto risco gestacional. Imediatamente, ele realiza, via eletrônica, o agendamento daquela gestante para uma avaliação de risco na maternidade de alto risco à qual aquela gestante está vinculada. A gestante recebe, naquele momento, uma guia para a maternidade (guia de referência) e, se não há disponibilidade naquele instante, ela entra numa lista de espera gerenciada eletronicamente. Ao voltar à unidade de APS ela traz, além das anotações na sua carteira de pré-natal, uma guia de contrarreferência preenchida pelo profissional da maternidade de alto risco.

O SISTEMA DE GOVERNANÇA DO PMC

O sistema de governança do PMC estrutura-se em coerência com o sistema de governança geral da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A Secretaria estrutura-se em três níveis de governança: o nível central, o nível estratégico; o nível distrital, o nível tático, exercitado pelos nove Distritos Sanitários; e o nível local, o nível operativo, das unidades de saúde.

Especificamente em relação ao PMC, esses três níveis são desempenhados por distintos atores.

No nível central, existe uma Coordenação do PMC que tem as seguintes competências: gerenciar o programa, implantando e atualizando os protocolos que irão nortear as ações da Secretaria Municipal de Saúde em relação à saúde materno-infantil; planejar as ações na área da saúde materno-infantil de acordo com os indicadores epidemiológicos; promover treinamentos periódicos dos profissionais de saúde na área materno-infantil visando à atualização dos profissionais; estabelecer contratos com prestadores de serviços hospitalares; captar recursos em agências externas; e monitorar e avaliar os indicadores estratégicos do programa.

No nível distrital, existe uma estrutura gerencial, coordenada por um Supervisor Distrital, que tem as seguintes competências: fornecer apoio às ações de maior complexidade desenvolvidas pelas unidades de saúde, nas ações de promoção, prevenção e assistência; priorizar, de acordo com o planejamento distrital, ações mais amplas que as previstas nos protocolos assistenciais para algumas unidades de saúde; e monitorar e avaliar os indicadores táticos do programa. O Coordenador de Assistência é a referência no Distrito Sanitário para as unidades de APS e para o PMC.

No nível local das unidades de APS opera uma estrutura gerencial, coordenada pela Autoridade Sanitária Local, que tem as seguintes competências: determinar o profissional da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal das gestantes; inscrever as gestantes no PMC; vincular as gestantes às maternidade de baixo ou alto risco, de acordo com cada caso; monitorar as atividades de baixo e alto risco por meio do mapa de monitoramento; monitorar as gestantes de alto risco, durante o pré-natal, parto e puerpério; realizar busca ativa, através da visita domiciliar e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso; e monitorar e avaliar os indicadores operacionais do PMC.

Na governança do SUS instituiu-se o controle social sobre o sistema público de saúde. O controle social do SUS e, portanto, do PMC, faz-se através de dois mecanismos: as Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde.

As Conferências Municipais de Saúde realizam-se, em Curitiba, a cada dois anos, e têm como objetivo traçar objetivos estratégicos para o biênio. Têm uma ampla participação social: gestores do Sistema Municipal de Saúde, trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde, prestadores de serviços e representação de pessoas usuárias. A representação das pessoas usuárias em relação aos demais participantes da Conferência faz-se de modo paritário entre pessoas usuárias e demais representações.

Os Conselhos de Saúde são de três modalidades para adaptar-se ao sistema de governança do município: o Conselho Municipal de Saúde com âmbito de controle sobre todo o município; os Conselhos Distritais de Saúde com âmbito de controle distrital; e os Conselhos Locais de Saúde com âmbito de controle na área de abrangência de cada unidade de APS.

O Conselho Municipal de Saúde tem representação de gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e representação de pessoas usuárias, sendo o número de pessoas usuárias paritário com as demais representações. Aí se fazem as decisões estratégicas. Os Conselhos Distritais de Saúde, com a mesma representação, fixam-se nas decisões táticas. Por fim, os Conselhos Locais de Saúde, também com representação paritária, cuidam das decisões de caráter operativo.

Há uma Comissão de Saúde da Mulher no Conselho Municipal de Saúde que funciona como órgão de apoio técnico às decisões desse conselho. Em 2001, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde da Mulher.

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÙDE DO PMC

O modelo de atenção à saúde praticado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e, por consequência, do PMC, envolve ações de promoção da saúde sob a forma de projetos intersetoriais, ações de prevenção de condições de saúde por meio de intervenções sobre fatores de riscos proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida e ações sobre as condições de saúde estabelecidas por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. As ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde não são desenvolvidas por programas e, pelo PMC, mas para a população total ou para subpopulações com fatores de risco proximais. Já a tecnologia de gestão da condição de saúde é utilizada, com especificidades, pelo PMC. Em algumas situações, como nos recém-nascidos de alto risco, é utilizada a tecnologia de gestão de caso.

A gestão de condição de saúde do PMC envolve a elaboração e validação dos protocolos assistenciais, as mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde por meio de educação permanente, a mudança de comportamentos de pessoas usuárias por meio da educação em saúde, a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde segundo estratos de risco e o contrato de gestão com pagamento por desempenho dos profissionais de saúde.

As diretrizes clínicas

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem uma grande tradição de utilização, em seus programas de saúde, de diretrizes clínicas, formuladas na perspectiva das linhas-guia, denominadas de protocolos assistenciais. Esses protocolos são construídos com base em evidências e em conjunto com as sociedades corporativas que os validam, recomendando sua adoção pelos profissionais de saúde.

Os principais protocolos assistenciais do PMC são o protocolo do pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido; planejamento familiar; e urgências e emergências obstétricas.

O protocolo de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido está construído com estratificação de riscos, o que é fundamental para a tecnologia de gestão de condição de saúde. As gestantes são classificadas em gestantes de baixo risco e de alto risco. Em 2008, nas gestantes atendidas pelo programa, 88% eram de baixo risco e 12% de alto risco.

Da mesma forma, os recém-nascidos são, também, estratificados por risco, a partir de um conjunto de informações que são provenientes, especialmente, da declaração de nascidos vivos.

A educação permanente dos profissionais de saúde

Há um investimento significativo da Secretaria Municipal de Saúde em educação permanente dos seus profissionais. Atividades como cursos, seminários e oficinas são realizadas de forma regular sob coordenação do Centro de Educação em Saúde (CES). O CES é um espaço em que o desenvolvimento do conhecimento técnico e científico é gerenciado. Além de organizar treinamentos e capacitações dá a oportunidade ao servidor de participar em cursos, congressos e eventos externos. Compete, ainda, ao CES a obtenção e gestão de bolsas de estudo de ensino médio e de pós-graduação na área de saúde, a administração de estágios curriculares das instituições de ensino conveniadas e o encaminhamento das solicitações de pesquisas e voluntariado na rede de serviços municipais de saúde.

Vale ressaltar um programa de educação permanente de médicos de família, um sistema de educação inovador, construído com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e que se estrutura em torno de grupos de aperfeiçoamento profissional, composto por um conjunto de 8 a 12 médicos de família que se encontram, facilitados por um tutor, para estudar temas de interesse dos programas e, especificamente, do PMC. Esses grupos são acompanhados por um tutor que foi previamente preparado em educação médica e que se reúne com os médicos, mensalmente, em salas de educação permanente localizadas nos Distritos Sanitários.

A educação em saúde das pessoas usuárias

Há um forte componente de educação em saúde desenvolvido pelo PMC nos diferentes pontos de atenção, mas com ênfase relativa nas ações de APS.

Atividades educacionais fazem parte da rotina do PMC. Uma atividade educativa fundamental é o grupo de gestantes, momento privilegiado em que as mulheres, em grupo, recebem orientações sobre a sua saúde e do futuro bebê, trabalham suas expectativas e ansiedades e se aproximam de sua unidade de saúde e de seus profissionais.

Há vários materiais educativos impressos, especialmente folders, que são distribuídos para as gestantes matriculadas no programa: Mãe Curitibana, o pacto pela vida; programa de aleitamento materno; programa Mama Nenê de aleitamento materno nas creches; o teste rápido HIV para todas as gestantes de Curitiba; orientações fisioterapêuticas para gestantes; infecção urinária na gestação, saiba como evitar; sífilis na gestação, proteja seu bebê; planejamento familiar; Pai presente no pré-natal e outros. Esse material educativo é disponibilizado, em grande parte, no dia do diagnóstico da gravidez e faz parte da Pasta da Gestante que ela recebe naquele momento.

Uma atividade educativa importante é a visita de grupos de gestantes à maternidade a que estão vinculadas. Essa visita faz-se no 6º mês de gravidez e objetiva promover um primeiro contato da gestante com a maternidade em que irá ter seu filho, conhecer suas instalações e entrar em contato com servidores daquela maternidade. Essa visita prévia humaniza a atenção e permite reduzir as ansiedades do momento do parto.

A programação, monitoramento e avaliação do PMC

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba opera seus programas por meio de um sistema gerencial que envolve o Plano Municipal de Saúde, o Plano Operativo

Anual, o Sistema de Informação Gerencial, o Termo de Compromisso e um sistema de incentivo com pagamento por desempenho.

O Plano Municipal de Saúde é um plano de médio prazo, com duração quadrienal que procura incorporar, no campo da saúde, o programa de governo para a cidade de Curitiba. Ele incorpora, também, as diretrizes emanadas das Conferências Municipais de Saúde. Em Curitiba, as deliberações das Conferências Municipais de Saúde são acolhidas e implementadas, efetivamente, pelo gestor municipal.

O Plano Operativo Anual é o plano de curto prazo, coerente com o Plano Municipal de Saúde, e que se operacionaliza por meio de 83 indicadores nas áreas de assistência à saúde, APS, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adolescente, condições crônicas, fisioterapia, saúde mental, epidemiologia e saúde do trabalhador.

O monitoramento do Plano Operativo Anual é feito por um Sistema de Informação Gerencial que funciona através de relatórios periódicos informatizados relativos aos 83 indicadores. Esses indicadores são diferentes para os diferentes níveis institucionais: indicadores estratégicos para o nível central; indicadores táticos para o nível distrital e indicadores operativos para o nível local.

Os Termos de Compromisso são contratos de gestão firmados em diferentes esferas: nível central, nível distrital e nível local. Por exemplo, no nível local, os Termos de Compromisso são firmados entre: as equipes das unidades de APS, representadas pelo seu gerente, a Autoridade Sanitária Local; o Conselho Local de Saúde; o Distrito Sanitário, representado pelo Supervisor Distrital; e o Secretário Municipal de Saúde. As metas acordadas têm certa flexibilidade em função de variáveis, tais como a população adscrita e capacidade de oferta dos serviços.

Trimestralmente é realizado o monitoramento dos indicadores e alguns destes indicadores fazem parte do Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ) que é um sistema de pagamento por desempenho dos profissionais de saúde. Esse incentivo pode variar de 20 a 40% sobre o salário dos profissionais.

Com relação ao PMC, o IDQ envolve, no nível local de uma unidade de APS, os seguintes indicadores: realizar 95%, ou mais, da 3ª dose de vacina DPT e tetravalente no trimestre; monitorar 100% das crianças filhas de mães HIV positivas, matriculadas no PMC, residentes na área de abrangência da unidade de saúde; investigar 100% das altas hospitalares em menores de 1 ano, em relação às notificações recebidas até 15 dias antes do término do trimestre; investigar 100%

dos óbitos em menores de 1 ano ocorridos na área de abrangência da unidade de saúde em 30 dias; realizar a inscrição de crianças menores de 1 ano de idade de acordo com a pactuação da unidade de saúde no plano operativo; realizar 70% ou mais das inscrições de gestantes do PMC antes do 4º mês de gestação; e realizar no mínimo 80% de cobertura de consultas de puerpério de gestantes vinculadas ao PMC de acordo com a pactuação.

No nível distrital, o IDQ engloba os seguintes indicadores: analisar 100% dos óbitos em menores de 1 ano através dos Comitês Distritais dentro dos critérios para análise; investigar e analisar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos); e cobertura vacinal de 95% ou mais de vacina DPT e tetravalente no trimestre.

O pagamento por desempenho implica bônus individual e de equipe: bônus de 20% a 40% para equipes com bom desempenho em qualquer unidade de saúde de acordo com uma avaliação ponderada sobre as equipes e indivíduos. Uma avaliação do Banco Mundial evidenciou que o pagamento por performance teve efeito direto: 90% dos profissionais recebem o bônus; apenas casos extremos de baixo desempenho são punidos. Teve, além disso, um efeito indireto: o incentivo de equipe encoraja a solução de problemas e o esforço da equipe (SHEPHERD e WENCESLAU, 2006).

OS PROCESSOS DO PMC

A análise dos processos do PMC faz-se com relação a processos finalísticos e, portanto, não estão considerados os processos que se estruturam para as atividades-meio.

Foram selecionados, para análise, 11 processos importantes para o atingimento dos resultados finais do PMC: a vigilância epidemiológica, a capitação precoce das gestantes, as consultas pré-natais, as consultas puerperal e de puericultura para o recém-nascido, o pai presente, o planejamento familiar, a redução da gravidez na adolescência, a transmissão vertical de HIV, o aleitamento materno, os tipos de parto e a cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade.

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO PMC

A vigilância epidemiológica opera com eventos-sentinela em relação ao HIV/aids, à sífilis congênita e às infecções nas gestantes. A origem da informação vem do laboratório que, diante de um teste positivo para HIV ou de VDRL ou uma urocultura positiva, aciona a coordenação do programa que, por sua vez, informa a unidade de saúde que tem que investigar as razões daquele evento.

Com relação às crianças, todas as altas hospitalares de menores de 1 ano de idade são notificadas pelo hospital ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, informa a unidade de APS para que investigue as razões daquele evento. O mesmo procedimento, com a mesma rotina, se dá em relação às consultas de urgência realizadas nos centros médicos de urgências municipais (CMUMs).

Há uma vigilância e uma busca ativa de puérperas adolescentes de menos de 16 anos e de multíparas com mais de três filhos para o planejamento familiar, feita a partir da declaração de nascidos vivos. As unidades de APS são notificadas e essas mulheres são priorizadas nas ações de planejamento familiar.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou, em 1999, um sistema de vigilância da mortalidade infantil que se estrutura a partir de um monitoramento diário dessas mortes, por estabelecimento de ocorrência, permitindo acompanhar sua magnitude, identificar fatores de risco, avaliar a adequação de medidas de intervenção e reconhecer novas estratégias. Com esses objetivos, construiu-se uma metodologia que procurou dar conta do acompanhamento da mortalidade infantil, de forma imediata e rápida, buscando identificar, precocemente, possíveis intercorrências pontuais, em cada um dos diferentes estabelecimentos hospitalares do município (SZWARCWALD *et al*., 2001).

Esse sistema envolve: estabelecimento da incidência média de óbitos infantis por hospital, nos diferentes meses do ano, considerando a sazonalidade desse evento; utilização de média móvel utilizando-se o mês anterior e o mês posterior ao mês em questão; computação do total de óbitos infantis por local de ocorrência, independentemente do município de origem da criança; cálculo das médias semanais de óbitos infantis por estabelecimento, assim como a média de óbitos infantis em duas semanas; levando em conta a dispersão de valores encontrados em relação ao número médio semanal, é estabelecido um intervalo de variação para o qual se espera que os valores observados estejam dentro dos limites encontrados, o que implica um número de óbitos igual ou menor à média, acrescido de um desvio padrão (valores acima desse padrão são considerados como sinais de alerta); como instrumento de monitoramento utiliza-se uma planilha de controle nos moldes do diagrama de controle, tradicionalmente utilizado para a definição do nível endêmico de um determinado agravo, em determinada população; parceria com o Serviço Funerário Municipal para receber diariamente dados sobre óbitos ocorridos no dia anterior; e possíveis intercorrências são evidenciadas nas análises diária, semanal quinzenal ou mensal.

Valores acima do esperado desencadeiam uma sequência de ações: análise de cada óbito através de dados presentes na declaração de óbitos, observando o tipo de óbito, a causa da morte, o peso da criança ao nascer e a idade gestacional. Quando essa análise aponta para intercorrências relativas à atenção recebida, uma análise mais detalhada é realizada em conjunto com o hospital.

Outro instrumento epidemiológico fundamental, utilizado rotineiramente no PMC, é a investigação dos óbitos maternos e infantis, realizada pelo Comitê Pró-vida de Prevenção da mortalidade materna e infantil de Curitiba (ALBUQUERQUE *et al*, 2001). O Comitê Pró-vida é constituído por representantes de diversos setores sociais: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Universidades, sociedades científicas, corporações profissionais e organizações não-governamentais. Seu objetivo é considerar a morte materna e infantil como eventos-sentinela da atenção à saúde materno-infantil no município, buscando identificar causas e fatores contribuintes para os óbitos; analisar a evitabilidade/redutibilidade das mortes; discutir e sugerir medidas de intervenção; conscientizar gestores, serviços, profissionais de saúde e comunidade sobre os efeitos das mortalidades materna e infantil, e aprimorar as estatísticas.

O Comitê está organizado em duas câmaras: a câmara materna e a câmara infantil. As câmaras infantis estão descentralizadas para os nove Distritos Sanitários. Os critérios de investigação são: mortalidade materna, 100% dos óbitos de mulheres residentes em Curitiba entre 10 a 49 anos; mortalidade infantil, 100% dos óbitos infantis em menores de 1 ano residentes em Curitiba e óbitos fetais maior ou igual 2.500 gramas.

As investigações realizadas de óbitos maternos, no período de 2000 a 2007, evidenciaram o seguinte perfil de mortalidade: 46,2%, entre 30 a 39 anos; 76,3% pré-natal realizado no SUS; 16,1% pré-natal realizado em planos privados ou por pagamento direto; 7,6% não realizaram pré-natal; 32,2%, óbitos não declarados na declaração de óbito e 87,5% dos óbitos são evitáveis.

Em relação aos óbitos infantis do ano de 2007 tem-se o seguinte perfil: 256 óbitos; 69, fora de critério; 55, critério/não preveníveis; e 132 critério/preveníveis, o que corresponde a 52% do total de óbitos.

A CAPTAÇÃO PRECOCE DAS GESTANTES

O protocolo assistencial do PMC preconiza que as gestantes devem ser captadas até o 4º mês de gravidez. Uma análise dos resultados dessa captação precoce de gestantes está na Tabela 11.

Tabela 11: Porcentual de gestantes inscritas no PMC antes do 4º mês de gestação, período de 2001 a 2008

ANO	PERCENTUAL
2001	61%
2002	...
2003	78%
2004	78%
2005	78%
2006	78%
2007	83%
2008	83%

... Dado não disponível

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

O exame da Tabela 11 permite tirar duas conclusões: o percentual de captação de gestantes antes do 4º mês de gestação é bastante bom em termos de situação geral do SUS e apresenta uma tendência de crescimento nos últimos anos.

AS CONSULTAS PRÉ-NATAIS

O protocolo assistencial do PMC indica um número mínimo de sete consultas como parâmetro de qualidade da assistência pré-natal. A Tabela 12 relaciona as consultas pré-natais em gestantes de baixo risco, ofertadas pelo programa no período de 2003 a 2008.

Tabela 12: Consultas pré-natais ofertadas a gestantes de baixo risco pelo PMC, período de 2003 a 2008

ANO	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR GESTANTE
2003	65.622	32.556	6,9
2004	74.745	27.685	7,1
2005	75.606	31.301	8,1
2006	82.709	35.369	8,4
2007	82.608	33.088	7,8
2008	83.339	37.093	7,7

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

Os dados da Tabela 12 indicam que, desde 2004, a meta de sete consultas de pré-natal foi atingida e que, a partir desse ano, tem-se mantido.

AS CONSULTAS PUERPERAL E DE PUERICULTURA PARA O RECÉM-NASCIDO

O protocolo assistencial do PMC normatiza que deve ser ofertada, pela unidade de APS, uma consulta puerperal e de puericultura para o bebê do 7º ao 10º dia após o parto. A Tabela 13 mostra o número de consultas médicas puerperais e de puericultura para o recém-nascido por gestante oferecido pelo programa no período de 2001 a 2008.

Tabela 13: Número de consultas puerperal e de puericultura para os recém-nascidos ofertadas pelo PMC, período 2001 a 2008

ANO	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS
2001	0,28
2002	0,72
2003	0,77
2004	0,92
2005	1,01
2006	1,13
2007	1,24
2008	1,32

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

Os dados da Tabela 13 indicam que a meta estabelecida no protocolo assistencial foi atingida no ano de 2005 e que apresenta uma tendência sustentada de aumento ao longo dos anos.

O PAI PRESENTE

O pai presente é uma iniciativa do PMC que estimula os pais a participarem das consultas pré-natais, acompanhando as suas companheiras, fortalecendo os laços familiares, humanizando a atenção e melhorando a sua qualidade. Apesar de sua introdução recente, no segundo quadrimestre de 2009, o percentual de pais que estiveram nas consultas pré-natais nas unidades de APS atingiu 15%.

O PLANEJAMENTO FAMILIAR

A política de planejamento familiar do PMC está detalhada num protocolo assistencial específico sobre o tema, publicado em 2005. Ela está dirigida a mulheres e

homens em idade fértil e prioriza as mulheres que apresentam um ou mais fatores de risco reprodutivo seguintes: idade acima de 35 anos e abaixo de 16 anos; escolaridade menor que a 4ª série do ensino fundamental; antecedentes obstétricos desfavoráveis como abortos, mortes fetais e neonatais; recém-nascidos de baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, malformações congênitas, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro; doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, cardiopatia, doenças auto-imunes, pneumopatias, hepatopatias, infecção HIV/aids e outras doenças sistêmicas graves; uso ou abuso de drogas como benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, tabagismo, alcoolismo e outras drogas lícitas ou ilícitas; e obesidade ou desnutrição.

O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao PMC proporcionar recursos educacionais e científicos para a concretização dessa decisão.

O programa está estruturado em três grandes áreas de intervenção: assistência à pré-concepção, a infertilidade conjugal e a assistência à anticoncepção.

A assistência à anticoncepção está centrada na educação e na utilização dos métodos anticoncepcionais. O PMC oferece aos casais diferentes métodos anticoncepcionais: métodos de abstinência periódica e natural (temperatura basal, Ogino Knauss, Billings, LAM e sintotérmico); métodos de barreira (condom masculino, condom feminino, diafragma e espermicida); DIU; métodos hormonais orais (minipílulas, pílulas combinadas, pílulas só de progestogênio para anticoncepção de emergência); métodos hormonais injetáveis mensais e trimestrais; e métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

No período de 2000 a 2008, foram realizadas 13.080 vasectomias e 10.393 laqueaduras. Em 2008 foram utilizados: métodos injetáveis mensais, 74.000; métodos injetáveis trimestrais, 33.000; pílula mensal, 230.000; minipílulas, 16.340; levonorgestrel 0.75 mg, 2.300; DIU, 3.000; preservativo masculino, 2.736.000.

A efetividade das ações de planejamento familiar pode ser um dos fatores para a diminuição do coeficiente de natalidade, expresso pelo número de nascidos vivos por mil habitantes. Esse coeficiente manteve-se praticamente estável entre 1996 e 2000, respectivamente, 19,5 e 18,5 nascidos vivos por mil habitantes. Após a introdução do PMC esse coeficiente baixou de 18,5 nascidos vivos por mil habitantes em 2000 para 14,8 em 2004. O número de nascidos vivos em 2000 foi de 29.369 e em 2004 foi de 25.209, tendo, a partir desse ano, mantido-se estável (25.336 nascidos vivos em 2008).

A REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A redução da gravidez em adolescentes tem sido buscada por meio de ações de planejamento familiar e de outras ações desenvolvidas sob a coordenação do Programa de Adolescentes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

São desenvolvidas parcerias das unidades de APS com recursos comunitários existentes nas áreas de abrangência dessas unidades que trabalham com adolescentes para a realização de grupos educativos e sensibilização para o atendimento de saúde.

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – uma parceria das Secretarias Municipais de Saúde e Educação, Universidades, organizações governamentais e organizações não governamentais – tem ampliado cada vez mais o número de escolas públicas beneficiadas com oficinas de educação sexual, acrescido de entrega de preservativos masculinos, de folders e guias para familiares e adolescentes sobre o tema da sexualidade. As atividades do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas atingiu, em 2009, 64 escolas, 46 unidades de saúde e um público de 58.500 estudantes. Foi lançado em 2005, um livro com o título de "A experiência de Curitiba no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, com uma tiragem de 4.000 exemplares. De 2003 a 2008 foram disponibilizados 115.173 preservativos masculinos pelas escolas pertencentes ao projeto.

O Ônibus Adolescente Saudável, lançado em março de 2005, promove, na comunidade, ações educativas de maneira itinerante e dá visibilidade aos talentos locais. Contemplou desde março de 2005, até dezembro de 2008, 93.475 pessoas, entre adolescentes, jovens, crianças e familiares. De setembro de 2006 a dezembro de 2008 foram disponibilizados 8.404 preservativos masculinos pelo ônibus.

As unidades de saúde realizam atividades de protagonismo juvenil e encontros regionais. A Coordenação do Adolescente, de 2005 a 2009, realizou cinco encontros municipais, atingindo cerca de 3.255 pessoas, sendo 2.466 adolescentes e jovens.

A Tabela 14 mostra a evolução da gravidez na adolescência desde a implantação do PMC.

Tabela 14: Número absoluto e percentual de gravidez em mulheres de 10 a 19 anos, Curitiba, período de 1999 a 2008

ANO	NÚMERO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS	PERCENTUAL DE GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES
1999	5.713	19,3%
2000	5.553	19,1%
2001	5.090	18,8%
2002	4.507	17,1%
2003	3.992	16,1%
2004	4.040	16,0%
2005	3.957	16,1%
2006	3.870	15,6%
2007	3.795	15,6%
2008	3.712	14,7%

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

Os dados da Tabela 14 mostram uma tendência sustentada de queda da gravidez na adolescência no período analisado. Em números absolutos, a queda foi de 5.713 casos em 1999 para 3.712 casos em 2008, o que corresponde a uma queda anual de 2001 casos/ano. Em números relativos, a queda foi de 19,3% em 1999 para 14,7% em 2008, uma diminuição de 4.6%. Um percentual de gravidez na adolescência de 14,7% configura uma situação muito confortável no quadro médio brasileiro.

A TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV

O PMC normatiza em seu protocolo assistencial a prevenção da transmissão vertical do HIV que envolve: diagnóstico clínico; aconselhamento pré e pós-teste; solicitação do teste anti-HIV como rotina na primeira consulta do pré-natal com consentimento da gestante ou familiar; oferta de teste rápido anti-HIV em que se requer decisão terapêutica de emergência; orientação sobre sexo seguro e planejamento familiar; orientação sobre a importância do tratamento anti-retroviral para a mãe e seu bebê; orientação para o teste anti-retroviral do(s) parceiro(s); solicitação de CD4 e carga viral; prescrição e acompanhamento de terapia anti-retroviral; notificação do Distrito Sanitário; preenchimento de ficha de investigação epidemiológica e anexação ao prontuário clínico; encaminhamento da gestante para pré-natal na maternidade de alto risco; orientação à gestante para a importância de não amamentar o filho; definição de um profissional para a gestão de caso durante o pré-natal, parto e

puerpério; realização de oficinas específicas para essas gestantes; realização da consulta puerperal; agendamento de consulta para a mãe no pós-parto no serviço de referência de HIV/aids, no máximo, em 30 dias; escolha da via de parto mais adequada; oferta de quimioprofilaxia anti-retroviral quando indicada; administração de antibiótico profilático quando indicado; inibição da lactação; oferta de quimioprofilaxia anti-retroviral no recém-nascido segundo o protocolo; e encaminhamento a criança infectada ao serviço de infectologia.

A Tabela 15 mostra a razão de incidência de HIV em gestantes matriculadas no programa Mãe Curitibana.

Tabela 15: Razão de incidência de gestantes matriculadas no PMC, período de 2000 a 2008

ANO	RAZÃO DE INCIDÊNCIA
2000	151
2001	143
2002	126
2003	119
2004	119
2005	100
2006	85
2007	113
2008	89

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

No período de 2000 a 2008, foram diagnosticadas 1.131 gestantes HIV positivas, o que significaria uma probabilidade de até 271 crianças adquirirem AIDS. Contudo, em função das intervenções do PMC, apenas 44 crianças se infectaram nesse período.

O ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno, no PMC, é promovido pelas seguintes ações principais: Programa de Aleitamento Materno que apoia, incentiva e promove o aleitamento materno no município; o Programa Mama Nenê nos Centros Municipais de Educação Infantil de Curitiba que incentiva a continuidade do aleitamento materno ao disponibilizar espaço para amamentação e armazenamento de leite materno para

ser oferecido às crianças na ausência de suas mães; sete Postos de Coleta de leite humano localizados em unidades de APS, uma delas a US Mãe Curitibana; e elaboração e distribuição de cartilha sobre amamentação infantil.

A avaliação do aleitamento materno em Curitiba foi feita pela II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida. É uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O objetivo da pesquisa foi avaliar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e em outros municípios, segundo critérios definidos pelos estados, fornecendo subsídios para a avaliação e o planejamento das políticas de aleitamento materno no País. A pesquisa foi realizada durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação, em agosto do ano 2008. Sendo assim, esse estudo reflete a situação do município de Curitiba como um todo, e não somente da população usuária do PMC, pois abrange crianças de todas as regiões da cidade e de todas as classes sociais. Mas têm uma forte presença relativa das gestantes atendidas pelo SUS que são a grande maioria. Como o Ministério da Saúde coordenou uma pesquisa semelhante em 1999, ano de início do PMC, isso permitiu comparar os resultados desses dois anos. O aleitamento materno exclusivo de 0-6 meses (agrupando-se do 1º ao 6º mês), teve um aumento estatisticamente significante passando de 37,1% em 1999 para 45,3% em 2008 (p=0,0026). O aleitamento materno (não exclusivo) de 0-6 meses (aglomerando-se os primeiros seis meses) aumentou significativamente de 81,8% em 1999 para 86,0% em 2008 (p=0,0376) e do 7º ao 12º mês, passou de 52,7% em 1999 para 57,5% em 2008 (p=0,122).

OS TIPOS DE PARTO

A relação entre partos vaginais e partos cesáreos pode ser tomada como uma *proxy* da qualidade da atenção ao parto.

A Tabela 16 mostra o percentual dos partos cesáreos em relação ao total de partos realizados pelo SUS em Curitiba, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde.

Tabela 16: Porcentual de partos cesáreos em relação aos partos totais realizados pelo SUS em Curitiba, período de 1999 a 2007

ANO	PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS
1999	30,2%
2000	30,9%
2001	31,6%
2002	30,1%
2003	31,6%
2004	34,4%
2005	34,3%
2006	32,8%
2007	33,4%

Fonte: SIH/SUS trabalhados por SMS/CE/Curitiba (2009)

O exame da Tabela 16 indica um percentual de partos cesáreos de 33,5% em 2007. Contudo, nota-se uma flutuação entre 30,2% e 34,4% no período analisado, com uma média para o período de 33,6%, o que pode ser considerado como uma tendência de estabilidade.

Esses valores relativos aos partos cesáreos no SUS podem ser considerados altos quando contrastados com parâmetros internacionais, mas uma comparação dos valores brasileiros, para o ano de 2005 (TORRES, 2008), mostra uma situação confortável. O valor de 34,4%, observado em Curitiba, é superior à média SUS para o ano que foi de 28,6%, mas deve-se observar que essa média nacional do SUS há de ser diferente numa metrópole como Curitiba, para onde convergem partos de alto risco que tendem a ter maior probabilidade de serem pela via cesárea. Quando o percentual de Curitiba é comparado com a média nacional (partos SUS e do sistema privado) que foi 43,3%, esse valor é bem superior ao observado no PMC. O percentual médio de partos cesáreos em Curitiba (partos SUS e privados) em 2005 foi de 55,7%, bem acima dos 34,4%, a média SUS. Tomando-se o fato de que, em 2005, aproximadamente 82% dos partos totais em Curitiba foram realizados pelo PMC, pode-se concluir que há um número excessivo de partos cesáreos ofertados pelos sistemas privados de saúde. No ano de 2005, no Sistema de Saúde Suplementar, os partos cesáreos atingiram 77,5% do total em todo o país, com tendências de aumento.

A COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE IDADE

A cobertura vacinal do PMC, em crianças menores de 1 ano, pode ser visualizada na Tabela 17.

Tabela 17: Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade, por tipo de vacina. Curitiba, período 2002 a 2008

ANO	BCG	TETRAVALENTE	SABIN	HEPATITE B
2002	103,1%	94,8%	95,3%	96,4%
2003	101,3%	96,9%	95,8%	93,1%
2004	101,8%	90,3%	91,7%	93,7%
2005	103,8%	97,6%	99,2%	99,0%
2006	102,8%	99,1%	98,7%	98,4%
2007	100,4%	97,6%	96,4%	95,8%
2008	104,2%	91,9%	95,6%	98,8%

Fontes: SMS/CE/DI e SINASC/MS

A análise da Tabela 17 evidencia uma cobertura vacinal próxima a 100% para todos os quatro tipos de vacina considerados, um desempenho excelente.

OS RESULTADOS DO PMC

O PMC tem uma meta mobilizadora, a redução da mortalidade infantil, e uma meta adicional de redução da mortalidade materna.

A META MOBILIZADORA DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA: A REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

A meta mobilizadora constitui o objetivo final do programa que articula os esforços em termos de estruturas e processos, que focaliza as energias e os recursos da organização e que convoca a co-participação de atores sociais não governamentais.

A meta mobilizadora do PMC sempre foi de uma redução da mortalidade infantil a um dígito.

A Tabela 18 indica coeficientes de mortalidade infantil em anos selecionados.

Tabela 18: Coeficiente de mortalidade infantil em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, Curitiba, anos selecionados

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL
1979	47,32
1990	30,47
2000	14,85
2004	11,16
2005	11,19
2006	10,31
2007	10,50
2008	9,75
2009	8,97

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

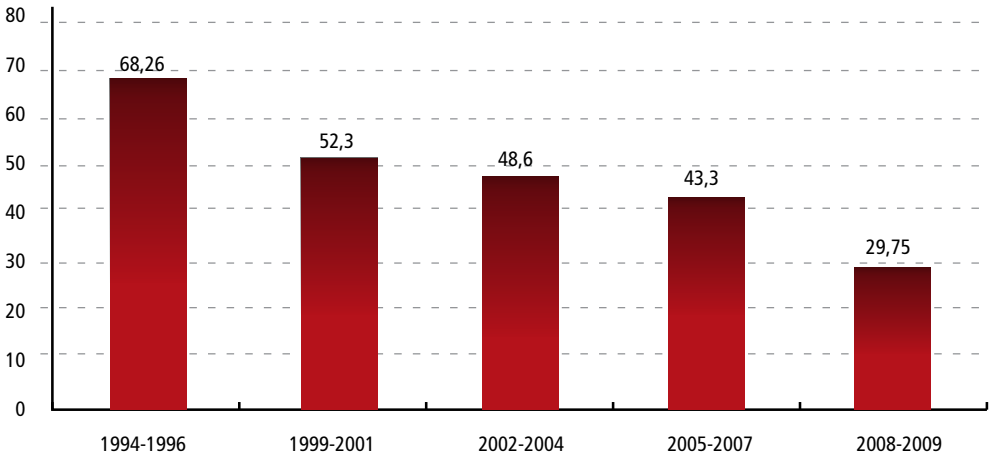
A análise da Tabela 18 indica uma queda sustentada do coeficiente de mortalidade infantil no período analisado. Essa queda se manifesta, tendencialmente, tanto no componente de mortalidade neonatal quanto no da mortalidade pós-neonatal. Indica, sobretudo, que a meta mobilizadora de uma mortalidade infantil de um dígito foi alcançada em 2008 quando se atingiu um coeficiente de 9,75 mortes em menores de 1 ano por mil nascidos vivos. Esse coeficiente foi 6,99 no período neonatal e de 2,76 no período pós-neonatal. Em 2009, o coeficiente de mortalidade infantil caiu para 8,97 óbitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos.

A consecução da meta mobilizadora deve ser comemorada, mas deve, também, servir como estímulo para a continuidade dos esforços de redução da mortalidade infantil. E é possível reduzir mais, uma vez que 52% das mortes infantis investigadas são evitáveis. Esse é o desafio que se coloca para o PMC.

A MORTALIDADE MATERNA

A evolução da mortalidade materna em Curitiba é mostrada na Tabela 19.

Tabela 19: Razão de mortalidade materna por cem mil nascidos vivos em Curitiba, períodos de 1994 a 2009



Fonte: Coordenação do programa Mãe Curitibana (2009)

A análise da Tabela 19 mostra uma tendência sustentada de queda da razão de morte materna nos períodos analisados de 1994 a 2009. Os valores de 2008-2009 são muito altos para os padrões internacionais. Contudo, se se toma a meta de desenvolvimento do milênio para o Brasil, 40 mortes por cem mil nascidos vivos, pode-se dizer que Curitiba atingiu essa meta, com grande antecedência.

A comparação nacional coloca Curitiba numa posição favorável. Especialmente se se considerar que não há subnotificação no município, já que o Pró-Vida investiga 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

Uma análise mais fina evidencia que Curitiba diminuiu, significativamente, as mortes obstétricas diretas, aquelas devidas a complicações de causas ou estados que só ocorrem no ciclo gravídico puerperal. No período de 1994 a 1999, elas foram 74% das mortes e, no período de 2000 a 2007, elas diminuíram para 58%, valor inferior à média das capitais brasileiras de 67% (LAURENTI *et al*., 2004).

Não obstante, o PMC tem um grande desafio de, nos próximos anos, baixar, de forma sustentada, a mortalidade materna, especialmente porque 87,5% delas ocorreram devido a causas evitáveis.

CONCLUSÃO

Ao cumprir 12 anos de existência, o PMC, constitui, sem dúvida, uma experiência bem-sucedida e sustentada de atenção materno-infantil organizada na perspectiva de RAS.

As razões para esse sucesso são devidos a variáveis contextuais, externas ao programa, e a variáveis internas ao programa.

As variáveis contextuais que podem influir nos resultados do PMC foram analisadas por um trabalho avaliativo rigoroso sobre o Sistema Municipal de Saúde de Curitiba, realizado pelo Banco Mundial. Elas criam um ambiente favorável para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no município. Dentre as variáveis contextuais estão uma gestão competente da cidade, uma política de saúde que funciona, uma cultura de desempenho, uma capacidade para mitigar os problemas das relações entre o principal e o agente, uma habilidade para gerenciar a complexidade e uma propensão para mudanças contínuas (World Bank, 2006).

Esses fatores contextuais explicam, em parte, o sucesso das políticas públicas de saúde de Curitiba, em geral, e do PMC, em particular.

As variáveis de contexto facilitam, mas não determinam o sucesso do PMC. Como se observou, as variáveis internas foram fundamentais nos resultados do programa.

A variável interna fundamental é a organização do PMC como uma RAS, superando a (des)organização dos sistemas fragmentados. Isso explica porque o PMC se destaca em relação a outros programas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, mesmo reconhecendo que, em geral, os programas de saúde pública do município apresentam bons desempenhos. É que o grau de integração do PMC ainda não foi alcançado pelos outros programas.

A concepção de rede do PMC é sólida, tanto nos aspectos conceituais quanto operacionais.

Há uma robusta infraestrutura de APS que permite que os cuidados primários funcionem com três funções essenciais de uma RAS: atender mais de 85% dos problemas, ser o centro de comunicação e responsabilizar-se pela população adscrita. Os pontos de atenção secundários e terciários são organizados segundo os critérios de regionalização, escala e densidade tecnológica em função dos riscos. Os sistemas de apoio (apoio diagnóstico e assistência farmacêutica) estruturam-se transversalmente ao PMC. Os sistemas logísticos (cartão qualidade SUS e sistemas de acesso

regulado à atenção), também transversais ao PMC, garantem a racionalidade dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em toda a rede. O modelo de atenção à saúde suporta uma atenção integral sobre populações e subpopulações estratificadas por riscos e utiliza as tecnologias de gestão da clínica, construídas a partir de protocolos assistenciais baseados em evidência, no manejo das condições de saúde estabelecidas.

A construção social do PMC levou a processos bem concebidos e operados. De 11 processos analisados, nove tiveram desempenhos muito favoráveis; um deles, o pai presente, de introdução recente, ainda não permite uma avaliação definitiva, mas começou bem; e um outro, o percentual de partos cesáreos, ainda que alto para os padrões internacionais, está bem em termos de padrões nacionais, mas apresenta um padrão de estabilidade que deveria ser revertido.

Bons processos levaram a bons resultados. A meta mobilizadora de um coeficiente de mortalidade infantil de um dígito por mil nascidos vivos foi alcançada no ano de 2008, chegando, em 2009, a 8,97 óbitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos. Essa comemoração é fundamental, mas não deve obscurecer o fato de que a maior parte das mortes continua sendo por causas evitáveis.

É possível continuar avançando? Essa questão foi feita na avaliação do Banco Mundial sobre o Sistema Municipal de Saúde de Curitiba quando se questionou sobre o que acontecerá com a satisfação de trabalho e desempenho se a taxa de expansão ou inovação do sistema diminuírem? (SHEPHERD e WENCESLAU, 2006). A resposta pode estar numa manifestação do Prefeito Municipal de Curitiba e criador do PMC: "*São traços marcantes da gestão da saúde em Curitiba: a ousadia de enfrentar problemas criando novas respostas, o investimento contínuo reforçando caminhos considerados pertinentes e a coragem de rever-se, repensando os possíveis erros de trajetória*" (Ducci, 2001).

A experiência do PMC indica que os fundamentos teóricos e conceituais das RASs, assim como na experiência internacional, serão úteis para a organização dos programas do SUS. Além disso, comprova que, apesar dos baixos recursos que o SUS dispõe, pode-se fazer muito mais desde que se transforme, com profundidade, o modo de estruturação do sistema de atenção à saúde. Fazer mais do mesmo não é a solução. A solução está em fazer diferente e os caminhos, como o caso do PMC atesta, são as RASs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARON, H. – Serious and unstable condition: financing America's health care. Washington, The Brookings Institution, 1991.

ABATH,G.M. – Medicina familiar no Brasil. Educación Médica y Salud, 19: 48-73, 1985.

ABDUCH, C. – Grupos operativos em adolescentes. In: SCHOR, N. *et al*. – Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

ABODERIN, I. *et al*. – Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: the evidence and implications for policy and research. Geneva, World Health Organization, 2002

ABOUZAHR, C. & BOERMA, T. – Health information systems: the foundations of public health. Bulletin of the World Health Organization, 83: 578-583, 2005.

ABRÚCIO, F. L. – Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada. São Paulo, Relatório final de pesquisa para o NPP, 2002.

ACC/AHA GUIDELINES FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN THE ADULT – Disponível em htttp://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm, acesso em julho de 2005.

ADA CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS 2003 – Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care, 26: 33-50, 2003.

ADA CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS 2004 – Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care, 27: 72-73, 2004.

ADELSON, R. *et al*. – Performance change in an organizational setting: a conceptual model. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 17: 69-80, 1997.

ADEYI, O. *et al*. – Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington, World Bank, 2007.

ADLER, M. *et al*. – Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of Type 2 diabetes UKPDS 36: prospective observacional study. British Medical Journal, 321: 412-419, 2000.

AFONSO, N. M. *et al*. – Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risk patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? Am. J. Manag. Care, 12:589-594, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006.

AGRANOFF, R. & LINDSAY, V. A. – Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. Public Administration Review, 43: 227-238, 1983.

AHLMEN, M. *et al*. – Team versus non-team outpatient care in rheumathoid arthritis: a comprehensive outcome evaluation including an overall health measure. Arthritis Rheum., 31: 471-479, 1988.

AHMED, A. – Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. J. Am. Geriatr. Soc., 50: 1590-1593, 2002.

AJZEN, I. & FISHBEIN, M. – Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1980.

ALANAY, A. *et al*. – Reliability and validity of adapted Turkish version of Scoliosis Research Society-22 questionnaire. Spine, 30:2464-2468, 2005.

ALBERNAZ, A. L. G. & PASSOS, S. R. L. – Uso de substâncias psicoativas. In: COUTINHO, M. F. G. & BARROS, R. R. (Organizadores) – Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo, Liv. Atheneu, 2001.

ALBUQUERQUE, H. C. – A rede Viva Vida no município de Janaúba. Janaúba, Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

ALBUQUERQUE, M. C. *et al*. – Comitê Pró-Vida de prevenção da mortalidade materna e infantil de Curitiba. In: DUCCI, L. *et al*. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

ALETRAS,V. *et al*. – Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B. *et al*. (Editors) – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ALLEN, J. K. *et al*. – Nurse care management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: results of a randomized clinical trial. Am. Heart J., 144: 678-686, 2002.

ALLIOTA, S.L. – Case management of at-risk older people. In: COCHRANE, D. – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001.

ALMEIDA, A. C. – A cabeça dos brasileiros. Rio de Janeiro, Ed. Record, 2007.

ALMEIDA, M. H. T. de – Recentralizando a federação? Revista de Sociologia e Política, 24: 29-40, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. *et al*. – Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. Revista de Saúde Pública, 38: 45-54, 2004.

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY – Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. Disponível em http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm (acesso em janeiro de 2005).

AMMERMAN, A. S. *et al*. – The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. Prev. Med., 35:25-41, 2002.

ANDERSEN, R. M. – Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J. Health Soc. Behav., 36:1-10, 1995.

ANDERSON, R. M. *et al*. – Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care, 18: 943-949, 1995.

ANDRADE, A. C. R. *et al*. – Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 21: 379-386, 2005.

ANDRADE, M.V. *et al*. – Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 2007.

ANDREASON, L. E., CORIAT, B., DEN HERTOG, F. & KAPLINSKY, R. (Editors) – Europe's next step: organisational innovation, competition and employment. Essex, Frank Cass, 1995.

ANGELL, M. – A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. São Paulo, Editora Record, 3ª edição, 2008.

ANSARI, Z. *et al*. – Trends and geographic variations in hospital admissions for asthma in Victoria. Aust. Fam. Physician, 32: 286-288, 2003.

APPLEBY J. *et al*. – Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable. London, The King's Fund, 2011.

ARAGONES, A. *et al*. – Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. Prev. Chronic Dis., 5:A113, E-pub, 2008.

ARMSTRONG, R *et al*. – Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Melbourne, Melbourne University, 2007.

ARNOLD, C. *et al*. – Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. Preventive Medicine, 32:313-320, 2001.

ARORA, N. K. & McHORNEY, C. A. – Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? Med. Care, 38: 335-341, 2000.

ARRETCHE, M. – Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Rev. Bras. Ciências Sociais, 11: 44-46, 1996.

ARRETCHE, M. – Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. São Paulo, mimeo, 2003.

ARROW, W.J. – Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review, 53: 941-973, 1963.

ARRUDA, J. R. – Lançamento das UPA's. Correio Braziliense, 20 de dezembro de 2008.

ASCH, S. M. *et al*. – Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? Medical Care, 43: 667-675, 2005.

ASARNOW, J. R, *et al*. – Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. JAMA, 293: 311-319, 2005.

ASSIS, M. A. A. & NAHAS, M. V. – Aspectos motivacionais em programas mudança de comportamento alimentar. Rev. Nutr., 12: 33-41, 1999.

ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT – Model for improvement. Disponível em http://www.apiweb.org/API_home_page.htm, acesso em agosto de 2008.

ASTHMA AND RESPIRATORY FOUNDATION OF NEW ZEALAND – New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report, 2005. Disponível em http://www.no-smoke.org, acesso em janeiro de 2008.

ATUN, R.A. – What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Europe, 2004.

AUBERT, R. E. *et al*. – Nurse care management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized control trial. Ann. Int. Med., 129: 605-612, 1998.

AUSTRALIAN GOVERNMENT – Towards a national primary health care strategy: a discussion paper from the Australian Government. Camberra, Department of Health and Ageing, 2008.

AXELSSON, R. & AXELSSON, S. – Integration and collaboration in public health. Int. J. Health Plann. Manage, 21: 75-88, 2006.

BAAN, R. *et al*. – Carcinogenicity of alcoholic beverages. Lancet Oncol., 8: 292-293, 2007.

BABOR, T. F. *et al*. – Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford University Press, 2003.

BABOR, T. F. & BIDDLE, J. C. H. – Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. Addiction, 95:677-686, 2000.

BADAMGARAV, E. *et al*. – Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. Am. J. Psychiatry, 160:2080-2090, 2003.

BADIA, J. G. *et al*. – Fórum clínic: comunidad virtual de pacientes crónicos. Revista de Innovación Sanitária y Atención Integrada, 1:2, 2009.

BAICKER, K. & CHANDRA, A. – Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries's quality of care. Health Affairs, 27: 533-543, 2008.

BAKER D. W. *et al*. – The health care experience of patients with low literacy. Archives of Family Medicine, 5:329-334, 1996.

BAKER, D. W. *et al*. – Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of General Internal Medicine, 13:791-798, 1998.

BAKER, D. W. *et al*. – The impact of chronic disease management in primary care on inequality in asthma severity. J. Public Health Med., 25:258-260, 2002.

BAKER, D. W. *et al*. – Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. J. Card. Fail, 11: 405-413, 2005.

BALAS, E. A. *et al*. – Improving preventive care by prompting physicians. Arch. Intern. Med., 160: 301-308, 2000.

BALAS, E. A. *et al*. – Computerized knowledge management in diabetes care. Med. Care, 42: 610-621, 2004.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO – Evaluación: uma herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Washington, BID/Oficina de Evaluación, 1997.

BANCO MUNDIAL – Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Washington, Banco Mundial, 1993.

BANCO MUNDIAL – Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília, Unidade de Gerenciamento do Brasil, Relatório nº 32576-BR, 2005.

BANDURA, A. – Social learning theory. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1977.

BANTA, H.D. & BOS, M. – The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. Health Policy, 18: 1-10, 1991.

BAO, Y. *et al*. – Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? an instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. Health Services Research, 41:2114-2135, 2006.

BAQUERO,M. – Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. Rev. Sociol. Polit., 21:83-108, 2003.

BARATA, L. R. B. & MENDES, J. D. V. – A garantia pública de medicamentos é realidade recente no Brasil. São Paulo, Seminário internacional sobre inovações na gestão da saúde pública, 2007.

BARKER, D. J. P. *et al*. – Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. British Medical Journal, 323: 273-1276, 2001.

BARLOW, J. H. *et al*. – Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. Brit. J. Rheumatology, 37: 1315-1319, 1998.

BARLOW, J. H. *et al*. – Instilling the strength to fight the pain and get on with life: learning to become an arthritis self-manager through an adult education programme. Health Ed. Res., 14: 533-544, 1999.

BARLOW, J. H. *et al*. – A randomised controlled study of the arthritis selfmanagement programme in the UK. Health Ed. Res., 15: 665-680, 2000.

BARLOW, J. H. *et al*. – Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. Patient Ed. Couns., 44: 205-214, 2001.

BARLOW, J. H. *et al*. – Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Ed. Couns., 48; 177-187, 2002.

BARLOW, J. H. *et al*. – Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. Health Ed. Res., 20: 128-136, 2005.

BARNUM, H. *et al*. – Incentives and provider payment methods. Washington, Human Development and Operation Policy, HROWP nº 51, 1995.

BARR, C.E. *et al*. – Disease state considerations. In: TODD, W.E. & NASH, D. – Disease management: a systems approach to improving patients outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

BARR, V. J. *et al*. – The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hosp. Quart., 7: 73-82, 2003.

BARRETT, J. *et al*. – CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2007.

BARRETT, S. E. *et al*. – Health literacy practices in primary care settings: examples from the field. New York, The Commonwealth Fund, 2008.

BARROCA, J. L. – Programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão de saúde. Curitiba, I Seminário Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde, 2004.

BARROS, R. P. *et al*. – A importância da queda recente da desigualdade para a pobreza. In: Barros, R. P. *et al*. (Organizadores) – Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. Rio de Janeiro, IPEA, 2007.

BASTIAENS, H. *et al*. – Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. Patient Education and Counseling, 68:33–42, 2007.

BATE, P. *et al*. – Report on the Breakthrough Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS. Birmigham, University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2002.

BATTISTA, R.N. *et al*. – Lessons from eight countries. Health Policy, 30: 397-421, 1994.

BATTERSBY, M. W. *et al*. – Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. British Medical Journal, 330:662-665, 2005.

BAUER, M. S. *et al*. – Collaborative care for bipolar disorder: Part II, Impact on clinical outcome, function, and costs. Psychiatr. Serv., 57:937-945, 2006.

BEASLEY, J. W. *et al*. – How many problems do family physicians manage at each encounter? Ann. Fam. Med., 2: 405-410, 2004.

BEATTIE, P. F. *et al*. – Spanish-language version of the MedRisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care (MRPS): preliminary validation. Phys. Ther., 87: 793-800, 2007.

BEAULIEU, N. *et al*. – The business case for diabetes disease management for managed care organizations. Forum for Health Economics & Policy, 9: 1-36, 2006.

BECK,A *et al*. – A ramdomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. J. Am. Geriatr. Soc., 45: 543-549, 1997.

BEDELL, J. R. *et al*. – Case management: the current best practices and the next generation of innovation. Community Mental Health J., 36: 179-194, 2000.

BEERS, B. B. *et al*. – Disparities in health literacy between african american and non-african american primary care patients. Journal of General Internal Medicine, 18:169, 2003.

BEICH, J. *et al*. – The role of disease management in pay-for-performance programs for improving the care of chronically ill patients. Med. Care Res. Rev., 63: 96 -116, 2006.

BEISECKER, A. E. & BEISECKER, T. D. – Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Med. Care,28:19-28, 1990.

BENATAR, D. *et al*. – Outcomes of chronic heart failure. Arch. Intern. Med., 163: 347-352, 2003.

BENEDETTI, R. *et al*. – Improved clinical outcomes for fee-for-service physician practices participating in a diabetes care for collaborative. Jt. Comm. J. Qual. Saf., 30: 187-194, 2004.

BENEY, J. *et al*. – Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patients outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, UK, John Wiley & Sons, 2004.

BENGOA, R. – Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL – Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BENGOA, R. – Curar y cuidar. In: BENGOA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier Masson, 2008.

BERK,M.L. *et al*. – How US spent its health care dollar, 1929-1980. Health Affairs, 6: 46-60, 1988.

BERK, M.L. & MONHEINT, A C. – The concentration of health expenditures: an update. Health Affairs, 11: 145-149, 1992.

BERKKE, M. *et al*. – Involvement and satisfaction: a Norwegian study of health care among 1.024 patients with rheumatoid arthritis and 1.509 patients with chronic noninflamatory musculoskeletal pain. Arthritis Rheum., 45: 8-15, 2001.

BERMUDEZ -TAMAIO, C. *et al*. – Caracteristicas organizacionales de la atención primaria y las hospitalizaciones por las principales condiciones sensibles a la atención ambulatoria. Atención Primaria, 33: 305-311, 2004.

BERNABEI, R. *et al*. – Randomized trial of impact of integrated care and *case management* of older people living in the community. British Medical Journal, 316: 23-27, 1998.

BERNSTEIN, C. *et al*. – Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. Drugs Aging, 18: 63-77, 2001.

BERO, L. A. *et al*. – Abstract of review: expanding outpatient pharmacists' roles and health services utilisation, costs, and patient outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, Oxford, 2000.

BERWICK, D. M. – Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. JAMA, 272:797-802, 1994.

BERWICK, D. M. – Developing and testing changes in delivery of care. Annals of Internal Medicine, 128:651-656, 1998.

BERWICK, D.M. & KNAPP,M.G. – Theory and practice for measuring health care quality. In: GRAHAM,N. O. (Editor) – Quality assurance in hospitals. Rockville, Aspen, 2nd. ed., 1990.

BEVAN, H. *et al*. – Management issues in health care: A "Breakthrough" approach to reducing delays and patient waiting times. Clinician in Management, 9:27-31, 2000.

BIEBER, C. *et al*. – Long-term effects of a shared decision-making intervention

on physician–patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative follow-up of a randomized controlled trial. Patient Education and Counseling, 63:357–366, 2006.

BILLINGS, J. *et al*. – Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? Issue Brief (Commonw Fund), 433: 1-5, 2000.

BILLINGS, J. *et al*. – Case findings for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify risk patient. British Medical Journal, 333: 327-331, 2006.

BINDMAN, A.B. *et al*. – Preventable hospitalizations and access to health care. JAMA, 274:305-311, 1995.

BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY STRATEGIC HEALTH AUTHORITY – Reducing unplanned hospital admissions: what does the literature tell us? Birmingham, Health Services Management Centre, 2006.

BLEAKLEY, H. – Malaria in the Americas: a retrospective analysis of childhood experience. Chicago, University of Chicago, 2007.

BLENDON, R.J. *et al*. – Inequities in health care: a five countries survey. Health Affairs, 21: 182-191, 2002.

BLERMANN, E. *et al*. – Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. Stud. Health Technol. Inform., 77: 327-332, 2000.

BLUE, L. *et al*. – Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. British Medical Journal, 323: 715-718, 2001.

BOADEN, N. – Primary care: making connections. Buckingham, Open University Press, 1997.

BOADEN, R. *et al*. – Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions. Manchester, The National Primary Care Research and Development Centre, 2005.

BODENHEIMER, T. – Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. Dis. Manag., 6:63-71, 2003.

BODENHEIMER, T. – A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to tretment plans. JAMA, 298: 2048-2055, 2007.

BODENHEIMER, T. – Transforming practice. New England Journal of Medicine, 359: 2086-2089, 2008.

BODENHEIMER, T. *et al*. – Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA, 288:1775-1779, 2002.

BODENHEIMER, T. & GRUMBACH, K. – Improving primary care: stategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BODENHEIMER, T. & LAING, B. Y. – The teamlet model of primary care. Ann. Fam. Med., 5: 457-461, 2007.

BODGEN, P.E. *et al*. – Comparing standard care with a physician and pharmacist team approach for uncontroled hypertension. J.Gen.Int.Med., 13: 740-745, 1998.

BOJALIL, R. *et al*. – The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. Health Policy Plan, 13:323-331, 1998.

BONNEFOY, J. *et al*. – Constructing the evidence base of social determinants of health: a guide. Universidad del Desarrollo/National Institute for Health and Clinical Excelence, 2007.

BONOMI, A. E. *et al*. – Assessment of chronic illness care: a practical tool for quality improvement. Health Services Res., 37: 791-820, 2002.

BORENSTEIN, J. E. *et al*. – Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. Pharmacotherapy, 23: 209-216, 2003.

BORZEL, T. A. – Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea, 1997. Disponível em http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm, acesso em setembro de 2007.

BOSCH, X. – Spain's home healthcare programme goes nationwide. British Medical Journal, 320: 535, 2000.

BOSSERT, T. J. *et al* – Descentralization of health systems in Latin America. Rev. Panamericana de Salud Publica, 8: 84-92, 2000.

BOULT, G. – Guided care: improving the quality of life for older americans with complex health care needs. Unpublished abstracts, 2005.

BOULWARE, L. E. *et al*. – An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. Am. J. Prev. Med., 21: 221-232, 2001.

BOURBEAU, J, *et al*. – Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch. Intern. Med., 163:585-591, 2003.

BOURGEAULT, I. L. *et al*. – How can optimal skill mix be effective implemented and why? Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

BOYD, C. *et al*. – Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases, JAMA, 294: 716–724, 2005.

BOYD, M. L. *et al*. – Community based *case management* for chronically ill older adults. Nursing Manag., 27: 31-32, 1996.

BRADDOCK, C. H. *et al*. – Informed decision making in outpatient practice. JAMA, 282: 2313-2320, 1999.

BRANCA, F. *et al*. (Editors) – The challenge of obesity in the WHO Region and the strategies for response. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.

BRANCH, L. G. *et al*. – The PACE evaluation: initial findings. Gerontologist, 35: 349-359, 1995.

BRAY, P. *et al*. – Feasibility and effectiveness of system redesign for diabetes care management in rural areas: the eastern North Carolina experience. Diabetes Educ., 31:712-718, 2005.

BRAYBROOK, S. & WALKER, R. – Influencing NSAID prescribing in primary care using different *feedback* strategies. Pharmacy World Sci., 22: 39-46, 2000.

BRITO, F. – A transição demográfia no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, 2007.

BROUGH, F. K. *et al*. – Comparison of two teaching methods for self-care training for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Patient Couns. Health Educ., 4: 111-116, 1982.

BROUSSEAU,E. – L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises. Paris, PUF, 1993.

BROWN, S. A. – Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a metaanalysis revisited. Patient Educ. Couns., 16: 189-215, 1990.

BROWN, S. A. & GRIMES, D. E. – A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. Nurs. Res., 44: 332-339, 1995.

BUCCI *et al*. – Pharmacist's contribution in a heart function clinic: patient perception and medication appropriateness. Can.J.Cardiol, 19: 391-396, 2003.

BUNKER, J.P. *et al*. – Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America, 62: 657-668, 1982.

BUSS, P. & PELLEGRINI FILHO, A. – A saúde e seus determinantes sociais. Physis, 17: 77-93, 2007.

BUSSAMRA, M. H. F. *et al*. – Educational program for some induced respiratory diseases in Brazilian Amazon: assessing knowledge about asthma. The Journal of Asthma, 41: 35-41, 2004.

BUSSE,R. – Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. Health Affairs, 23: 56-67, 2004.

BUTLER, C. *et al*. – Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized controlled trial. Brit. J. General Practice, 49: 611-616, 1999.

BYNG, R. *et al*. – Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. Br. J. Gen. Pract., 54: 259-266, 2004.

BYRNES, J.J. *et al*. – Disease management, making it work: a study in implementation strategies and results in an integrated delivery system. In: COUCH, J.B. – The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, 1998.

CAJIGAS, B.E. – Política de prestación de servicios de salud. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

CALIFORNIA MEDI-CAL TYPE 2 DIABETES STUDY GROUP – Closing the gap: effect of diabetes *case management* on glycemic control among low-income ethnic minority populations. Diabetes Care, 27: 95-103, 2004.

CAMINAL, J. *et al*. – The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur. J. Public Health,14: 246-251, 2004.

CAMPBELL, R. J., *et al*. – Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. Family Medicine, 35:60-64, 2003.

CAMPBELL, S. M. *et al*. – Identifying predictors of high quality care in English general practice. British Medical Journal, 323:784-787, 2001.

CAMPILLO, C. A. – Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. Gaceta Sanitária, 22: 14-18, 2008.

CAMPOS, G.W.S. – Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. Temas, 15: 23, 1997.

CANADA HEALTH INFOWAY – 2015 advancing Canada's next generation of healthcare. Toronto, Canada Health Infoway Inc., 2006.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION – Hospital report 2003: acute care. Toronto, Government of Ontario/Ontario Hospital Association/University of Toronto, 2003.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION – Drug expenditures in Canada, 1985 to 2006. Ottawa, CIHI, 2007.

CAPILHEIRA, M. & SANTOS, I. S. – Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Revista de Saúde Pública, 40: 436-443, 2006.

CAPLAN, G. A. *et al*. – A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department – the DEED II study. J. Am. Geriatr. Soc., 52: 1417-1423, 2004.

CAPOMOLLA, S. *et al*. – Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. J. Am. Coll. Cardiol., 40: 1259-1266, 2002.

CAPRA, F. – As conexões ocultas. São Paulo, Ed. Cultrix, 2002.

CARDOSO-GONZALEZ, R. I. *et al*. – Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem, 11: 227-231, 2003.

CAREY, D. *et al*. – Health care reform in the United States. Paris, OECD, Economics Department Working Paper nº 665, 2009.

CARL-ARDY, D. *et al*. – The human resource challenge in chronic care. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

CARLINI, E. A. *et al*. – Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo, CEBRID/UNIFESP, 2001.

CARNEIRO, A. P. S. *et al*. – Perfil de 300 trabalhadores expostos à sílica atendidos ambulatorialmente em Belo Horizonte. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 28: 329-334, 2002.

CARR-HILL, R. *et al*. – Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B. *et al*. (Editors) – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

CARVALHO, A. de O. & EDUARDO, M. B. de P. – Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Série Saúde & Cidadania, 1998.

CARVALHO, V. L. M. – A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapecerica da Serra. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002.

CASANOVA, C. *et al*. – Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). Int. J. Qual. Health Care, 8:51-59, 1996.

CASANOVA, C. & STARFIELD, B. – Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. International Journal of Health Services, 25:283-294, 1995.

CASPERSEN, C. *et al*. – Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports, 100:126-131, 1985.

CASTANEDA, R. *et al*. – A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. J. Clin. Psychiatry, 57: 207-212, 1996.

CASTELLS, M. – A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

CASTRO, M. C. *et al*. – Malaria risk on the Amazon frontier. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 103: 2452-2457, 2006.

CAVE,D.G. – Profiling physician practice patterns: using diagnostic episode clusters. Medical Care, 33: 463-486, 1995.

CAWLEY, J. – The cost-effectiveness of programs to prevent or reduce obesity: the state of the literature and a future research agenda. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 161: 611–614, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Framework for program evaluation in public health. Atlanta, MMWR 48, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Declines in lung cancer rates: California, 1988–1997. Atlanta, MMWR 49, 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Strategies for reducing morbidity and mortality from diabetes through health-care system interventions and diabetes self-management education in community settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Atlanta, MMWR 16, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action. Atlanta, Department of Health and Human Services, 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – HIV/aids prevention *case management* guidance. Disponível em http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/CRCS/resources/PCMG/4-1htm, acesso em outubro de 2008.

CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Disponível em www.cebm.net, acesso em outubro de 2008.

CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE – Physician survey. 2008. Disponível em http://www.hschange.com, acesso em novembro de 2008.

CENTRE FOR CLINICAL MANAGEMENT DEVELOPMENT – Definition of year of care, 2007. Disponível em http://www.dur.ac.uk/ccmd, acesso em julho de 2008.

CERCONE, J. – Contracting and improving value for money in Caribbean health insurance systems. Caribbean Regional Meeting on National Health Financing Initiatives, Sanigest, 2007.

CHD COLLABORATIVE – Disponível em: http://www.modernnhs.nhs.uk, acesso em dezembro 2007.

CHAIX-COUTOURIER, C. *et al*. – Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Int. J. Qual. Health Care, 12: 133-142, 2000.

CHAIMOVICZ, F. – A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. Revista de Saúde Pública, 31: 184-200, 1997.

CHALLIS, D. *et al*. – Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. Int. J. Geriatric Psychiatry, 17: 315-325, 2002.

CHAMPAGNE, F. *et al*. – Integration of health care and services. Montreal, University of Montreal/ GRIS, 2003.

CHAN, K. S. *et al*. – The PedsQL: Reliability and validity of the short-form generic core scales and asthma module. Medical Care, 43: 256-265, 2005.

CHAPELL, N. L. *et al*. – Comparative costs of home care and residential care. Gerontologist, 44: 389-400, 2004.

CHAPMAN-NOVAKOFSKI, K. – Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through stages of change after a community-based diabetes education program. J. Am. Diet. Assoc., 105;1613-1616, 2005.

CHARLTON, G. *et al*. – Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. British Medical Journal, 301: 1355-1359, 1990.

CHAVES, S. M. M. – As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente. Presidente Prudente, Dissertação de Mestrado, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIOESTE, 2005.

CHAVES, S.R. – Estado da arte do financiamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E.F. *et al*. – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

CHEAH, J. – Chronic disease management: a Singapoure perspective. British Medical Journal, 323: 990-993, 2001.

CHEN, J. *et al*. – Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. Journal of General Internal Medicine, 21: 238-244, 2006.

CHERNOFF, R. G. *et al*. – A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. Arch. Ped. Adoles. Med., 156: 533-539, 2002.

CHI, Y. C. – The assessment of a hospital-based care management model for long-term care services. J. Nurs. Res., 12: 317-326, 2004.

CHIANG, L. C. *et al*. – Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE-PROCEED model for parents with asthmatic children. J. Asthma, 41: 205-215, 2004.

CHIN, M. H. *et al*. – Improving diabetes care in Midwest Community health centers with the Health Disparities Collaborative. Diabetes Care,27:2-8, 2004.

CHODOSH, J. Et al. – Meta-analysis: chronic disease selfmanagement programs for older adults, Ann Intern Med, 143: 427–438, 2005.

CHOY, D. K. *et al*. – Evaluation of the efficacy of a hospital-based asthma education programme in patients of low socio-economic status in Hong Kong. Clin. Exp. Allergy, 29: 84-90, 1999.

CHRISTENSEN, C. M. *et al*. – Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre, Bookman, 2009.

CHRISTIE, D. & WEIGALL, D. – Social work effectiveness in two-year stroke survivors: a randomised controlled trial. Community Health Studies, 8: 26-32, 1984.

CHRISTIE, W. – Keynote adress. In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OERATION AND DEVELOPMENT – Health care reform: the will to change. Paris, OECD, Health Policies Study nº 8, Head of Publications Service, 1996.

CLANCY, D. E. *et al*. – Group visits in medically and economically disadvantaged patients with type 2 diabetes and their relationships to clinical outcomes. Top Health Inf. Manag., 24: 8-14, 2003.

CLARK, N. M. *et al*. – Changes in functional health status of older women with heart disease: evaluation of a program based on self-regulation. J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci., 55: 117-125, 2000.

CLARK, P.C. & DUNBAR, S. B. – Family partnership intervention: a guide for a family approach to care of patients with heart failure, AACN Clin Issues, 14: 467- 476, 2003.

CLARO, R. M. *et al*. – Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. Revista de Saúde Pública, 41: 557-564, 2007.

CLEMENT, S. – Diabetes self-management education. Diabetes Care, 18: 1204-1214, 1995.

CLEMENTS, D. *et al*. – Effective teamwork in health care: research and reality, 2007. Disponível em http://www.healthcarepapers.com, acesso em fevereiro de 2008.

COCHRANE, D. – Utilization management in primary and community care. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckinghham, Open University Press, 2001a.

COCHRANE, D. – Introduction. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckinghham, Open University Press, 2001b.

COCHRANE, D. – The NHS modernization agenda. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckinghham, Open University Press, 2001c.

COCHRANE, D. – Managed care at the crossroads. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckinghham, Open University Press, 2001d.

COCHRANE, D. – Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001e.

COCHRANE, D. – Utilization management in acute in-patient care. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001f.

COCHRANE, D. – Benchmarking in healthcare performance management. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckinghham, Open University Press, 2001g.

COHEN, D. *et al*. – Resource effects of training general practitioners in risk communication skills and shared decision making competences. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 10:439-445, 2004.

COILE, R.C.- Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D.A. – Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

COLE, J. D. – Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: outcome study. J. Occ. Health Psy., 3: 217-226, 1998.

COLEMAN, C.F. & WAGNER, E. – Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGOA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008.

COLEMAN, E. A. *et al*. – Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. J. Am. Geriatr. Soc., 47: 775-783, 1999.

COLEMAN, E. A. *et al*. – Reducing emergency visits in older adults with chronic illness: a randomized, controlled trial of groups visits. Eff. Clin. Pract., 4: 49-57, 2001.

COLEMAN, J. S. – Social capital in the creation of human capital. Am. J. Sociol., 94: 95-120, 1988.

COLIN-THOME, D. – The new primary care is managed care. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckinghham, Open University Press, 2001.

COLIN-THOME, D. – O princípio da integralidade. São Paulo, Seminário Internacional 20 anos do SUS, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

COMISSÃO SOBRE MACROECONOMIA E SAÚDE – Investir em saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2003.

COMISSIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Organización Mudial de la Salud, CDSS, 2008.

COMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva, WHO, Discusion Paper for the Comission on Social Determinants of Health, Draft, 2007.

COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA SESMG – A crise hospitalar em Minas Gerais e sua superação: um programa de melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG. Belo Horizonte, Nota Técnica do Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG, 2003.

COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS – Situação de saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte, SESMG, 2005.

COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA SESMG – As redes de atenção à saúde em Minas Gerais e o sistema de apoio diagnóstico. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde, 2006.

CONKLIN, A. *et al*. – Improving patient safety in EU. Cambridge, Rand Corporation Europe, 2008.

CONN, V.S. *et al*. – Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. Ann. Behav. Med., 24: 190-200, 2002.

CONRAD, D. A. – Developing a strategy for managed care contracting. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002a.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução CFM nº 1.639, de 10 de julho de 2002b.

CONSELHO NACIONAL DE MEIO AMBIENTE – Resolução nº 283, de 12 de julho de 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – SUS: avanços e desafios. Brasília, CONASS, 2006a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Oficina de redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2006b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Assistência farmacêutica no SUS. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Ciência e Tecnologia em saúde. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Vigilância em saúde. Brasília, CONASS/ Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007c.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Regulação em saúde. Brasília, CONASS/ Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007d.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília, CONASS/Organização Pan-Americana da Saúde, 2007e.

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA – Programa Mãe Curitibana, 10 anos. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

COOTER, R.D. & ULEN,T.S. – Law and economics. London, Scott, Foreman and Co., 1988.

CONNOR, C. A. *et al*. – The safety and effectiveness of a nurse-led anticoagulant service. J. Adv. Nurs., 38: 407- 415, 2002.

CONRAD, D. A. – Developing a strategy for managed care contracting. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. – A avaliação na area da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Organizadora) – Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.

CORDEIRO JÚNIOR, W. – A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CORDEIRO JÚNIOR, W. & MAFRA, A. de A. – A rede de atenção à urgência e emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

CORKERY, E. *et al*. – Effect of a bicultural community health worker on completion of diabetes education in a Hispanic population. Diabetes Care, 20: 254-257, 1997.

CORRAO, G. *et al*. – Alcohol-attributable and alcohol preventable mortality in Italy: a balance in 1983 and 1996. European J. Public Health, 12: 214-223, 2002.

CORRAO, G *et al*. – A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Prev. Med., 38: 613-619, 2004.

COSTA, J. S. D. *et al*. – Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. Revista de Saúde Pública, 38: 45-54, 2004.

COSTA, J. S. D. *et al*. – Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. Cadernos de Saúde Pública, 21: 275-282, 2005.

COUCH, J.B. – Disease management: an overview – In: COUCH, J.B. (Editor) – The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburgh, Aspen Publication, 1998.

COULTER, A. *et al*. – Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

COULTER, A. & ELLINS, J. – Quest for quality and improved performance patient-focused interventions: a review of the evidence. Oxford, The Health Foundation, Picker Institute Europe, 2006.

COULTER, A. & MAGEE, H. – The European patient of the future. Maidenhead, Open University Press, 2003.

COUTINHO, D. C. – Desnutrição e dieta inadequada. RADIS, 76: 20-21, 2008.

COYNE, J.C. *et al*. – The benefits of a broader perspective in case-finding for disease management of depression: early lessons from the PROSPECT Study. Int. J. Geriatr. Psychiatry, 16:570-576, 2001.

CRANE, M. & WERBER, B. – Critical pathway approach to diabetic pedal infections in a multidisciplinary setting. J. Foot Ankle Surg., 38: 30-33, 1999.

CRETIN, S *et al*. – An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illnes care: framework and study design. Evaluation Review, 28: 28-51, 2004.

CRUZ, V. K. O. – Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. Journal of International Development, 15: 67-86, 2003.

CUNHA, A. S. & SICHIERI, R. – Trends in underweight, overweight and body mass index among elderly population of Brazil. Journal of Nutrition, Health & Aging, 11: 15-19, 2007.

CUNILLERA, R. – Redes integradas para la provisión de servicios de salud: la experiencia de Cataluña, el caso de Badalona Serveis Asssistentials S.A. Belo Horizonte, Consulta Regional da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Redes Regionais de Atenção, 2008.

DACHS, J. N. W. – Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. Ciência & Saúde Coletiva, 7: 641-657, 2002.

Da COSTA, J. S *et al*. – Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Petrópolis, Rio Grande do Sul, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 88: 59-65, 2007.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. – Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.

D'AMOUR, D. *et al*. – A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, 8: 188, 2008.

DANIEL, D. M. *et al*. – A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. Jt. Comm. J. Qual. Saf., 30:69-79, 2004.

DAOUN, M. Graças aos celulares cresce o número de brasileiros com acesso à telefonia. UOL Notícias, 18 de setembro de 2008.

DARER, J. D. – More training needed in chronic care: a survey of US physicians. Acad.Med., 79: 541-548, 2004.

DAVIDSON, J. – Strategies for improving glycemic control: effective use of glucose monitoring. Am. J. Med., 118:27-32, 2005.

DAVIES, M. *et al*. – Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service: a randomized controlled trial. Diabetic Medicine, 18: 301-307, 2001.

DAVIES, P. – What is evidence-based education? British Journal of Educational Studies, 47: 108-121, 1999.

DAVIS, D. A. *et al*. – Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. JAMA, 268: 1111-1117, 1992.

DAVIS, D. A. *et al*. – Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA, 274: 700-705, 1995.

DAVIS, D. A. *et al*. – Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA, 282: 867-874, 1999.

DAVIS,W. A. *et al*. – Is self-monitoring of blood glucose appropriate for all type 2 diabetic patients? Diabetes Care, 29:1764-1770, 2006.

DAWSON, B. – Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicacion Científica nº 93, 1964.

DEBUCK, P. D. *et al*. – A multidisciplinary job retention vocational rehabilitation programme for patients with chronic rheumatic diseases: patients' and occupational physicians' satisfaction. Ann. Rheum. Dis., 63: 562-568, 2004.

DEBUSK, R. F. *et al*. – A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann. Intern. Med., 120: 721-729, 1994.

DECI, E. & RYAN, R. – Intrinsic motivation and self determination in human behaviour. New York, Plenum, 1985.

DEKKER, L. – Changing health care in the Netherlands. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.

DELANEY, *et al*. – Strategic principles of drinkdriving enforcement. Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006. Disponível em http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc249.pdf, acesso em janeiro de 2007.

DE MAESENEER, J. M. *et al*. – Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? Ann. Fam. Med., 1: 144-148, 2003.

DEMERS, D. *et al*. – Computer simulated cost effectiveness of care management strategies on reduction of long-term sequelae in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. Quality Management in Health Care, 6: 1-13, 1997.

DE MICHELI, D. *et al* – Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. Rev AMB, 50:305-313, 2004.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE – Sistemas de informação em saúde. São Paulo, Faculdade de Medicina da UNIFESP, 2000.

DEPARTAMENTO DE PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR – Assistência em patologia clínica. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 2007.

DEPARTMENT OF HEALTH – Corporate governance in the NHS: code of conduct, code of *accountability*. London, The Stationery Office, 1994.

DEPARTMENT OF HEALTH – The new NHS: modern, dependable. London, The Stationery Office, 1997.

DEPARTMENT OF HEALTH – A first class service: quality in the new NHS. London, Stationery Office, 1998.

DEPARTMENT OF HEALTH – National service Framework for Coronary Heart Disease. London, HMSO, 2000.

DEPARTMENT OF HEALTH – The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London, Department of Health, 2001.

DEPARTMENT OF HEALTH – Chronic disease management and self-care. London, Stationery Office, 2002.

DEPARTMENT OF HEALTH – Improving chronic disease management. London, Stationery Office, 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH – Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care, Department of Health, 2005a.

DEPARTMENT OF HEALTH – Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London, Department of Health, 2005b.

DEPARTMENT OF HEALTH – Improving chronic disease management. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsandStatistics/Publications, acesso em outubro de 2008.

DEUTCHMAN, M. *et al*. – Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. J. Am. Board Fam. Pract., 8: 440-447, 1995.

DEVEUGELE, M. *et al*. – Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ. Couns., 54:227-233, 2004.

DIAS, R. B. & CASTRO, F. M. – Grupos operativos. Belo Horizonte, Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.

DICKINSON, L. M. *et al*. – RCT of a care manager intervention for major

depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints. Ann. Fam. Med., 3: 15-22, 2005.

DIJKSTRA, A. – The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. Clin. J. Pain, 21: 27–37, 2005.

DLUGACZ, Y.D. *et al*. – The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

DOAK, C. M. *et al*. – The dual burden household and the nutrition transition paradox. International Journal of Obesity, 29: 129-136, 2005.

DOCTEUR, E. & OXLEY,H. – Health care systems: lessons from the reform experience. Paris, OECD Papers n ° 9, 2004.

DONABEDIAN, A. – Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. – An introduction on quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003.

DONOHOE, M. E. *et al*. – Improving foot care for people with diabetes mellitus: a randomized controlled trial of an integrated care approach. Diabetic Med., 17: 581-587, 2000.

DORR, D. A. *et al*. – Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. Dis. Manag., 9:1-15, 2006.

DOUGHTY, R.N. *et al*. – Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. Eur. Heart J., 23:139-146, 2002.

DOWLING, W.L. – Strategic alliance as a structure for integrated delivery systems. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

DOWSWELL, G. *et al*. – A qualitative study of specialist nurse support for stroke patients and care-givers at home. Clin. Rehabil.,11: 293-301, 1997.

DUCCI, L. – O sistema de saúde em Curitiba. In: DUCCI, L. *et al*. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

DUGDALE, D. C. *et al*. – Time and the physician-patient relationship. J. Gen. Intern. Med., 14:34-40, 1999.

DUNBAR-JACOB, J. & SCHLENK, E. – Patient adherence to treatment regimens. Pharmaceutical Journal, 267: 102-119, 2001.

DURAND-ZALESKI, I. & OBRECHT, O. – France. In: NOLTE, E. *et al*. (Editors) – Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

DUSSAULT, G. – A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública, 26: 9-19, 1992.

DWIGHT-JOHNSON, M. *et al*. – Can collaborative care address the needs of low-income latinas with comorbid depression and cancer? Results from a randomized pilot study. Psychosomatics, 46:224-232, 2005.

EAGLE, K. A *et al*. – Length of stay in the intensive care unit: effects of practice guidelines and *feedback*. JAMA, 264: 992-997, 1990.

EAKIN, E. G. *et al*. – Reaching those most in need: a review of diabetes selfmanagement interventions in disadvantaged populations. Diabetes Metabolism Research and Reviews, 18:26-35, 2002.

EASTMAN, R. *et al*. – Models of complications of NIDDM II: analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycaemia, Diabetes Care, 20: 685–686, 1997.

EASTWOOD, A. J. & SHELDON, T. A. – Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. Qual. Health Care, 5: 134-143, 1996.

EDDY,D. – Practice policies, what are they? JAMA, 263: 877-880, 1990.

EDWARDS, N. *et al*. – Changing hospital systems. In: SALTMAN, R.B. *et al*. (Editors) – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.

EDWARDS, P. & TSOUROS, A. – Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2006.

EGAN, E. *et al*. – A randomized controlled trial of nursing-based *case management* for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Lippincott's Case Management, 7: 170-179, 2002.

ELAZAR, D. – Exploring federalism. Alabama, University of Alabama, 1987.

ELLRODT, A G. *et al*. – Measuring and improving physician compliance with clinical practice guidelines. Annals Int. Med., 122: 277-282, 1990.

ELWYN, G. *et al*. – Developing a quality criteria framework for patient decision aids: *on-line* international Delphi consensus process. British Medical Journal, 333:417-419, 2006.

EMSLIE, S. – Risk management in the National Health Service in England. London, Department of Health, 2001.

EMSLIE, S. – Foreward. In: McSHERRY, R. *et al*. – Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford, Blackwell Science Ltd., 2002.

ENDICOTT, L. *et al*. – Operating a sustainable disease management program for chronic obstrutive pulmonary disease. Lippincotts Case Manag., 8: 252-262, 2003.

ENGEL, W. *et al*. – The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. Med. Care, 27: 306-314, 1989.

ENGLAND, R. *et al*. – Health sector reform: a toolkit for communication. London, Institute for Health Sector Development, 1997.

ENTHOVEN, A. – Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics, Policy and Law, 13: 305-321, 1988.

ENTHOVEN, A. – A reconstructionist's view of managed competition. Integrated health delivery systems, 1999. Duke Private Sector Conference, 1999.

ENTHOVEN,A. & TOLLEN, L.A. – Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. Project Hope, The People-to-People Health Foundation, 2005.

EPSTEIN, R. M. *et al*. – Patient-centered communication and diagnostic testing. Ann. Fam. Med., 3: 415-421, 2005.

ERSKINE, J. – Future vision of regional healthcare. European Union, Network for Future Regional Healthcare, 2006.

ESPÍNOLA, F. D. S. & COSTA, I. C. C. – Agentes comunitários de saúde do PSF e PACS: uma análise de sua vivência profissional. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, 18: 43-51, 2006.

ESTRADA, R. A. *et al*. – La red de servicios del município y sus momentos. Universidad Autonoma de Chiapas, 2006.

ETZIONI, A – Organizações modernas. São Paulo, Ed. Pioneiras, 8ª ed., 1989.

EUROPEAN COMMISSION – EURODIET Core Report. Heraklion, European Commission and the University of Crete School of Medicine, 2000.

EVANS, R.G. – Marketing markets, regulating regulators: who gains? who loses? what hopes? what scopes? In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care

reform: the will to change. Paris, OECD, Health Policy Studies nº 8, Head of Publications Service, 1996.

EVANS, R. G. – Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. Health Care Policy, 3: 21-32, 2008.

EVANS, R. L. *et al*. – Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. Soc. Sci. Med., 40: 1699-1706, 1995.

EXPERT GROUP ON LEARNING FROM ADVERSE EVENTS IN THE NHS – An organisation with a memory. London, The Stationery Office, 2000.

EXPERT PATIENTS PROGRAMME. Disponível em http://www.expertpatients.co.uk, acesso em outubro de 2008.

FÁBREGA, R. – El camino de la reforma: construyendo redes asistenciales basadas en la atención primaria. Santiago, Reunión de expertos en sistemas integrados de salud, Organización Panamericana da la Salud, 2007.

FAGERBERG, B. *et al*. – Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1 year study of elderly patients.The Goteborg 70+ Stroke Study. Stroke, 31: 2578-2584, 2000.

FAGG, K. L. *et al*. – Laboratory restructuring in metropolitan Edmonton: a model for laboratory reorganization in Canada. Clinica Chimica Acta, 290: 73-91, 1999.

FAHEY, T. *et al*. – Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. Cochane Database Syst. Rev., 1, CD005182, 2005.

FARHAT, S. C. L. *et al*. – Effects of air pollution on pediatric respiratory emergency room visits and hospital admissions. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 38: 227-235, 2005.

FARIA, N. M. X. *et al*. – Trabalho rural, exposição a poeiras e sintomas respiratórios entre agricultores. Revista de Saúde Pública, 40: 827-836, 2006.

FARREL, D. I. *et al*. – Utilization and cost effectiveness of a family practice center. J. Fam. Pract., 5: 957-962, 1982.

FAST, B. & CHAPIN, R. – The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. J. Case Manag., 5: 51-57, 1996.

FEACHEM, G.A *et al* – Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent. British Medical Journal, 324: 135-143, 2002.

FEDER, G. *et al*. – Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. British Medical Journal, 311: 1473-1478, 1995.

FEENSTRA, T. L. *et al*. – Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. Value in Health, 8:178–190, 2005.

FELDMAN, R. & DOWD, B. – A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. American Economic Review, 81: 297-301, 1991.

FELTON, T. – Evidence-based medicine. In: COUCH, J.B. (Editor) – The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, Aspen Publication, 1998.

FERGUSON, B. *et al*. – Introduction. In: FERGUSON, B. *et al* (Editors) – Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.

FERGUSON, J.A. & WEINBERGER, M. – Case management programs in primary care. J. Gen. Int. Med., 13: 123-126, 1998.

FERLIE, E. *et al*. – The new public management in action. Oxford, Oxford University Press, 1996.

FERNÁNDEZ, J.M.D. – Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las trasnsferencias. Barcelona, B & F Gestión y Salud, 2004.

FERRAZ, M. B. – Dilemas e escolhas do sistema de saúde: economia da saúde ou saúde da economia? Rio de Janeiro, Medbook Editora Científica Ltda, 2008.

FERRIS, T. *et al*. – Changes in daily practice of primary care for children. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 152: 227-233, 1998.

FERVERS, B. *et al*. – Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. International Journal for Quality in Health Care, 18: 167-176, 2006.

FICHTENBERG, C. M. & GLANTZ, S.A. – Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N. Engl. J. Med., 343: 1772–1777, 2000.

FIELDING, J. E. *et al*. – Tobacco: health effects and control. In: MAXCY, K. F. *et al* – Public health and preventive medicine. Stanford, Appleton & Lange, 14th ed, 1998.

FIGUERAS, J. *et al*. – Health systems, health and wealth: assessing the case for inverting in health systems. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

FINLAY, I. G. *et al*. – A randomised controlled study of portfolio learning in undergraduate cancer education. Medical Education, 32: 172-176, 1998.

FINLEY, P. R. *et al*. – Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. Pharmacotherapy, 23: 1175-1185, 2003.

FIREMAN, B. *et al*. – Can disease management reduce health care costs by improving quality? Health Affairs;23:63-75, 2004.

FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH – Non-insured health benefits programa. Ottawa, Health Canada, 2008.

FITZGERALD, J. F. *et al*. – A case manager intervention to reduce readmissions. Arch. Int. Med., 154: 1721-1729, 1994.

FLAMM, B. *et al*. – Reducing cesarean section rates safely: lessons from a "Breakthrough Series" Collaborative. Birth, 25:117-124, 1998.

FLEMING, B. *et al*. – The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. Am. J, Manag. Care, 10:934-944, 2004.

FLEMING, D. M. *et al*. – The European study of referrals from primary to secondary care. London, Royal College of General Practitioners, Ocasional Paper nº 56, 1992.

FLETCHER, A. E. *et al*. – Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. Lancet, 364: 1667-1677, 2004.

FLEURY, S. M. T. & OUVERNEY, A. M. – Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FONSECA, A. L. *et al*. – Guia de medicamentos 2006. Belo Horizonte, Fundação Ezequiel Dias, 2006.

FORREST, C.B. & STARFIELD, B. – Entry into primary care and continuity: the effects of access. Am. J. Public Health, 88:1330-1336; 1998.

FORTUNA, C. M. *et al*. – O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos de processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latinoam. Enferm., 13: 262-268, 2005.

FOR YOUR DIABETES LIFE – Diabetes forum. Disponível em http://www. dLife.com, acesso em dezembro de 2008.

FOSTER, G. *et al*. – Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4: CD005108, 2007.

FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY – The FACCT consumer information framework: comparative information for better health care decisions. 1997.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. – Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. *et al*. (Organizadores) – O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 2004.

FRANKEL, S. *et al*. – Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the Boyd Orr Cohort Study. British Medical Journal, 316:499-504, 1998.

FRANKS, P. & FISCELLA, K. – Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. Journal of Family Practice 47:105-109, 1998.

FRAZÃO, P & MARQUES, D. S. C. – Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, 11: 131-144, 2006.

FREESZ, L. F. – Rede de assistência laboratorial no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

FRENK, J. – Concept and measurement of accessibility. Salud Publica Mex., 27:438-453, 1985.

FRENK, J. *et al*. – La transición epidemiologica en America Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 111: 458-496, 1991.

FRENK, J. – Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Comission on Social Determinants of Health, 2006.

FRETHEIM, A. *et al*. – Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Service, 2006.

FRICH, L. M. – Nursing interventions for patients with chronic conditions. J. Adv. Nurs., 44: 137-153, 2003.

FRIEDMAN, N. M. *et al*. – Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. Effective Clin. Pract., 1: 5-11, 1998.

FRIEDMAN, T.L. – O mundo é plano: uma breve história do século XXI. Rio de Janeiro, Objetiva, 2007.

FRIES, J. F. *et al*. – Patient education in arthritis: randomized controlled trial of a mail-delivered program. J. Rheumatology, 24: 1378-1383, 1997.

FRIJLING, B. D. *et al*. – Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. Diabet. Med., 19: 836-842, 2002.

FRIGLING, B. D. *et al*. – Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. Qual. Saf. Health Care, 12: 181-187, 2003.

FROHLICH, A. & JORGENSEN, J. – Improving care in patients with chronic conditions, 2004. Disponível em http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045/article.htm, acesso em junho de 2007.

FROLICH, A. *et al*. – A behavioural model of clinician responses to incentives to improve quality. Health Policy, 80: 179–193, 2007.

FROLICH, A. *et al*. – A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. BMC Health Services Research, 8: 252, 2008.

FRY, J. & FINLEY, W. – The prevalence and costs of obesity in the EU. Proceedings of the Nutrition Society, 64:359-362, 2005.

FU, D. *et al*. – Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shangai, China: randomized controlled trial. Bulletin of the World Health Organization, 81: 174-182, 2003.

FUJISAWA, R. & LaFORTUNE, G. – The remuneration of general practitioners and specialists in 14 countries: what are the factors influencing variations across countries? OECD, Health Working Papers nº 41, DELSA/HEA/WDIHWP, 2008.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Déficit habitacional no Brasil. Belo Horizonte, Centro de Estatísticas e Informações, 2004.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Minas Gerais: acesso e utilização dos serviços de saúde, PNAD 1998 e 2003. Belo Horizonte, CEES/Fundação João Pinheiro, 2005.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Caracterização dos hospitais do PRO-HOSP: desafios para o monitoramento. Belo Horizonte, CEES/Fundação João Pinheiro, 2007.

GALLEFOSS, F. – The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. Patient Educ. Couns., 52: 259-266, 2004.

GARCIA, L. P. *et al*. – Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cadernos de Saúde Pública, 20: 744-752, 2004.

GARDINI, A. *et al*. – Is there a future for clinical laboratories? Clinica Chimica Acta, 319: 107-110, 2002.

GARG, A.X. *et al*. – Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review, JAMA, 293: 1223–1238, 2005.

GATTIS, A. *et al*. – Reduction in heart failure management team: results of the pharmacist in heart failure assessment recommendation and monitoring (PHARM) study. Arch. Intern. Med., 159: 1939-1945, 1999.

GAZETA MERCANTIL – Médias empresas são o alvo de compra das grandes redes. Gazeta Mercantil, 16 de julho de 2006.

GAWANDE, A. – Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London, Profile Books, 2002.

GAZMARARIAN, J. A. *et al*. – Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. JAMA, 281:545–551, 1999.

GENERALITAT DE CATALUNYA – Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona, Departament de Salut, 2007.

GERSON, C. D. & GERSON, M. J. – A collaborative health care model for the treatment of irritable bowel syndrome. Clin. Gastroenterol. Hepatol., 1: 446-452, 2003.

GHALI, J. K. *et al*. – A community-based disease management program for postmyocardial infarction reduces hospital readmissions compared with usual care. Evidence-Based Healthcare; 8:119-121, 2004.

GHOSH, C. S. *et al*. – Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. Soc. Sci. Med., 46: 1087-1093, 1998.

GIACOMINI, C.H. – Descentralização e distritos sanitários: aproximação ao deslocamento do poder no processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Dissertação de mestrado, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1994.

GIATTI, L. & BARRETO, S. M. – Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública, 40: 99-106, 2006.

GILBODY, S. *et al*. – Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA, 289: 3145-3151, 2003.

GILL, J. M. *et al*. – The effect of continuity of care on emergency department use. Arch. Fam. Med., 9:333-338, 2000.

GILMER, T. P. *et al*. – Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. Diabetes Care, 29:1242-1248, 2006.

GILMER, T. P. & O'CONNOR, P.J. – Cost effectiveness of diabetes mellitus management programs: a health plan perspective. Disease Management & Health Outcomes,11:439-453, 2003.

GILSON, L. & McINTYRE, D. – Removing user fees for primary care: necessary, but not enough by itself. Equinet Newsletter, 42, 2004.

GIOVANELLA, L. – Redes integradas, programas de gestão da clínica e clínico geral: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Frankfurt, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/Institut fur Medizinische Soziologie, 2004.

GIRARD, J.E. – Experiencia de Canada: desarrollo y planificación de redes de atención en los servicios de salud. Santiago, Seminario Internacional de Desarrollo de la Red Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 1999.

GLASGOW, N. *et al*. – Proactive asthma care in childhood: general practice based randomised controlled trial. British Medical Journal, 327: 659, 2003

GLASGOW, N. *et al*. – Decision support. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

GLASGOW, R. E. – Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Jt. Comm. J. Qual. Saf., 29: 563-574, 2003.

GLASGOW, R. E. *et al*. – Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. Ann. Behav. Med., 24:80-87, 2002.

GLASGOW, R. E. *et al*. – Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Med. Care, 43: 436-444, 2005.

GLIED, S. – Chronic condition: why health reform fails. Cambridge, Harvard University Press, 1997.

GLLOTH, B. E. – Promoting patient involvement: educacional, organizational, and environmental strategies. Patient Educ. Couns., 15: 29-38, 1990.

GOETZEL, R. Z. *et al*. – Return on Investment in disease management: a review. Health Care Finance Rev., 26:1-19, 2005.

GOHDES, D. *et al*. – Improving diabetes care in the primary health setting: The Indian Health Service experience. Ann. Intern. Med., 124: 149-152, 1996.

GOITEIN, M. – Waiting patiently. N. Engl. J. Med., 323: 604-608, 1990.

GOMES, C. A. P. *et al* – A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte, Editora Fundação Ezequiel Dias, 2007.

GOMES, C. L. S. *et al*. – Operacionalização da microrregulação dentro do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E.F. *et al*. – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

GOMES, G. M. & MacDOWELL, M. C. – Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília, IPEA, Texto para discussão nº 706, 2000.

GONSETH, J. *et al*. – The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. Eur. Heart J., 25: 1570-1595, 2004.

GONZAGA, A. A. & MULLER NETO, J. S. – Usuários avaliam as equipes de saúde da família em Mato Grosso. Revista Brasileira de Saúde da Família 1:3:53-56, 2000.

GOREY, K. M. *et al*. – Effectiveness of *case management* with severely and persistently mentally ill people. Community Mental Health J., 34: 241-250, 1998.

GORTMAKER, S. L. *et al*. – Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet health. Arch. Ped. Adolesc. Med., 153: 409-418, 1999.

GOSTIN, L.O. – Law as a tool to facilitate healthier lifestyles and prevent obesity. JAMA, 297: 87-90, 2007.

GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA – British Columbia expanded chronic care model, 2008. Disponível em http://www. health.gov.bc.ca, acesso em outubro de 2008.

GRADWELL, C. *et al*. – A randomized controlled trial of nurse follow-up clinics: do they help patients and do they free up consultants' time? Br. J. Dermatol., 147: 513-517, 2002.

GRAY, A – Governing medicine: an introduction. In: GRAY, A & HARRISON, S. – Governing medicine: theory and practice. Berkshire, Open University Press, 2004.

GRAY, M. – Evidence-based healthcare and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier, 3d. edition, 2009.

GREB,S. *et al*. – Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. In: SALTMAN, R.B. *et al*. – Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Buckingham, Open University Press, 2004.

GREENFIELD, S. *et al*. – Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. JAMA, 267: 1624-1630, 1992.

GRENEIDER, D. K. *et al*. – Reduction in resource utilization by an asthma outreach program. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 149: 415-420, 1995.

GREINEDER, D. K. *et al*. – A randomized controlled trial of a pediatric asthma outreach program. J. Allergy Clin. Immunology, 103: 436-440, 1999.

GRIFFIN, S. – Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. British Medical Journal, 317: 390-396, 1998.

GRIFFIN, S. *et al*. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. Annals of Family Medicine, 2:595–608, 2004.

GRIFFIN, S. & KINMONTH, A. l. – Systems for routine surveillance for people with diabetes. Cochrane Database Syst. Rev., 2, CD000541, 2000.

GRIFFIN, S. & KINMONTH, A.L. – Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. In: THE COCHRANE LIBRARY – Chichester, UK, Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

GRIFFITH, J.R. – Managing the transition to integrated health care organizations. In: CONRAD, D.A. – Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

GRIFFITHS, C. *et al* – Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma. British Medical Journal, 328:144, 2004.

GRIMSHAW, J.M. & RUSSELL, I.T. – Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. Lancet, 342: 1317-1322, 1993.

GROESSL, E. J. & CRONAN, T. A. – A cost analysis of self management programs for people with chronic illness. Am. J. Comm. Psy., 28: 455-480, 2000.

GROL, R. *et al*. – Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. British Journal of General Practice, 50: 882-887, 2000.

GROSS, D. L. *et al*. – The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. Milbank Q., 82: 257-282, 2004.

GROUP HEALTH COOPERATIVE – Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams, 2001a. Disponível em http://www.ghc.org, acesso em janeiro de 2007.

GROUP HEALTH COOPERATIVE – Group visit starter kit, 2001b. Disponível em http://www.ghc.org, acesso em janeiro de 2007.

GROOPMAN, J. – Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine. New York, Penguin, 2001.

GRUMBACH, K. – The ramifications of specialty-dominated medicine. Health Affairs, 21:155-157, 2002.

GRUMBACH, K. & BODENHEIMER, T. – A primary care home for Americans. JAMA, 288:889-893, 2002.

GRUMBACH, K. & BODENHEIMER, T. – Can health care teams improve primary health care practice. JAMA, 291: 1246-1251, 2004.

GUERRA, M. R. *et al*. – Prevalência de perda auditiva induzida por ruído em empresa metalúrgica. Revista de Saúde Pública, 39: 238-244, 2005.

GUEVARA, J.P. *et al*. – Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and metaanalysis. British Medical Journal, 326: 1308-1309, 2003.

GUINDON, G. E. *et al*. – The cost attributable to tobacco use:a critical review of the literature. Geneva, WHO, 2006.

GULLIFORD, M. C. – Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? Journal of Public Health Medicine 24: 252-254, 2002.

GULLIFORD, M. C. *et al*. – Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. BMC Health Services Research 4:12, 2004.

GUS, I. *et al*. – Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 83: 424-428, 2004.

GUSSO, G. – Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.

GUSTAFSON, D. H. *et al*. – CHESS: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. International Journal of Medical Informatics, 65:169-177, 2002.

GUSTAFSSON, F. *et al*. – Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. Eur. Heart J., 25: 1596-1604, 2004.

GWATKIN, D.R. *et al*. – Making health systems more equitable. Lancet, 364:1273-1280, 2004.

HACKBARTH, G. – Commentary. Med. Care Res. Rev., 63: 117–21, 2006.

HAINSWORTH, J. & BARLOW, J. – Volunteers' experiences of becoming arthritis self-management lay leaders: it's almost as if I've stopped aging and started to get younger! Arthritis Rheum., 45: 378-383, 2001.

HALCOMB, E. *et al*. – Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. Eur. J. Cardiovasc. Nurs., 3: 135-147, 2004.

HAM,C. – Contestability: a middle path for health care. British Medical Journal, 312: 70-71, 1996.

HAM, C. – Lessons and conclusions. In: HAM, C. (Editor) – Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press, 1997.

HAM, C. – Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham, Health Services Management Centre, Disponível em http://www.hsmc.bham.ac.uk, acesso em outubro de 2006.

HAM, C. – Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn, Conference of Bonn, 2007a.

HAM,C. – Clinically integrated systems: the next step in English health reform? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, Briefing Paper, 2007b.

HAM, C. *et al*. – Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. British Medical Journal, 327: 1257-1259, 2003.

HAM, C. *et al*. – Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007a.

HAM, C. *et al*. – Beyond projects: case studies from the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007b.

HANDLEY,M. *et al*. – Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors. J. Am. Board Fam. Med., 19:224-231, 2006.

HANLON, J.T. *et al*. – A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. Am.J.Med., 100: 428-437, 1996.

HANNAN, E. L. *et al*. – Coronary angioplasty volume-outcome relationships for hospitals and cardiologists. JAMA, 277: 892-898, 1997.

HANSEN, L. J. & DRIVSHOLM, T. B. – Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary health care and outpatient community settings. Ugeskr Laeger,164:607-609,2002.

HARBOUR, R. T. (Editor) – Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guidelines Nertwork, 2008.

HARRIS, M. F. & ZWAR, N. A – Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. Med. J. Aust., 16: 104-107, 2007.

HARRISON, M. B. *et al*. – Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. Med. Care, 40: 271-82, 2002.

HART, T. – The inverse care law. The Lancet, 1: 405-412, 1971.

HARTZ, Z. M. A. *et al*. – Avaliação do programa materno-infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A. (Organizadora) – Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A. – Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema "sem muros". Cadernos de Saúde Pública, 20: 5331-5336, 2004.

HARWELL, T. S. *et al*. – Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. Am. J. Med. Qual., 17:179-184, 2002.

HASTINGS, G. *et al*. – Alcohol marketing and young peoples' drinking: a review of the research. Journal of Public Health Policy, 26:296-311, 2005.

HEALTH COUNCIL OF CANADA – Value for money: making Canadian health care stronger, 2009. Disponível em http://www.canadavalueshealth.ca, acesso em fevereiro de 2009.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS – European primary care. The Haque, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.

HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES – Training manual, changing practice, changing lives. Alabama, Institute for Health Care Improvement, 2004.

HEALTH EVIDENCE NETWORK – What are the advantages and disadvantages of reestructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, World Health Organization, 2004.

HEALTH NEXUS AND ONTARIO CHRONIC DISEASE PREVENTION ALLIANCE – Primer to action: social determinants of health. Toronto, Health Nexus/OCDPA, 2008.

HEATHER, N. (Editor) – WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV. Geneva, World Health Organization, 2006. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf, acesso em maio de 2007.

HEALY, J. & McKEE, M. – The evolution of hospital system. In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) – Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002.

HEISLER, M. *et al*. – The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. J. Gen. Intern. Med., 17: 243-252, 2002.

HEISLER, M. *et al*. – How well do patients'assessments of their diabetes self-management correlate with actual glycemic control and receipt of recommended diabetes services? Diabetes Care, 26:738-743, 2003.

HERMIZ, O. *et al*. – Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. British Medical Journal, 325: 938, 2002.

HIBBARD, J. H. *et al*. – Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? Health Serv. Res., 42:1443-1463, 2007.

HICKEY, M.L. *et al*., – Effect of case managers with a general medical patient population. J. Eval. Clinical Practice, 6: 23-29, 2000.

HILDEBRANDT, H. & RIPMANN, K. – Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

HILDEBRAND, M.E. & GRINDLE, M.S. – Building sustainable capacity: challenges for the public sector. Cambridge, Harvard University, UNDP and HIID, 1994.

HJORTDAHL, P. – Continuity of care in general practice: a study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. Oslo, University of Oslo, 1992.

HOFFMAN, I. *et al*. – Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-councious diet and blood lipids. European Journal of Clinical Nutrition, 55: 887-895, 2001.

HOLDER, H. D. – Alcohol and the community: a systems approach to prevention. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

HOLLOWAY, F. *et al*. – Case management: a critical review of the outcome literature. Euro Psychiatry, 10: 113-128, 1995.

HOLCMAN, M. M. *et al*. – Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. Revista de Saúde Pública, 38: 180-186, 2004.

HOLMAN, H. & LORIG, K. – Patients as partners in managing chronic disease. British Medical Journal, 320: 526-527, 2000.

HOMER, C. J. *et al*. – Impact of a quality improvement program on care and outcomes for children with asthma. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 159:464-469, 2005.

HOPENHAYN, M. – Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración. Ciudad de Panama, Seminario Internacional Cohesión Social en America Latina y Caribe, CEPAL, 2006.

HORAN, P. P. *et al*. – Computer assisted self control of diabetes by adolescents. Diabetes Educator, 16: 205-211, 1990.

HORNER, S. D. – Using the Open Airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. J. Sch. Health, 68: 329-33, 1998.

HORROCKS, S. *et al*. – Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. British Medical Journal, 324: 819-23, 2002.

HOSKINS, P. L. *et al*. – Sharing the care of diabetic patients between hospital and general practitioners: does it work? Diabet. Med., 10: 81-86, 1993.

HSIAO, W. – What should macroeconomists know about health care policy? A primer. Washington, International Monetary Fund, IMF Working Paper WP/00/136, 2000.

HUETSON, W. J. *et al*. – Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. J. Fam. Pract., 40: 345-351, 1995.

HUGHES. S. L. *et al*. – Impact of home care on hospital days: a meta analysis. Health Services Res., 32: 415-432, 1997.

HULSCHER, M. E. J. L. *et al*. – Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: THE COCHRANE LIBRARY. Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

HUNG DY, R. T. G. *et al*. – Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. Am. J. Prev. Med. 30:413-422, 2006.

HUNT, D. L. *et al*. – Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcome: a systematic review, JAMA, 280: 1339–1346, 1998.

HUNTER, D.J. *et al*. – Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R.B. *et al*. (Editors) – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.

HURST, I. & SICILIANI, L. – Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris, OECD Health Working Papers, 2003.

HURTADO, M. – Understanding and measuring the performance of health care services delivery. Maryland, Pan American Health Organization, Revised draft, 2006.

HURWITZ, B. – Legal and political considerations of clinical practice guidelines. British Medical Journal, 318: 661-663, 1999.

HUTT, R. *et al*. – Case managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? London, Kins Fund, 2004.

HYSLOP, A. & ROBERTSON, K. – Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scotish Care Information Store. Inform. Prim. Care, 12: 103-107, 2004.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2003. Rio de Janeiro, IBGE, 2003.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004. Rio de Janiero, IBGE, 2004.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2006. Rio de Janeiro, IBGE, 2006.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro, IBGE/Ministério da Saúde, 2010.

ILETT, K. F. *et al*. – Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detaller). Brit. J. Clin. Pharmacol., 49: 168-173, 2000.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE – The Chronic Care Model. Disponível em http://www.improvingchroniccare.org, acesso em setembro de 2008.

INOJOSA, R. M. – Revisitando as redes. Divulgação em Saúde para o Debate, 41: 36-46, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – IHI's collaborative model for achieving breaktrough improvement. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series, 2003.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – The 5 Million Lives Campaign. Disponível em http://www.ihi.org/ihi/programs, acesso em junho de 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – Chronic conditions, how to improve. Disponível em http://www.ihi.org, acesso em outubro de 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE – Primary care in medicine: a definition. In: INSTITUTE OF MEDICINE – A manpower policy for primary health care: report of a study. Washington, The National Academy Press, 1978.

INSTITUTE OF MEDICINE – Diet and health: implications for reducing chronic disease risk. Washington, The National Academies Press, 1989

INSTITUTE OF MEDICINE – Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, The National Academy Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE – Access to health care in America. Washington, The National Academies Press, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE – Primary care: America's health in a new area. Washington, The National Academies Press, 1996.

INSTITUTE OF MEDICINE – To err is human: building a safer health system. Washington, The National Academies Press, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE – Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality: workshop summary. Washington, The National Academies Press, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington, The National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE – Priority areas for national action: Transforming health care quality. Washington, The National Academy Press, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE – Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, The National Academies Press, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE – Preventing medication errors. Washington, The National Academies Press, 2006a.

INSTITUTE OF MEDICINE – Performance measurement: accelerating improvements. Washington, The National Academies Press, Appendix D, 2006b.

INSTITUTE OF MEDICINE – State of USA health indicators: letter report. Washington, The National Academies Press, 2008.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS – Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Objetiva Ltda., 2001.

INSTITUTO DATAFOLHA – Opinião pública, 2002. Disponível em http//www.datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo, acesso em novembro de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006.

INSTITUTO QUALISA DE ATENÇÃO – Protegendo 5 Milhões de Vida. Disponível em http://www.iqg.com.br, acesso em dezembro de 2008.

IRANI, M. *et al*. – Care closer to home: past mistakes, future opportunities. Journal Royal Society of Medicine, 100: 75-77, 2007.

ITO, T. S. & SCHNEIDER, A. L. – O sistema de patologia clínica de Curitiba. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

JACOBSON, K. L. *et al*. – Is our pharmacy meeting patients needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.

JACKSON, G. L, *et al*. – Veterans Affairs primary care organizational characteristics associated with better diabetes control. Am. J. Manag. Care, 11: 225-237, 2005.

JACKSON, N. & WATERS, E. – Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions taskforce: the challenges of systematically reviewing public health interventions. J. Public Health, 26: 303-307, 2004.

JAIME, P. C. *et al*. – Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário randomizado. Revista de Saúde Pública, 41: 154-157, 2007.

JAMES, W. *et al*. – Overweight and obesity (high body mass index). In: EZZATI, M. *et al*. (Editors)- Comparative quantification of health risks. Geneva, World Health Organization, 2004.

JARAMILLO, I. – El sistema de salud en Colombia. Cartagena de Indias, II Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, BID/ASSALUD, 2001.

JARMAN, B., S. *et al*. – Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. British Medical Journal, 318:1515-1520, 1999.

JENKINS, S. F. *et al*. – Changes in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998/1999 to 2000/2001. JAMA, 289: 305-312, 2003.

JHA, P. *et al*. – Tobacco Addiction. In: JAMISON, D. T. *et al*. (Editors) – Disease control priorities in developing countries, New York, Oxford University Press, 2nd. Ed., 2006. Disponível em http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf, acesso em dezembro de 2007.

JIMENEZ, E.J.B. *et al*. – Avançando na atenção materno-infantil: programa Mãe Curitibana. In: DUCCI, L. *et al*. (Editores) – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

JITAPUNKUL, S. *et al*. – A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach in the general medical wards of Chulalongkorn Hospital. J. Med. Assoc. Thai., 78: 618-623, 1995.

JOHANSSON, B. *et al*. – Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. European Journal of Cancer, 37:2161-2168, 2001.

JOHNSON, A. & BAMENT, D. – Improving the quality of hospital services: how diverse groups of consumers prefer to be involved. Aust. Health Rev., 25: 194-205, 2002.

JOHNSON, B. V. *et al*. – Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda, Institute for Family-Centered Care, 2008.

JOHNSON, K. B. *et al*. – Effectiveness of a clinical pathway for inpatient asthma management. Pediatrics, 106: 1006-1012, 2000.

JOHNSON, J. A. & BOOTMAN, J. L. – Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. Archives of Internal Medicine, 155: 1949-1956, 1995.

JOHNSTON, G. *et al*. – Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual. Health Care, 9: 23-36, 2000.

JONHSTON, L. *et al*. – Overview of evidence relating to shifting the balance of care: a contribution to the knowledge base. Edinburgh, Scottish Government Social Research, 2008.

JOHNSTON, M. E. – Effects of computed-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome: a critical appraisal of research. Ann. Intern. Med., 120: 135-142, 1994.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS – Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission Resources, 2004.

JONES, R. *et al*. – Oxford textbook of primary medical care. Principles and concepts, vol. 1, Oxford, Oxford University Press, 2004.

JOOSSENS, L. – Report on smuggling control in Spain. Geneva, World Health Organization, 2003

JORDAN, J.E. – ICCC framework situation assessment. Geneva, World Health Organization, 2005.

JORGE, E. A – A experiência do Reino Unido. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL – Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

JOUMARD, I. *et al*. – Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Organization for Economic Co-operation and Development, ECO/WKP, 2008.

JOVELL, A. J. *et al*. – Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Atención Primaria, 38: 234-237, 2006.

JULIASZ, F. – A internet no Brasil. São Paulo, IBOPE/NetRatings, 2006.

JUNGERMAN, F. S. & LARANJEIRA, R. – Entrevista motivacional: a teoria e uma experiência de sua aplicação em grupos. In: FOCCHI, G. R. A. *et al*. (Organizadores) – Dependência química: novos modelos de tratamento. São Paulo, Ed. Roca, 2001.

JUNIUS-WALKER, U. *et al*. – Prevalence and predictors of polipharmacy among older primary care patients in Germany. Fam. Pract., 24: 14-19, 2007.

KABCENELL, A. I. *et al*. – Innovations in planned care. Cambridge, Institute for Healhcare Improvement, Innovations Series, 2006.

KAISER PERMANENTE – Cultivating health: everyday fitness kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2005.

KAISER PERMANENTE – Cultivating health: managing stress kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2007.

KAISER PERMANENTE – Cultivating health: freedom from tobacco kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2008a.

KAISER PERMANENTE – Cultivating health: weigth management kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2008b.

KAMPS, A. W. *et al*. – Outpatient management of childhood asthma by paediatrician or asthma nurse: randomised controlled study with one year follow up. Thorax, 58: 868-973, 2003.

KAMPS, A.W. *et al*. – Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. Eur. Respir. J., 23: 304-309, 2004.

KANE, R. L. *et al*. – The effect of Evercare on hospital use. J. Am. Geriatr. Soc., 51: 1427-1434, 2003.

KAHN, E. B. *et al*. – The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. Am. J. Prev. Med., 22: 73-107, 2002.

KANT, A. K. *et al*. – Dietary patterns predict mortality in a national cohort: the national health interview *surveys*, 1987 and 1992. Journal of Nutrition, 134:1793–1799, 2004.

KAPLAN, S.H. *et al* – Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Med. Care, 33:1176-1187, 1995.

KAPLAN, S. H. *et al*. – Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. Ann. Intern. Med., 124:497-504, 1996.

KASPER, E. K. *et al*. – A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart faillure outpatients at high risk of hospital readmission. J. Am. Coll. Cardiol., 39: 471-480, 2002.

KATON, W. *et al*. – Collaborative management to achieve treatment guidelines. JAMA, 273: 1026-1031, 1995.

KATON, W. *et al*. – Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. J. Gen. Intern. Med., 17: 741-748, 2002.

KATON, W. *et al*. – The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. Arch. Gen. Psychiatry, 61: 1042-1049, 2004.

KATZ, S.J. *et al*. – Comparing the use of diagnostic tests in Canadian and U.S. hospitals. Medical Care, 34: 117-125, 1996.

KAUL,M. – The new public administration: management innovations in government. Public Administration and Development, 17:11-26, 1997.

KAWAMOTO, K. *et al*. – Improving clinical practice using clinical decison support systems: a systematic review of trials to identify critical features to success. British Medical Journal, 330: 765, 2005.

KELLEY, E. & HURST, J. – Health care indicators Project: conceptual framework. OECD Health Working Papers nº 23, Document DELSA/HEA/WD/HWP, 2006. Disponível em http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf, acesso em julho 2007.

KELLOGG, M. A. – Kaiser Permanente: mechanisms for promoting integration and primary care. Ouro Preto, Federação das UNIMED's de Minas Gerais, 2007.

KELSON, M. C. – The NICE patient involvement unit. Evidence-Based Health Care & Public Health, 9: 304-307, 2005.

KENNEDY, A. P. *et al*. – A randomized controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-orientated, evidence-based selfhelp guidebook and patient-centred consultations on disease management and satisfaction in inflammatory bowel disease. Health Technol. Assess., 7: 1-13, 2003.

KENNEDY, A. P. *et al*. – The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. J. Epidemiol. Community Health, 61: 254–261, 2007.

KENNEDY, A. P & ROGERS, A. E. – Improving patient involvement in chronic disease management: the views of patients, GPs and specialists on a guidebook for ulcerative colitis. Patient Educ. Couns., 47: 257-263, 2002.

KERSSENS, J. J. *et al*. – Comparison of patient evaluation of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 european countries. Bulletin of the World Health Organization, 82: 106-114, 2004.

KILO, C. M. *et al*. – Beyond survival: toward continuous improvement in medical care. New Horizons, 6:3-11, 1998.

KIM, H. S. & OH, J. A. – Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. J. Adv. Nurs., 44: 256-261, 2003.

KIM, P. *et al* – Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. Cancer Investigation, 19:684-691, 2001.

KING, H. *et al*. – Global burden of diabetes, 1995-2025. Diabetes Care, 21: 1414-1431, 1998.

KINMONTH, A. L. *et al*. – Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact of current wellbeing and future disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. British Medical Journal, 317: 1202-1208, 1998.

KISIL, M. – Qualidade e performance hospitalar no Brasil: revisão analítica da literatura. Brasília, Banco Mundial, 2003.

KNOX, D. & MISCHKE, L. – Implementing a congestive heart failure disease management program to decrease length of stay and cost. J. Cardiovasc Nurs, 14:55-74., 1999.

KOGAN, J. R. *et al*. – Effectiveness of report cards based on chart audits of residents adherence to practice guidelines on practice performance: a randomized controlled trial. Teach Learn Med., 15: 25-30, 2003.

KOVACS, F. M. *et al*. – Psychometric characteristics of the Spanish version of the FAB questionnaire. Spine, 31:104-110, 2006.

KREIN, S. L. *et al*. – Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial. Am. J. Med., 116: 732-739, 2004.

KRISHNA, S. *et al*. – Internet-enabled interactive multimedia asthma education program: a randomized trial. Pediatrics, 111: 503-510, 2003.

KRUGER, D. F. *et al*. – Effect of modem transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestacional diabetes mellitus. J. Am. Acad. Nurse Pract., 15: 371-375, 2003.

KUSCHNIR, R. & CHORNY, A.H. – Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15: 2307-2316, 2010.

KUTZIN,J. – Experience with organizational and financing reform of the health sector. Geneva, WHO/ SHS Paper nº 8, 1995.

KUTZIN, J. – Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

KWAN, J. & SANDERCOCK, P. – In-hospital care pathways for stroke (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

KWON, H. S. *et al*. – Establishment of blood glucose monitoring system using internet. Diabetes Care, 27: 478-483, 2004.

LAFFEL, L. M. *et al*. – Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. J. Pediatrics, 142: 409-416, 2003.

LaFORGIA, G. – Rationale and objectives. São Paulo, World Bank, Brazilian and international experiences in integrated care networks, 2006.

LaFORGIA, G. – Financiamento, incentivos financeiros e sistemas de pagamento para a conformação de redes: experiências internacionais. Brasília, Oficina sobre redes de atenção à saúde, Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2007.

LaFORGIA, G. & COUTTOLENC, B. – Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington, The World Bank, 2008.

LaFRAMBOISE, L. M. *et al*. – Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. Fam. Community Health, 26: 275-288, 2003.

LAMBING, A. Y. *et al*. – Nurse practitioners' and physicians' care activities and clinical outcomes with an inpatient geriatric population. J. Am. Acad. Nurse Pract., 16: 343-352, 2004.

LANDIS, S. E. *et al*. – North Carolina family medicine residency programs' diabetes learning collaborative. Fam. Med., 38:190-195, 2006.

LANDON, B.E. *et al*. – Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. Ann. Intern. Med., 140:887-896, 2004.

LARAMEE, A. S. *et al*. – Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. Arc. Int. Med., 163: 809-817, 2003.

LASATER, L. – Patient literacy, adherence, and anticoagulation therapy outcomes: a preliminary report. Journal of General Internal Medicine, 18:179. 2003.

LAST,J.M. – A dictionary of epidemiology. New York, Oxford University Press, 3rd.ed., 1995.

LAURANT, M. G. *et al*. – Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: Randomized controlled trial. British Medical Journal, 328: 927, 2004.

LAURENTI, R. *et al*. – A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. Bras. Epidemiologia, 7: 449-460, 2004.

LAVADENZ, F. *et al*. – Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. Rev. Panam. Salud Pública, 9: 182-189, 2001.

LEAPE, L. L. *et al* – Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA, 21: 267-270, 1999.

LEAPE, L. L. *et al*. – Reducing adverse drug events: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. Journal on Quality Improvement, 26:321- 331, 2000.

LEAT, P. *et al*. – Organizational design. In: SHORTELL, S. M. & KALUZNY, A. (Editors) – Health care management: organization design and behavior. New York, Delmar Publishers, 2000.

LEAT, P. *et al*. – Integrated delivery systems: has their time come in Canada? Canadian Medical Association Journal, 154: 803-809, 1996.

LEDWIDGE, M. *et al*. – Is multidisciplinary care of heart failure cost-beneficial when combined with optimal medical care? Eur. J. Heart Fail., 5: 381-389, 2003.

LEE, M. J. *et al*. – The unique aspects of the nutrition transition in South Korea: the retention of healthful elements in their traditional diet. Public Health Nutrition, 5: 197-203, 2002.

LEE, S.D. *et al*. – Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. Medical Care, 41: 165-174, 2003.

LEE, T. W. – Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. Taehan Kanho Hakhoe Chi., 34: 191-201, 2004.

LEGA, F. – Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. Health Policy, 81: 258-279, 2007.

LeFORT, S. M. – A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. J. Nursing Scholarship, 32:153-160, 2000.

LENZ, E. R. *et al*. – Diabetes care processes and outcomes in

patients treated by nurse practitioners or physicians. Diabetes Educ., 28: 590-598, 2002.

LENZ, E. R. *et al*. – Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. Med. Care Res. Rev., 61: 332-351, 2004.

LESSA, I. *et al*. – Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA), Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 87: 747-756, 2006.

LEUTZ, W. – Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, Milbank Q., 77: 77–110, 1999.

LEVINSON, W. *et al*. – Not all patients want to participate in decision making. J. Gen. Intern. Med., 20: 531-535, 2005.

LEVY, F.M. *et al*. – Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cadernos de Saúde Pública, 20:197-203, 2004.

LEVY, M. L. *et al*. – A randomized controlled evaluation of specialist nurse

education following accident and emergency department attendance for acute asthma. Respir. Med., 94: 900-908, 2000.

LEVY-COSTA, R. B. *et al*. – Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Revista de Saúde Pública, 39: 530-540, 2005.

LEWIN, S. A. *et al*. – Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

LEWIN-VHI – Health care problems: variation across states. Washington, National Institute for Care Management, 1994.

LI, R. *et al*. – Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. Diabetes Care, 27:2312-2316, 2004.

LIEU, T. A. *et al*. – Cultural competence policies and other predictors of asthma care quality for Medicaid-insured children. Pediatrics, 114:102-110, 2004.

LIGHTBODY, E. *et al*. – Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. Age Ageing, 31: 203-210, 2002.

LIKITMASKUL, S. *et al* – Intensive diabetes education program and multidisciplinary team approach in management of newly diagnosed type 1 diabetes mellitus: a greater patient benefit, experience at Siriraj Hospital. J. Med. Assoc. Thai., 85: 488-495, 2002.

LIM, W. K. *et al*. – Effectiveness of *case management* and post-acute services in older people after hospital discharge. Med. J. Aus., 178: 262-266, 2003.

LIMA, H. O. – Encontro anual do Conselho Gestor: Subsecretaria de Ações e Políticas de Saúde. Belo Horizonte, SAPS/SESMG, 2007.

LIMA, M. F. – Reestruturando a rede hospitalar do SUS no estado de Minas Gerais: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) – In: Martins, M.M. *et al*. – Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2007.

LIMA, P. V. P. S. *et al*. – O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no estado do Ceará. Disponível em http://www.ipece.ce.gov., acesso em setembro de 2008.

LIMA-COSTA, M. & MATOS, D. L. – Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). Cadernos de Saúde Pública, 23: 1665-1673, 2007.

LIN, C. A. *et al*. – Air pollution and neonatal deaths in Sao Paulo, Brazil. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 37: 765-770, 2004.

LIN, C. T. *et al*. – Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch. Intern. Med., 161:1437-1442, 2001.

LIN, M. *et al*. – Motivation to improve chronic disease care in three quality improvement collaboratives. Care Manage Rev., 30:139-156, 2005.

LIPPMAN, H. – Practice in the twenty-first century. Hippocrates, 1: 38-43, 2000.

LIPTON, H. L. *et al*. – The impact of clinical pharmacists' consultations on physicians' geriatric drug prescribing. A randomized controlled trial. Med. Care, 30:646-658, 1992.

LITAKER, D. *et al*. – Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients'perception of care. J. Interprof. Care, 17: 223-237, 2003.

LITTELL, J. H. & GIRVIN, H. – Stages of change: a critique. Behav. Modif., 26: 223-273, 2002.

LITTLE, P. *et al*. – Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. British Medical Journal, 328: 441, 2004.

LLEWELLYIN-JONES, R.H. *et al*. – Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. British Medical Journal, 319: 676-682, 1999.

LOEVINSOHN, B. – Peformance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington, World Bank Institute, 2008.

LONDOÑO, J. L. – Managed competition in the tropics? Vancouver, International Health Economics Association, Inaugural Conference, 1996.

LONGEST, B. B, & YOUNG, G. – Coordination and communication. In: SHORTELL, S. M. & KALUZNY, A. (Editors) – Health care management: organization design and behavior. New York, Delmar Publishers, 2000.

LOPES, J. M. C. – A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

LORIG, K. R. *et al*. – A comparison of lay-taught and professional taught: arthritis selfmanagement courses. J. Rheum., 13: 736-737, 1986.

LORIG, K. R. *et al*. – Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis Rheum., 36: 439-446, 1993.

LORIG, K. R. *et al*. – Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. Medical Care, 37: 5-14, 1999.

LORIG, K. R. *et al*. – Chronic disease self-management program: 2 year health status and health care utilization outcomes. Medical Care, 39: 1217-1223, 2001.

LORIG, K. R. *et al* – Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. Nurs. Res., 52: 361-369, 2003.

LORIG, K. R. *et al*. – Long-term randomized controlled trials of taillored-print and small-goup arthritis self-management interventions. Med. Care, 42: 346-354, 2004.

LORIG, K. *et al*. – Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, brochitis, emphysema and others. Boulder, Bull Publishing Company, Third Edition, 2006.

LORIG, K. R. & HOLMAN, H. R. – Arthritis self-management studies: a twelve years review. Health Ed. Quart., 20: 17-28, 1993.

LOTTENBERG, C. – A saúde brasileira pode dar certo: os caminhos para garantir um atendimento de qualidade, sustentável e acessível para toda a população. São Paulo, Atheneu, 2007.

LOUREIRO, S. – Sistema único de informação? Integração dos dados da assistência suplementar à saúde ao sistema SUS. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Trabalho apresentado à ANS, 2003.

LOZANO, P. *et al* – A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 158:875-883, 2004.

LUSIGNAN, S. *et al*. – Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. Eur. J. Heart Fail., 3: 723-730, 2001.

LYONS, M. *et al*. – Factors that affect the flow of patients through triage. Emergency Medicine Journal, 24: 78-85, 2007.

LYNN, J. *et al*. – Quality improvements in end of life care: insights from two collaboratives. Journal on Quality Improvement, 26:254-267, 2000.

MacCARTHY, D. & BLUMENTHAL, D. – Commited to safety: ten cases studies on reducing harm to patients. New York, The Commonwealth Fund, 2006.

MacDONALD, A. – Responding to the results of the Beverly Allitt enquiry. Nursing Times, 92: 23-25, 1996.

MACINKO J, *et al*. – The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research, 38:819-853, 2003.

MACINKO, J. *et al*. – Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int. J. Health Plann. Mgmt., 19: 303-317, 2004.

MACINKO, J. *et al*. – Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health, 60: 13-19, 2006.

MACKWAY-JONES, K. *et al*. – Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MAGALHÃES, V. C. & MENDONÇA, G. S. A. – Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. Cadernos de Saúde Pública, 19: 129-139, 2003.

MAISLOS, M. & WEISMAN, D. – Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. Acta Diabetol., 41: 44-48, 2004.

MALCOLM, L. *et al*. – Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. N. Z. Med. J., 113: 514-517, 2000.

MALTA, D. – Sedentarismo. RADIS, 76: 22-23, 2008.

MALY, R. C. *et al*. – What influences physician practice behavior? An interview study of physycians who received consultative geriatric assessment recommendations. Arch. Family Med., 5: 448-454, 1996.

MAMEDE, S. – Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005a.

MAMEDE, S. – A educação permanente na saúde. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005b.

MAMEDE, S. – Um modelo de educação permanente potencialmente efetivo. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005c.

MAMEDE, S. – Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S. & PENAFORTE, J. (Editores) – Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará/Ed. HUCITEC, 2001.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH – Managing drug supply. Connecticut, Kumarian Press, 1997.

MANGIONE, C. M. *et al*. – The association between quality of care and the intensity of diabetes disease management programs. Ann. Intern. Med., 145:107-116, 2006.

MANGIONE-SMITH, R. – The quality of ambulatory care delivered to chidren in the United Sates. New England Journal of Medicine, 387: 1515-1523, 2007.

MANGIONE-SMITH, R. *et al*. – Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care: does implementing the chronic care model improve processes and outcomes of care? Ambulatory Pediatrics, 5: 75-82, 2005.

MANHEIM, L. M. *et al*. – Training house officers to be cost conscious: effects of an educational intervention on charges and length of stay. Med. Care, 28: 29-42, 1990.

MARCHI, I. H. de – Resíduos de serviços de saúde. São Paulo, Boletim Informativo Ambiental nº 1, Correa da Silva & Mendonça do Amaral Advogados, 2003.

MARCHILDON, G.P. – Canada: health systems in transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

MARIN, N. *et al*. – Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 2003.

MARJORIE, L. *et al*. – Chronic care model implementation emphases. Disponível em http://www.rand.org/health/projects, acesso em setembro de 2008.

MARKS, R. *et al*. – A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability. Health Promot. Pract., 6: 37-43, 2005.

MARMOR, M. – Health in an unequal world. Lancet, 368: 2081–2094, 2006.

MARQUES, A. J. S. *et al*. – Rede de transporte sanitário: um instrumento de gestão fortalecendo o SUS. Juiz de Fora, ACISPES, 2007.

MARQUES, A.J. S. *et al*. (Organizadores) – O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES *et al*. – Sistema estadual de transporte em saúde em Minas Gerais. In: MARQUES *et al*. (Organizadores) – O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES, A. J. S. & LIMA, M. S. – O Sistema Estadual de Transporte em Saúde. Belo Horizonte, Secretaria Adjunta/Secretaria de Estado de Saúde, 2008.

MARSHALL, S. J. & BIDDLE, S. J. – The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of application to physical activity and exercise. Ann. Behav.Med., 23: 229-246, 2001.

MARSTELLER, J. A. *et al*. – Social network among teams in chronic illness care improvement collaboratives. Disponível em http://www.rand.org/health/projects, acesso em setembro de 2008.

MARTINS, C. L. *et al*. – Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. Saúde em Debate, 51:38-43, 1996.

MARTINS, L. C. *et al*. – The effects of air pollution on cardiovascular diseases: lag structures. Revista de Saúde Pública, 40: 677-683, 2006.

MARVEL, M. K. *et al*. – Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA, 281: 283-287, 1999.

MASLEY, S. *et al*. – Planning groups visits for high-risk patients. Family Practice Management, 2000. Disponível em http://www.aafp.org, acesso em dezembro de 2007.

MASSON, C. R. *et al*. – Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 21: 1685-1695, 2005.

MATEUS, G. R. – Curso de sistemas de telecomunicações: Data Warehouse e Data Mining. Belo Horizonte, Departamento de Ciências da Computação, 2000.

MATHERS, C. D. & LONCAR, D. – Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 3:442, 2006.

MATIAS, C. *et al*. – Triagem de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. Revista Portuguesa de Cardiologia, 27: 206-216, 2008.

MAYNARD, A – Racionamiento de la atención a la salud: inmoral o políticamente poco atrativo? Informando y reformando, 4: 3, 2000.

MAYNARD, A. – Aproximación economica al gobierno clínico. In: PYCKERING, S. & THOMPSON, J (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización. Barcelona, Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

MAYO, P. H. *et al*. – Results of a program to reduce admissions for adult asthma. Ann. Intern. Med., 112: 864-871, 1990.

MAYSIAK, R. *et al*. – Health outcomes of two telephone interventions for patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. Arthritis Rheum., 19: 1391-1399, 1996.

McALISTER, F. A. *et al*. – Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic reviews. British Medical Journal, 323:957-962, 2001.

McCAIG, L. F. & BURT, C. W. – National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. Hyasttsville, National Center for Health Statistics, 2005.

McCOWAN, C. *et al*. – Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support *software* to improve the management of asthma. Med. Inform. Internet Med., 26: 191-201, 2001.

McCULLOCH, D.K. *et al*. – A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned. Eff. Clin. Pract., 1: 12-22, 1998.

McDONALD, H. P. *et al*. – Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. JAMA, 288: 2868-2879, 2002.

McDONALD, K. *et al*. – Elimination of early rehospitalization in a randomized, controlled trial of multidisciplinary care in a high-risk, elderly heart failure population: the potential contributions of specialist care, clinical stability and optimal angiotensinconverting enzyme inhibitor dose at discharge. Eur. J. Heart Fail., 3: 209-215, 2001.

McDONALD, K. *et al*. – Heart failure management: multidisciplinary care has intrinsic benefit above the optimization of medical care. J. Card. Fail., 8: 142-148, 2002.

McGHEE, S. M. *et al*. – Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. Tobacco Control, 15:125–130, 2006.

McGINNIS, J. M. & FOEGE, W. H. – Actual causes of death in the United States. JAMA, 270:2207-2212, 1993.

McGLYNN, E. A. – The quality of health care delivered to adults in the United States. New England Journal of Medicine, 348: 2635-2645, 2003.

McINNES, G.T. & McGHEE, S.M. – Delivery of care for hypertension. J. Hum. Hypertens., 9: 429-433, 1995.

McSHERRY, R. & PEARCE, P. – What is clinical governance. In: McSHERRY *et al*. – Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford, Blackwell Science Ltd., 2002a.

McSHERRY, R. & PEARCE, P. – A guide to clinical governance. In: McSHERRY, R. *et al*. – Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford, Blackwell Science Ltd., 2002b.

McWHINNEY, I. R. – A textbook of family medicine. New York, Oxford University Press, 1989.

MEANA, F. R. – Inovação na gestão da saúde pública na Itália. São Paulo, Seminário internacional sobre inovações na gestão da saúde, 2007.

MEAD, N. & BOWER, P. – Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Edu. Couns., 48: 51-61, 2002.

MECHANIC, D. *et al*. – Are patients'office visit with physician getting shorter? N. Engl. J. Med., 344:198-204, 2001.

MEDAUAR, O. – O direito administrativo em evolução. São Paulo, Editora RT, 2003.

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION – Healthcare spending and the Medicare program, 2005. Disponível em: http://www.medpac.gov, acesso em julho de 2007.

MEIGS, J. B. *et al*. – A controlled trial of web-based diabetes disease management: the MGH diabetes primary care improvement project. Diabetes Care, 26: 750-757, 2003.

MEIRA, A. J. – Os sistemas de informação do SUS. Belo Horizonte, Superintendência de Epidemiologia/SVS/SESMG, 2008.

MEJHERT, M. *et al*. – Limited long-term effects of a management programme for heart failure. Heart, 90: 1010-1015, 2004.

MELO, M. G. M. – Estudo das dermatoses em trabalhadores de uma indústria farmacêutica. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1999.

MENDES, E. V. – A análise de tarefas no desenho de programas de saúde. Montes Claros, IPPEDASAR, 1973.

MENDES, E.V.- A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologias médicas. Belo Horizonte, Ed. Fumarc/PUC Minas Gerais, 1985

MENDES, E.V. – O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Organizador) – Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 3ª ed., 1995.

MENDES, E.V. – A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (Organizador) – A organização da saúde no nível local. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.

MENDES, E.V. – Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 1999.

MENDES, E.V. – Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo I, 2001a.

MENDES, E.V. – Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001b.

MENDES, E.V. – A atenção primária no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

MENDES, E.V. – Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MENDES, E. V. – Avançando no federalismo sanitário brasileiro: a descentralização convergente. In: Keinert, T. M. M. *et al*. – Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios e terceirização no setor saúde. São Paulo, Annablume Editora, 2006.

MENDES, E. V. – Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007a.

MENDES, E. V. – As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007b.

MENDES, E.V. – Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

MENEZES, A. M. B. *et al*. – Smoking in early adolescence: evidence from the 1993 Pelotas birth cohort study. Journal of Adolescent Health, 39: 669-677, 2006.

MENEZES, A. M. B. *et al*. – Early determinants of smoking in adolescence: a prospective birth cohort study. Cadernos de Saúde Pública, 23: 347-354, 2007.

MENICUCCI, T. *et al*. – Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção: relatório final. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2008.

MEREDITH, L. S. *et al*. – Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. Psychiatric Services, 57: 48-55, 2006.

MERKUR, S. *et al*. – Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practice? Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

MESSIAS, E. – Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. American Journal of Public Health, 93:1249-1296, 2003.

MESTERS, I. *et al*. – Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. J. Asthma, 31: 347-359, 1994.

MESTRE, A. G. *et al*. – De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 1: 1, 2008.

MICALLEF, J. – Apports des réseaux en santé publique: conditions de mise en place et de fonctionnement en clinique et en recherche. Thérapie, 55: 541-545, 2000.

MICHAELS, F. H. & McCABE, S. – Managing chronic conditions for elderly adults: the VNS choice model. Health Care Financ. Rev., 27: 33-45, 2005.

MILLER, R.H. & LUFT, H.S. – Managed care performance since 1980: a literature analysis. JAMA, 271: 1512-1519, 1994.

MILLER, W. R. *et al*. – Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 455-461, 1993.

MILLS, A. – Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. Social Science and Medicine, 17: 1971-1981, 1983

MILLS, A *et al*. – The challenge of health sector reform: what must governments do? Houndmills, Palgrave Publ. Ltd., 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, 6ª ed., 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, Departamento de Atenção Básica, 4ª Reimpressão, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta versão 2.0, Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PoliticaInformaçaoSaude29_03_2004a.pdf, acesso em outubro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília, Secretaria Executiva, 2004b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DNCT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, situação e desafios atuais. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Regulação médica das urgências. Brasília, DAE/Secretaria de Assistência à Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, Série Pactos pela Saúde, Volume 7, 2006d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Cartão Nacional de Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/gestor, acesso em julho de 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria GM nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, SVS/SAS/SE/INCA/ANS/MS, 2008e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – VIGITEL Brasil, Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito federal em 2007. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – VIGITEL Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Secretaria de Vigilência em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DE LA SALUD DE CHILE – Redes asistenciales. Santiago, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005.

MINISTERIO DE LA SALUD DE PERU – Redes de servicios de salud. Lima, Ministerio de la Salud, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – Proyecto de Real decreto por el cual se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Dossier especial, MSC, 2005.

MINISTRY OF HEALTH – A framework for a provincial chronic disease prevention initiative. British Columbia, Population health and wellness, Ministry of Health Planning, 2003.

MINISTRY OF HEALTH – Value for money in the health system. Wellington, Ministry of Health, 2005.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH – National action plan to reduce health inequalities, 2008/2011. Helsinki, Helsinki University Print, 2008.

MINTZBERG, H. – The structuring of organizations. Englewood Cliffs, Practice Hall, 1979.

MINTZBERG, H. – Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo, Editora Atlas S.A, 2ª ed., 2003.

MIRANDA, V. M. – Estilo de vida e estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres de diferentes etnias em Santa Catarina. Dissertação, Centro de Desportos da UFSC, 1999.

MITCHELL, G. *et al*. – Does primary medical practitioner involvement with specialist team improve patient outcomes: a systematic review. Brit. J. Gen. Pract., 52: 934-939, 2002.

MLADOVSKI, P. & MOSSIALOS, E. – A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London, London Schoool of Economics and Political Science, 2006.

MODELL, M. *et al*. – A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. British Medical Journal, 317: 788-791, 1998.

MOKDAD, A. H. – Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA, 291: 1238-1245, 2004.

MONANE, M. *et al*.- Improving prescribing patterns for the elderly through an *on-line* drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist and computer. JAMA, 280:1249-1252, 1998.

MONNINKHOF, E. *et al*. – Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax, 58: 394-398, 2003.

MONTANI, S. *et al*. – Meta-analysis of the effect of the use of computer-based systems on the metabolic control of patients with diabetes mellitus. Diabetes Technol. Ther., 3: 347-356, 2001.

MONTEIRO, C. A. *et al*. – A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: MONTEIRO, C.A. (Organizador) – Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Ed. Hucitec/Nupens/USP, 1995.

MONTEIRO, C. A. *et al*. – Symposium: obesity in developing countries, biological and ecological factors. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the brazilian adult population. Journal of Nutrition, 131: 881-886, 2001.

MONTEIRO, C. A. *et al*. – A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. Revista Panamericana de Salud Pública, 14: 246-254, 2003.

MONTEIRO, C. A. *et al*. – Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bulletin of the World Health Organization, 85: 527-534, 2007.

MONTORI, V. M. *et al*. – The impact of planned care and a diabetes electronic management system on community-based diabetes care: the Mayo Health System Diabetes Translation Project. Diabetes Care, 25:1952-1957, 2002.

MOORE, G. – The case of disappearing generalist: does it need to be solved? Milbank Q., 70: 361-379, 1992.

MOORMAN, P. W. *et al*. – Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. J. Am. Med. Inform. Assoc., 8: 372-378, 2001.

MORGAN, G. – Imagens da organização. São Paulo, Editora Atlas S.A, 1996.

MORRIS, L. A. *et al*. – Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. Med. Care, 35: 996-1007, 1997.

MORRISON, D. S. *et al*. – Changing patterns of hospital admission for asthma. Thorax, 1: 687-690, 2001.

MORRISON, S. – Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville, National Health Care for the Homeless Council, 2007.

MOYERS, T.B.& YAHNE, C.E. – Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. Journal of Substance Misuse, 3: 30-33, 1998.

MOYSÉS, S.J. *et al*. – A construção social do distrito sanitário. In: DUCCI, L. *et al*. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

MUGFORD, M. *et al*. – Effects of *feedback* of information on clinical practice: a review. British Medical Journal, 303: 398-402, 1991.

MUKAMEL, D. *et al*. – The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of *case management* programs. Gerontologist, 37: 777-784, 1997.

MULLAHY, C. B. – The case manager's handbook. Maryland, Aspen Publ., 1998.

MULLEY, A.J. – Improving productivity in the NHS. British Medical Journal, 341: 3965, 2010.

MURCHLE, *et al*. – Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. British Medical Journal, 326: 84, 2003.

MUROFUSE, N. T. & MARZIALE, M. H. P. – Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. 13: 364-373, 2005.

MURPHY, M. H. & HARDMAN, A. E. – Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. Medicine and Science in Sports and Exercise, 30:152–157, 1998.

MURTA, S. G. & TROCCOLI, B. J. – Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. Estud. Psicol., 22: 157-166, 2005.

MUSGROVE, P. – Public and private roles in the health: theory and financing partners. Washington, World Bank, World Bank Discussion Paper nº 339, 1996.

NADASH, P. – Two models of managed long-term care: comparing PACE with a Medicaid-only plan. Gerontologist, 44: 644-654, 2004.

NAISH, J. *et al*. – Appropriate prescribing in asthma. British Medical Journal, 310:1472, 1995.

NARAYAT, V.K. M. *et al*. – Diabetes: the pandemic and potential solutions. In: JAMISON, D. T. *et al*. (Editors) – Disease control priorities in developing countries. New York, Oxford University Press and World Bank, 2nd. Ed., 2006.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS – Assessing the potential for national strategies for electronic health records for population health monitoring and evaluation. Washington, Centers for Disease Prevention and Control, 2006.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM ADULT TREATMENT – Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment, Panel III Guidelines. Circulation, 110: 227-239, 2004.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE – The state of health quality. Washington, NCQA, 2006.

NATIONAL HEALTH SERVICE – Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. London, The Stationery Office, 2005.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE – Guidance on the use of patient-education models for diabetes. London, NICE, 2003.

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. National Diabetes Statistics. 2007. Disponível em http://www.diabetes.niddk.nih.gov/, acesso em março de 2009.

NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP – Preventing chronic disease: a strategic framework. Melbourne, Background paper, 2001.

NATPACT – Disponível em http://www.natpact.nhs.uk, acesso de dezembro de 2007.

NAVARRO, A. M. *et al* – Por La Vida model intervention enhances use of cancer screening tests among latinas. Am. J. Prev. Med.,15: 32-41, 1998.

NAYLOR, M. D. *et al*. – Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA, 281: 613-620, 1999.

NELSON, K. *et al*. – Do patient consent provisions affect participation rates in quality improvement studies: data from the improving chronic illness care evaluation. Medical Care, 40: 283-288, 2002.

NELSON, M. C. *et al*. – Built and social environments: associations with adolescent overweight and activity. Am. J. Prev. Med., 31: 109–117, 2006.

NEMES,M.I.B. – Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER,L.B., NEMES,M.I.B. & MENDES GONÇALVES,R.B. (Organizadores) – Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.

NERI, M. C. – Trata Brasil: saneamento e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007.

NEUMEYER-GROMEN, A. – Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Med. Care, 42: 1211-1221, 2004.

NEW, J. P. *et al*. – Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): a randomized controlled trial. Diabetes Care, 26: 2250-2255, 2003.

NEW HEALTH PATNERSHIPS – Supporting self-management: emphasizing patient role, 2008. Disponível em http://www.newhealthpartnerships.org, acesso em novembro de 2008.

NEWHOUSE, J. *et al*. – Is competition the answer? Journal Health Economics, 1: 109-116, 1982.

NEWTON,K. M. *et al*. – The use of automated data to identify complications and comorbities of diabetes: a validation study. J. Clin. Epidemiol., 52: 199-207, 1999.

NG, Y.C. *et al*. – Productivity losses associated with diabetes in the US. Diabetes Care, 24:257-261, 2001.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION – Implementing clinical practice guidelines. York, CRD, 1994.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION – Getting evidence into practice. Effective Health Care Bulletin 5, 1999. www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf:, acessado em agosto de 2007.

NOFFSINGER, E. – Benefits of drop-in group medical appointments (DIGMAs) to physicians and patients. Group Practice Journal, 48: 16-22, 1999a.

NOFFSINGER, E. – Increasing quality of care and access while reducing costs through drop-in group medical appointments. Group Practice Journal, 48: 12-18, 1999b.

NOFFSINGER, E. – Will drop-in group medical appointments work in practice?

The Permanente Journal, 3: 58-67, 1999c.

NOLAN, T. *et al*. – Controlled trial of social work in childhood chronic illness. Lancet, 2: 411-415, 1987.

NOLTE, E. & McKEE, M. – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives: an introduction. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

NOONAN, W. C. & MOYERS, T. B. – Motivational interviewing. Jornal of Substance Misuse, 2: 8-16, 1997.

NOREN, J. *et al*. – Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. N. Engl. J. Med., 301: 11-16, 1980.

NORMAN, I. – Making a start on clinical audit: cycles and spirals. In: KOGAN,M. & SALLY,R. – Making use of clinical audit. Buckingham, Open University Press, 2000.

NORMAN, I. & REDFERN,S. – What is audit? In: KOGAN,M. & SALLY,R. – Making use of clinical audit. Buckingham, Open University Press, 2000.

NORONHA, J. C. *et al*. – Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, 19: 1781-1789, 2003.

NORRIS, S. L. *et al*.- Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review randomized controlled trials. Diabetes Care, 24: 561-587, 2001.

NORRIS, S. L. *et al*. – Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care, 25: 1159-1171, 2002.

NORTH, D. – Institutions, institutional changes and economic performance. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH – Health creates welfare: the role of the health system in Norwegian society. Oslo, Directorate of Health, 2008.

NOVAES, H. M. D. *et al*. – Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva, 11: 1023-1035, 2006.

NOVOTNY, T. E. – Preventing chronic disease: everybody's business. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT – From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008.

NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – A patologia clínica da microrregião do Alto Rio Grande. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 1998.

NUNES, M. O. *et al*. – O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cadernos de Saúde Pública, 18:1639-46, 2002.

NUÑO, R. S. – Un breve recorrido por la atención integrada. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 1:2, 2008.

NUTBEAM, D. – Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15:259–267, 2000.

NUTTING, P. A. *et al*. – Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care. Annals of Family Medicine, 5:14-20, 2007.

O'BRIEN, M. K. *et al*. – Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. Med. Care Rev., 49: 435-454, 1992.

OCKENE, I. S. & MILLER, N. H. – Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. Circulation, 96:3243–3247, 1997.

O'CONNOR, A. M. & STACEY, D. – Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

O'DELL, K. – Transportation among barriers to health care. Springfield, New Leader, 2008.

OFFICE OF THE SURGEON GENERAL – Overweight and obesity: health consequences, 2007. Disponível em http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_consequences.htm, acesso em setembro de 2008.

OH, J. A. *et al*. – A telephone-delivered intervention to improve glycemic control in type 2 diabetic patients. Yonsei Med. J., 44: 1-8, 2003.

OLDHAM, J. & MAUNDER, M. – Who are your patients? Patient information in practice planning and performance improvement. Manag. Care Q., 7:35- 44,1999.

OLIVARIUS, N. F. *et al*. – Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. British Medical Journal, 323: 970, 2001.

OLIVER, S. *et al*. – Involving consumer in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. Health Technol. Assess., 8: 1-148, 2004.

OLIVEIRA, A. M. F. de – Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana: o caso de Campinas. Campinas, Instituto de Economia da Universidade de Campinas, Tese de Doutorado, 1995.

OLIVEIRA, E. X. *et al*. – Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cadernos de Saúde Pública, 20: 386-402, 2004.

OLIVEIRA, M. *et al*. – Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes de álcool. Psicologia, Reflexão e Crítica 16:265-270, 2003.

OLIVEIRA, M. C. T. & DUARTE, G. R. – O modelo transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. Rev. Nutr., 19: 57-64, 2006. 2006.

OLIVEIRA, P. *et al*. – Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos, E. F. *et al*. – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

O'MALLEY, A. S. *et al*. – Primary care attributes and care for depression among low-incomes African American women. Am. J. Publ. Health, 93: 1328-1334, 2003.

O'MALLEY, A. S. *et al*. – Health Center trends, 1994-2001: What do they portend for the federal growth initiative? Health Affairs, 24:465-472, 2005.

OMRAN, A R. – The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem. Fund., 49:509-583, 1971.

OOMS, G. *et al*. – The "diagonal" approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? Globalization and Health, 4: 6, 2008.

OPIE, J. *et al*. – Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. Int. J. Geriatr., Psychiatry,17:6-13, 2002.

OPLE, J. *et al*. – Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of muldisciplinary interventions. Int. J. Geriatr. Psychiatry, 17: 6-13, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – A carta de Liubliana sobre a reforma da atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde, Texto de Apoio nº 25, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – Informe sobre la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Redes integradas de servicios de salud: integración de programas prioritários de salud pública, estudios de caso de la Región de las Américas y el Caribe. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de politica y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

OSBORNE, R. H. *et al*. – Does self-management lead to sustainable health benefit in people with arthritis?: a 2-year transition study of 452 australians. J. Rheumatol., 34: 1-6, 2007.

OSBORNE,D. & GAEBLER,T. – Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília, MH Comunicações, 3ª ed., 1994.

OSLIN, D. W. *et al*. – Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. Psychosom. Med., 65:931-937, 2003.

OSMAN, L.M. *et al*. – Integrated care for asthma: matching care to the patient. Euro Respiratory J., 9: 444-448, 1996.

OSMAN, L. M. *et al* – A randomised trial of self-management planning for adult patients admitted to hospital with acute asthma. Thorax, 57: 869-874, 2002.

OSTBYE, T. *et al*. – Is there time for management of patiens with chronic diseases in primary care? Ann. Fam. Med., 3: 209-214, 2005.

OSTERBERG, L. & BLASCHKE, T. – Adherence to medication. N. Engl. J. Med., 353:487-497, 2005.

OTTAWA HEALTH RESEARCH INSTITUTE – Patient Decision Aids, Disponível em http://www.ohri.ca, acesso em abril de 2008.

OUVERNEY, A. M. – Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. Divulgação em Saúde para Debate, 42: 12-22, 2008.

OUWENS, M. *et al*. – Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int. J. Qual. Health Care, 17:141-146, 2005.

OVERETVEIT, J. – Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. International Journal of Health Care Quality Assurance, 17: 368-376, 2004.

OVERETVEIT, J. *et al*. – Quality collaboratives: lessons from research. Quality and Safety in Health Care, 11:345-351, 2002.

OVERHAGE, J. M. *et al*. – A randomized, controlled trial of clinical information shared from another institution. Ann. Emerg. Med., 39: 14-23, 2002.

OXMAN, A D. *et al*. – Users guides to the medical literature VI: how to use an overview. JAMA, 272: 1367-1371, 1994.

OWEN, L. – Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. Tobacco Control, 9:148–154, 2000.

PALMER, L. & SOMERS, S. – Integrating long-term care: lessons from building health systems for people with chronic illnesses, a national program of the Robert Wood Johnson Foundation. Hamilton, Center for Health Care Strategies, 2005.

PALMER, N. *et al*. – Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? Lancet, 364:1365-1370, 2004

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, PAHO, 2005.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – Smoke-free inside. Washington, PAHO, 2007.

PARCHMAN, M. L. & CULLER, S. – Primary care physicians and avoidable hospitalizations. J. Fam. Pract., 39: 123-128, 1994.

PARKER, H. – Making the shift: a review of NHS experience. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham, 2006.

PARTNERSHIP FOR PREVENTION – Diabetes self-management education. Disponível em http://www.prevent.org, acesso em julho de 2008.

PATTERSON, E. – Alberta primary care improvement project: Chinook Primary Care Network. Edmonton, Alberta Health and Wellness, 2006.

PAULY, M.V. – The economics of moral hazard: comments. American Economic Review, 58: 531-537, 1968.

PAYNE, T. H. *et al*. – Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. HMO Practice, 9: 101-106, 1995.

PEARSON, M. L. *et al*. – Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. Health Serv. Res., 40:978-996, 2005. PEDERSEN, B. K. & SALTIN, B. – Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 16:3–63, 2006.

PEIXOTO, M. R. B. – Divergência e convergência entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de Orem. Rev. Esc. Enf. USP, 30: 1-13, 1996.

PENCHANSKY, D. B. A. & THOMAS, J. W. – The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med. Care, 19:127-140, 1981.

PERAY, J.L. de – Redes hospitalarias y integración de niveles asistenciales. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

PEREIRA, C. *et al*. – Human papillomavirus prevalence and predictors for cervical cancer among high-risk women from Rio de Janeiro, Brazil. International Journal of Gynecological Cancer, 17: 651-660, 2007.

PEREIRA, J. – Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S.F. & VIANA, S.M. (Organizadores) – Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, IPEA, 1995.

PEREIRA, G. A. & LIMA, M. A. D. S. – Relato de experiência em grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. R. Gaucha Enferm., 23: 142-157, 2002.

PERILLO, C. D. *et al*. – A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO. Goiânia, Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et dês Services Sociaux de Outaouais Quebec, 2007.

PERROT, J. *et al*. – The contractual approach: new partnerships for health in developing countries. Geneva, World Health Organization, Macroeconomics, Health and Development Series nº 24, 1997.

PESTANA, M. – Devagar com a UPA. O Globo, 11 de novembro de 2008.

PESTANA, M. & MENDES, E.V. – Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

PETO, R. *et al*. Mortality from smoking worldwide. British Medical Bulletin, 52:12–21, 1996.

PETRIE, K.J. & BROADBENT, E. – Assessing illness behaviour: what condition is my condition in? J. Psychosom. Res., 54: 415–416, 2003.

PHELPS, C.E. – Welfare loss from variations: further considerations. Journal of Health Economics, 14: 253-260, 1995.

PHILBIN, E. F. – Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. J. Gen. Int. Med., 14:130-135, 1999.

PHILBIN *et al*. – The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. Am. J. Med., 109: 443-449, 2000.

PIATT, G. A. *et al*. – Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. Diabetes Care, 29:811-817, 2006.

PIETTE, J. D. – Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. Am. J. Manag. Care, 6: 817-827, 2000.

PIETTE, J. D. *et al*. – Use of automated telephone disease management calls in a ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. Diabetes Care, 22: 1302-1309, 1999.

PIETTE, J. D. *et al*. – Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. Diabetes Care, 24: 202-208, 2001.

PIETTE, J. D. *et al*. – Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. J. Gen. Intern. Med., 18: 624-633, 2003.

PINHEIRO, R.S. – Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Washington, OPS, Documento Técnico nº 23, 2000.

PINNOCK, H. *et al*. – Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. British Medical Journal, 326: 477-479, 2003.

PINOTTI, J. A. – PSF. Folha de São Paulo, 30 de novembro de 2008.

PIORO, M. H. *et al*. – Outcomes-based trial of an inpatient nurse practitioner service for general medical patients. J. Eval. Clin. Pract. 7: 21-33, 2001.

PLSEK, P. E. – Collaborating across organizational boundaries to improve the quality of care. American Journal of Infection Control, 25:85-95, 1997.

POINTER, D.D. *et al*. – Loosening the gordian knot of governance in integrated health care delivery systems. In: CONRAD, D.A. – Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

POLDONY, J. M. & PAGE, K. L. – Network forms of organization. Annual Review of Sociology, 24: 57-76, 1998.

POLONSKY, W.H. *et al*. – Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. Diabetes Care, 26: 3048-3053, 2003.

POPKIN, B. M. – Using research on the obesity pandemic as a guide to a unified vision of nutrition. Public Health Nutrition, 8:724-729, 2005.

PORTER, M. – Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.

PORTER, M. & KELLOGG, M. – Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovaccion Sanitaria y Atención Integrada, 1:1, 2008.

PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. – Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

PORTO, L. A. *et al*. – Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. Revista de Saúde Pública, 40: 818-826, 2006.

POSNETT, J. – Are bigger hospitals better? In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) – Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002.

POWELL, S.K. – Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia, Lippincot Williams & Williams, 2000.

PRITCHARD, P. & HUGHES, J. – Shared care: the future imperative? London, Royal Society of Medicine Press, 1995.

PROCHASKA, J.O. & DiCLEMENTE, C.C. – Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change, J. Consult. Clin. Psychol., 51: 390-395, 1983.

PRONOVOST, P. J. *et al*. – Physician sttafing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. JAMA, 288: 2151-2162, 2002.

PUSKA, P. *et al*. – Changes in premature deaths in Finland: sussessful long-term, prevention of cardiovascular diseases. Bulletin of the World Health Organization, 76: 419-425, 2002.

PUTNAM, R. D. *et al*. – Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princenton, Princenton University Press, 1994.

QUADROS, C. A. *et al*. – Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Revista Panamericana de Salud Pública, 16: 223-232, 2004.

RADDISH, M. *et al*. – Continuity of care: is it cost effective? Am. J. Manag. Care, 5: 727-734, 1999.

RAJMIL, L. *et al*. – The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. Int. J. Health Serv., 28:777-791, 1998.

RAM, F. S. F. *et al*. – Primary care based clinics for asthma (Cochrane Review). In: THE COCHRANE LIBRARY. Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

RAMCHARAM, P. – Gobierno clínico y gestión eficiente: perspectiva del usuario. In: PYCKERING, S. & THOMPSON, J (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumprir la agenda de modernización. Barcelona, Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

RAMIREZ, B. L. *et al*. – Promoting health equity: a resource to help communities adress social determinants of health. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.

RAMSEY, S. *et al*. – Productivity and medical costs of diabetes in a largeemployer population. Diabetes Care, 25:23-29, 2002.

RAND HEALTH – Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project. Disponível em http://www.rand.org/health/projects, acesso em setembro de 2008.

RAUH, R. A. *et al*. – A community hospital-based congestive heart failure program: impact on length of stay, admission and readmission rates, and cost. Am. J. Managed Care, 5: 37-43, 1999.

REA, H. *et al*. – A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Intern. Med. J., 34: 608-614, 2004.

REGAN, J. *et al*. – The role of federally funded health centers in serving the rural population. Journal of Rural Health, 19:117-124, 2003.

REHM, J. *et al*. – Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Health, 27: 39-51, 2003.

REHNBERG, C. – Sweden. In: HAM,C. (Editor) – Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press, 1997.

REID, R. *et al*. – Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

REIS, R. A. – Comunicação e atenção primária de saúde. Belo Horizonte, 1º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2008.

REIS, R. S. & PETROSKI, E. L – Aplicação da teoria cognitiva social para predição das mudança de comportamento em adolescentes brasileiros. Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum., 7: 62-68, 2005.

RENDERS, C.M. *et al*. – Long-term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice. Diabetes Care, 24: 1365-1370, 2001.

RENDERS, C. M. *et al*. – Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: The Cochrane Library. Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

RESTLESS LEGS SYNDROME FOUNDATION – Support groups. Disponível em http://www.rls.org, acesso em dezembro de 2008.

RESTUCCIA, J.D. – The evolution of hospital utilization review methods in the United States. International Journal for Quality in Health Care, 7:253-260, 1995.

REUBEN, D. B. – Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. Medical Care, 40:416-428, 2002.

REUBEN, D.B. *et al*. – A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. J.Am.Geriatr.Soc., 47:269-276, 1999.

REYES, H. *et al*. – Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. Health Policy Plan, 12:214-223, 1997.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al*. – Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS, PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva, 11:1011-1022, 2006.

RIBEIRO, R. Q. C. – Relatório técnico sobre credenciamento de serviços de hemodinâmica em Minas Gerais. Belo Horizonte, Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde da SESMG, 2007.

RICCIARDI, G. – The italian model for long-term care. Health Care, Manag., 3:167-176, 1997.

RICE, T. – The economics of health reconsidered. Chicago, Health Administration Press, 1998.

RICH, M. W. – Heart failure disease management: a critical review. J. Card. Fail., 5: 64-75, 1999.

RICH, M. W. *et al*. – Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. J. Gen. Intern. Med., 8:585-591, 1993.

RICH, M.W. *et al*. – A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N. Engl. J. Med., 333:1190-1195, 1995.

RICH, M.W. & NEASE, R.F. – Cost-effectiveness analysis in clinical practice: the case of heart failure. Arch. Inter. Med., 159:1690-1700, 1999.

RICHARDS, A. *et al*. – PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. Br. J. Gen. Pract., 53: 764-770, 2003.

RIEGEL,B. *et al*. – Implementation of a multidisciplinary disease management program for heart failure patients. Congest. Heart Fail., 5: 164-170, 1999.

RIEGEL, B. *et al*. – Which patients with heart failure respond best to multidisciplinary disease management? J. Cardiac Failure, 6: 290-299, 2000.

RIEGEL, B. *et al*. – Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. Arch. Int. Med., 162: 705-712, 2002.

RIEGEL, B. & CARLSON, B. – Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? Cardiovasc. Nurs., 19: 174-183, 2004.

RIJKEN, M. *et al*. – Supporting self management. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

RILEY, K. M. *et al*. – Resources for health: a social-ecological intervention for supporting self-management of chronic conditions. J. Health Psy., 6: 693-705, 2001.

RIPSA – Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RISSO, C. – Avaliação regular dos sistemas de informação em saúde. Brasília, XIV OTI da RIPSA, 2006.

ROBERTS, K. *et al*. – An innovative approach to managing depression: focus on HEDIS standards. J.Healthcare Qual., 24:11-64, 2002.

ROBERTS, M. J. *et al*. – Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford, Oxford University Press, 2003.

ROBERTSON, M. K. *et al*. – Impact studies in continuing education for health professions: update. J. Contin. Educ. Health Prof., 23: 146-156, 2003.

ROBINSON, A. *et al*. – Guided self-management and patient-directed follow-up of ulcerative colitis: a randomised trial. Lancet, 358: 976-981, 2001.

ROBINSON, R. & STEINER, A. – Managed health care. Buckingham, Open University Press, 1998.

ROBLES, S. C. – A public health framework for chronic disease prevention and control. Food Nutr. Bull., 25: 194-199, 2004.

ROBLIN, D. W. *et al*. – Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? Med. Care, 42: 579-590, 2004.

RODRIGUES,F.M.A – Projeto de avaliação da qualidade da assistência prestada ao segmento materno-infantil do programa médico de família de Niterói. Rio de Janeiro, mimeo, 1996.

ROEMER, M. – National health systems of the world: the issues. New York, Oxford University Press, Volume Two, 1993.

ROJAS, G. C. – Farmacia y sociedad. Cartagena de las Indias, Seminario internacional sobre reformas sanitárias. Ministerio de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2006.

ROLLNICK, S. *et al*. – Health behavior change: a guide for practitioners. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2000.

ROOS, N. P. – Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry, 16:73-83, 1979.

ROOS, N.P. *et al*. – Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen year perspective. The Milbank Quartely, 67: 347-369, 1989.

RONDINELLI, D. A. – Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. New York, Division of Public Administation and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

ROPER, W. L. – Perspectives on physician payment reform. New England Journal of Medicine, 319: 865-867, 1988.

ROSA, M. B. *et al*. – Erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos. In: NOVAES, M. R. C. G. (Organizador) – Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional. Brasília, Editora Thesaurus, 2007.

ROSEMANN, T. *et al*. – Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. J. Eval. Clin. Pract., 13: 806-813, 2007.

ROSEN, R. & HAM, C. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Iintegrada, 1: 2, 2008.

ROSENBLATT, R. A. *et al*. – The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. Am. J. Public Health, 90:97-102, 2000.

ROSERO, B. L. – Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. Revista Panamericana de Salud Publica, 15:994-1003, 2004a.

ROSERO, B. L. – Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. Social Science & Medicine, 58:1271-1284, 2004b.

ROSSITER, L. F. *et al*. – The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. Inquiry, 37: 188-202, 2000.

ROTER, D. L. & HALL, J. A. – Studies of doctor-patient interaction. Annu. Rev. Public Health, 10: 163-180, 1989.

ROTHERT, M. L. & O'CONNOR, A. M. – Health decision support for women. Annu. Rev. Nurs. Res., 19: 307-324, 2001.

ROTHMAN, A. A. & WAGNER, E. H. – Chronic illness management: what is the role of primary care? Ann. Intern. Med., 4;138:256-261, 2003.

ROUBITAILLE, L. – O regime geral de seguro de medicamentos: a base da estratégia quebequense para um acesso equitativo aos medicamentos. São Paulo, Conselho de Medicamentos de Quebec, 2006.

ROUKEMA, J. *et al*. – Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. Emergency Medicine Journal, 23: 906-910, 2006.

ROUMIE, C. L. *et al*. – Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann. Intern. Med., 145: 165-175, 2006.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS – National clinical guidelines for stroke. London, Royal College of Physicians, 2000.

ROYCE, R. – Managed care: practice and progress. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 1997.

RUBIN, R. *et al*. – Clinical and economic impact of implementing a comprehensive diabetes management program in managed care. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 83:2635-2642, 1998.

RUBLEE, D. A. – Medical technology in Canada, Germany and United States: an update. Health Affairs, 13: 114-117, 1994.

RUDY, E. B. *et al*. – Patient outcomes for the chronically critically ill: special care unit versus intensive care unit. Nurs. Res., 44: 324-331, 1995.

RUOFF, G. – Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. Fam. Med., 34: 514-517, 2002.

RYDEN, M. Bb *et al*. – Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. Gerontologist, 40: 654-662, 2000.

SABATÉ, E. – Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization, 2003.

SACKETT, D.L. *et al*ii – Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York, Churchill Livingstone, 1997.

SADUR, C. N. *et al*. – Diabetes management in a health maintenance organization: efficacy of care management using cluster visits. Diabetes Care, 22: 2011-2017, 1999.

SALAFFI, F. *et al*. – Validity and reliability of the Italian version of the ECOS-16 questionnaire in postmenopausal women with prevalent vertebral fractures due to osteoporosis.Clin. Exp. Rheumatol., 25:390-403, 2007.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. – European health care reforms: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.

SAMPAIO, L. F. R. – A qualidade do cuidado nas instituições hospitalares brasileiras. Brasília, Banco Mundial, 2004.

SAMPSON, R. J. *et al*. – Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. Science, 277: 918-924, 1997.

SANDERS, K. M. & SATYVAVOLU, A. – Improving blood pressure control in diabetes: limitations of a clinical reminder in influencing physician behavior. J. Contin. Educ. Health Prof., 22: 23-32, 2002.

SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. – SUS, o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS-PRECIADO, J. I. *et al*. – La transición epidemiologica de las y de los adolescentes en México. Salud Pública de México, 45: 140-152, 2003.

SAPAG, J. C. & KAWACHI, I. – Capital social y promoción de la salud en America Latina. Rev. Saude Pública, 41: 139-149, 2007.

SARKOZI, L. *et al*. – The effects of total laboratory management on the clinical chemistry laboratory: retrospectivity analysis of 36 years. Clinica Chimica Acta, 89-94, 2003.

SAULTZ, J. W. & LOCHNER, J. – Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. Ann. Fam. Med., 3: 159-166, 2005.

SAUNDERS, M. – Auditoria: el principio y el fin del ciclo del cambio. In: THOMPSON, J. & PICKERING, S. (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización. Barcelona, Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

SAUNDERS, K. *et al*. – Assessing the feasibility of using computerized pharmacy refill data to monitor antidepressant treatment on a population basis: a comparison of automated and sel-report data. J. Clin. Epidemiol., 51: 883-890, 1998.

SAVAS, S. *et al*. – Contracting models and provider competition. In: SALTMAN, R.B. *et al*. – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.

SAYDAH, S. H. *et al*. – Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. JAMA, 291: 335-342, 2004.

SCHIEL, R. *et al*. – A structured treatment and educational program for patients with type 2 diabetes mellitus, insulin therapy and impaired cognitive functions. Med. Klin., 99: 285-292, 2004.

SCHILLINGER, D. *et al*. – Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA, 288:475-482, 2002.

SCHILLINGER, D. *et al*. – Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch. Intern. Med., 163: 83-90, 2003.

SCHILLINGER, D. *et al*. – Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

SCHMADER, K. E. *et al*. – Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. Am. J. Med., 116: 394-401, 2004.

SCHMIDT, I. *et al*. – The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. J. Am. Geriatr. Soc., 46: 77-82, 1998.

SCHMITTDIEL, J. A. *et al*. – Effect of primary health care orientation on chronic care management. Ann. Fam. Med., 4:117-123, 2006.

SCHMITTDIEL, J. A. *et al*. – Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. J. Gen. Intern. Med., 23: 77-80, 2008.

SCHOEN, C. *et al*. – Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Affairs, 26: 717-734, 2007.

SCHOENBAUM, M. *et al*. – Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. JAMA, 286: 1325-1335, 2001.

SCHOENI, P. Q. – Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

SCHNEIDER, A. L. *et al*. – Informatização dos processos de trabalho em Curitiba: a história do Cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: DUCCI, L. *et al*. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

SCHNEIDER, F.S. *et al*. – Saúde em casa: atenção primária à saúde. In: MARQUES, A.J.S. *et al*. (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

SCHONLAU, M. *et al*. – An evaluation of an adult asthma BTS collaborative and the effect of patient self-management. Annals of Family Medicine, 3: 200-208, 2005.

SCHRAMM, J.M. A. *et al*. – Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9: 897-908, 2004.

SCHÜNEMANN, H. J. – Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. Oslo, Norwegian Centre for the Health Services, 2006.

SCLEGAJ, M. *et al*. – Consumer-directed community care: race/ethnicity and individual differences in preferences for control. Gerontologist, 44: 489-499, 2004.

SCOLLO, M. *et al*. – Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. Tobacco Control, 12:13-20, 2003.

SCOTLAND HEALTH WHITE PAPER – Partnership for care, 2003. Disponível em http://www.scotland;gov.uk/Publications02/16476/18736, acesso em setembro de 2007.

SCOTT, C. & HOFMEYER, A. – Networks and social capital: a relational approach to primary care reform. Health Research Policy and Systems, 5: 9, 2007.

SCOTT, J. C. *et al*. – Cooperative health clinics: a group approach to individual care. Geriatrics, 53: 68-81, 1998.

SCOTT, J. C. *et al*. – Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. British Medical Journal, 325:951-954, 2002.

SCOTT, J. C. *et al*. – Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. J. Am. Geriatr. Soc., 52: 1463-1470, 2004.

SCOTT, J. C. & ROBERTSON, B. – Kaiser Colorado's cooperative health care clinics: a group approach to patient care. Managed Care Q., 4: 41-45, 1996.

SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – O projeto Travessia. Belo Horizonte, SEDESE, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE – A reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe. Aracaju, SESSE, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – Coleção Uma Nova Saúde. Vitória, Gerência de Regulação e Asssistência à Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde/SESES, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL – Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. Santo Domingo, SESPAS, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte, SESMG, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUSFácil MG. Belo Horizonte, SR/SAPS/SESMG, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Oficinas de redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, SESMG/Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Oficina sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2007a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2007b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Manual do prontuário de saúde de família. Belo Horizonte, SESMG, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ – Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará. Fortaleza, SESA, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – O sistema integrado de serviços de saúde. Curitiba, mimeo, Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Oficina de gestão da clínica. Curitiba, mimeo, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Protocolo de assistência pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém nato. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2005a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Protocolo de planejamento familiar. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2005b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA – Projeto de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde de São Pedro, Projeto Integrar. Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

SECRETARIES OF STATE FOR HEALTH – Working for patients. London, HMSO, 1989.

SELTZER, M. M. *et al*. – Professional and family collaboration in *case management*: a hospital-based replication of a community-based study. Social Work in Health Care, 17: 1-22, 1992.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD – Diraya: sistema integrado de información y gestión de la atención sanitaria. Sevilla, Consejeria de Salud, 2007.

SERVICIO CÁNTRABO DE SALUD – Disponível em http://boc.gob.cantabria.es/boc/datos, acesso em julho de 2008.

SHAFEY, O. *et al*. – Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982–1997: case studies in international tobacco surveillance. Cancer,100: 1744–1749, 2004.

SHAMES, R. S. *et al*. – Effectiveness of a multicomponent self-management program in at-risk, school-aged children with asthma. Ann. Allergy Asthma, 92: 611-618, 2004.

SHAW, C. – Medical audit: a hospital handbook. London, King's Fund Centre, 1990.

SHAW, V. – Health information system reform in South Africa: Bulletin of the World Health Organization, 83: 632-639, 2005.

SHEA, S. *et al*. – A randomized trial comparing telemedicine *case management* with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. J. Am. Med. Informat. Assoc., 13: 40–51, 2006.

SHEARER, A. *et al*. – Cost-effectiveness of flexible intensive insulin management to enable dietary freedom in people with Type 1 diabetes in the UK. Diabetic Medicine, 21: 460-467, 2004.

SHEKELLE, P.G. *et al*. – Developing guidelines. British Medical Journal, 318: 593-596, 1999.

SHEPARD, R. J. – Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. American Journal of Health Promotion, 10:436-452, 1996.

SHEPERD, G. & WENCESLAU, J. – Gerindo a atenção primária na cidade de Curitiba. Curitiba, Seminário Melhorando o desempenho da área de saúde no Brasil: lições das inovações do estado de São Paulo e da cidade de Curitiba, 2006.

SHI, L. – Primary care, specialty care, and life chances. International Journal of Health Services, 24: 431- 458, 1994.

SHI, A. *et al*. – Organizing the U.S. health delivery systems for high performance. New York, Commonwealth Fund, 2008.

SHI, L. *et al*. – The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US states, 1980-1995. Journal of the American Board of Family Practice 16:412-422, 2003.

SHI, L. *et al*. – Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. Journal of Epidemiology and Community Health, 58:374-380, 2004.

SHI, L. *et al*. – Primary care, social inequalities, and allcause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and rural areas. Public Health, 119:699-710, 2005.

SHILTS, M. K. *et al*. – Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. Am. J. Health Promot., 19:81-93, 2004.

SHIMAZAKI, M. E. – O prontuário da saúde da família. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2008.

SHIN J.H. *et al*. – Effect of problem-based, self directed undergraduated education on life-long learning. Canadian Medical Association Journal, 148: 969-976, 1993.

SHINYI, W. *et al*. – Sustainability and spread of chronic ilness care improvement. Disponível em http:// www.rand.org/health/projects, acesso em setembro de 2008.

SHOJANIA, K. G. *et al*. – Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA, 296:427-240, 2006.

SHORTELL, S.M. *et al*. – Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. Hosp. Health Service Adm., 38: 447-466, 1993.

SHORTELL, S. M., *et al*. – Reinventig the American hospital. Milbank Quarterly, 73: 131-160, 1995.

SHORTELL, S. M. *et al*. – Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

SHORTELL, S. M. *et al*. – The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. Medical Care, 42: 1040-1048, 2005.

SHORTELL, S. M. & CASALINO, L. – Health care reform requires accountable care systems. JAMA, 300: 95-97, 2008.

SI, D. *et al*. – Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. BMC Health Serv. Res., 5: 56, 2005.

SIBBALD, B. *et al*. – Changing the skill-mix of the health care workforce, J. Health Serv. Res. Policy, 9: 28–38, 2004.

SIBLEY, J.C. *et al*. – A randomized trial of continuing education program. New England Journal of Medicine, 306: 511-515, 1982.

SICHIERI, R. *et al*.- Short stature and hypertension in the city of Rio de Janeiro, Brazil. American Journal of Public Health, 89: 845-850, 2000.

SIDOROV, J. *et al*. – Disease management for diabetes mellitus: impact on hemoglobin A1c. Am. J. Manag. Care, 6:1217-1226, 2000.

SIDOROV, J. *et al*. – Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. Diabetes Care, 25:684-689, 2002.

SIEGEL, M. *et al*. – Trends in adult cigarette smoking in California compared with the rest of the United States, 1978–1994. Am. J. Public Health, 90: 372–379, 2000.

SIERING, U. – Germany. In: NOLTE, E., KNAI, C and McKEE, M. (Editors) – Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

SILVA, A. & VALENTINE, N. – Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Geneva, WHO, 2004.

SILVA, C. A. B. – A educação nos tratamentos das doenças crônico-degenerativas. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, 9: 195-196, 2006.

SILVA, G. A. – Tabagismo. RADIS, 76: 19-20, 2008.

SILVA, J. A. – O agente comunitário do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, Dissertação de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.

SILVA, J. B. *et al*. – Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. – Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro, Medsi Editora Médica e Científica, 6ª. Ed., 2006.

SILVA, L. V. E. R. *et al*. – Factors associated with drugs and alcohol use among university students. Revista de Saúde Pública, 40: 1-8, 2006.

SILVA, S. F. *et al*. – Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, IDISA/CONASEMS, 2008.

SILVA, V.C. – O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública, 2004.

SILVEIRA, L. M. C. & RIBEIRO, V. M. B. – Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. Interface, 9: 91-104, 2005.

SILVÉRIO, J. B. – O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família (PEP). Belo Horizonte, GAPS/SAS/SPAS/SESMG, 2008.

SIMINERIO, L. M. *et al*. – Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. Diabetes Educ., 31: 225-234, 2005.

SIMINERIO, L. M. *et al*. – Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management training programs. Diabetes Educ., 32:253-260, 2006.

SIMOENS, S. & SCOTT, A. – Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. Aberdeen, University of Aberdeen, 1999.

SIMON, G. E. *et al*. – Randomised trial of monitoring, *feedback* and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. British Medical Journal, 320: 550-554, 2000.

SIMON, G. E. *et al*. – Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. Am. J. Psychiatry, 158: 1638-1644, 2001.

SIMON, G.E. *et al*. – Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. Med.Care, 40: 941-950, 2002.

SINCLAIR, D. *et al*. –. Riding the third rail: the store of Ontario's health services restructuring commission, 1996- 2000. Montreal, The Institute for Research on Public Policy, 2005.

SINGH, D. – Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham, University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005a.

SINGH, D. – Wich staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature. Birmingham, Health Services Management Centre, 2005b.

SINGH, D. – How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

SINGH, D. & HAM, C. – Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

SJOSTROM, M. *et al*. – Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. Journal of Public Health, 14: 291-300, 2006.

SLAETS, J. P. *et al*. – A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. Psychosom. Med., 59: 585-591, 1997.

SMITH, R. – Improving the management of chronic disease. British Medical Journal, 327: 12, 2003.

SMITH, S. *et al*. – The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. Fam. Pract., 21: 39-45, 2004.

SMITH-BINDMAN, R. *et al*. – Physician predictors of mammographic accuracy. Journal of National Cancer Institute, 97: 358-367, 2005.

SMITS, P. B. *et al*. – Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. British Medical Journal, 324: 153-156, 2002.

SNYDER, L. *et al*. – Effects of advertising exposure on drinking among youth. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 160:18-24, 2006.

SOLER, O. – O farmacêutico clínico na equipe do Programa de Saúde da Família em Janaúba, Minas Gerais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SOJO, A. – Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile, CEPAL, Serie Políticas Sociales nº 39, 2000.

SOLBERG, L. I. *et al*. – Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. Ann. Fam. Med., 4:310-316, 2006.

SOLDERA, M. *et al*. – Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26: 174-179, 2004.

SOLLA, J. J. P. *et al*. – O PACS na Bahia: avaliação dos trabalhos dos agentes comunitários da saúde. Saúde em Debate, 51: 4-15, 1996.

SOMMERS, L. S. *et al*. – Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Arch. Intern. Med., 160: 1825-1833, 2000.

SOUSA, J.P. de A. – Ciclo PDCA: um instrumento para melhoria contínua. Rio de Janeiro, Petrobrás Engenharia, 2006.

SOUSA, M. F. – Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo, Ed. Hucitec, 2001.

SOUSA, M. F. – Agentes Comunitários de Saúde (ACS): uma estratégia revolucionária em risco. Saúde Coletiva, 4: 6-7, 2008.

SOUZA, D. P. O. *et al*. – Alcohol and alcoholism among Brazilian adolescent public-school students. Revista de Saúde Pública, 39:1-8, 2005.

SOUZA, G. S. & DUARTE, M. F. S. – Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. Rev. Bras. Med. Esporte, 11: 104-108, 2005.

SO WY, T. *et al*. – Effect of protocol-driven care versus usual outpatient clinic care on survival rates in patients with type 2 diabetes. Am. J. Manag. Care, 9: 606-615, 2003.

SPASOFF, R. – Epidemiologic methods for health policy. New York, Oxford University Press, 1999.

SPASOFF, R. – Doença crônica: a epidemia real. Washington, Pan-American Health Organization, PAHO/OMS Guest for Speaker Lecture on Chronic Disease Epidemiology, 2011.

SPERL-HIDDEN, J. M. *et al*. – Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. Jt. Comm. J. Quality Improv., 26:615-622, 2000.

SPERL-HILLEN, J. M *et al*. – Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? Jt. Comm. J. Qual. Saf., 30:303-309, 2004.

SPERL-HIDDEN, J. M. & O'CONNOR, P. J. – Factors driving diabetes care improvement in a large medical group: ten years of progress. Am. J. Man. Care, 11: 177-185, 2005.

STACY, A. *et al*. – Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. American Journal of Health Behavior, 28:498-509, 2004.

STAFFORD, R. S. *et al*. – Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. Arch. Fam. Med., 8:26-32, 1999.

STANFORD PATIENT EDUCATION RESEARCH CENTER – Patient education in Department of Medicine. Disponível em http://www.patienteducation.stanford.edu, acesso em dezembro de 2008.

STANLEY, E. – Managing chronic disease: what can we learn from the US experience? London, King's Fund, 2004.

STAREY, N. – What is clinical governance. Hayward Medical Communications, 1999.

STARFIELD, B. – Primary care and health: a cross-national comparison. JAMA, 266: 2268-2271, 1991.

STARFIELD, B. – Is primary care essential? Lancet, 344:1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. – Is strong primary care good for health outcomes? In: GRIFFIN, J, (Editor) – The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995. London: Office of Health Economics,18-29, 1996.

STARFIELD,B. – First contact. Boston Review, 25:15, 2000.

STARFIELD, B. – Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. – Entrevista. Boletim Saúde para Todos, 1:1, 2005.

STARFIELD, B. – Challenges to research on equity in health. Adelaide, 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health, 2006.

STARFIELD, B. – Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. Recife, Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados, 2007.

STARFIELD, B. – The primary solution: put doctors where they count. Boston Review. Disponível em http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html, acesso em dezembro de 2008.

STARFIELD, B. *et al*. – Primary care contributions to health systems and health. Milbank Q., 83: 457-502, 2008.

STARFIELD, B. & SHI, L. – Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy, 60:201-216, 2002.

STARR, P. – The logic of health care reform. New York, Penguin Books, 1994.

STEFFENS, B. – Cost-effective management of type 2 diabetes: providing quality care in a cost constrained environment. Am. J. Man. Care; 6: 697-703, 2000.

STEINWEG, K. K. *et al*. – The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. Mil. Med., 163: 139-144, 1998.

STEPHEN, A. *et al*. – Environmental health in developing countries: an analysis of intra-urban differentials using existing data. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994.

STEVENSON, F. A. *et al*. – A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. Health Expectations, 7: 235-245, 2004.

STEVENSON, K. *et al*. – Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study, Fam. Pract, 18: 21-26, 2001.

STEWART, M. *et al*. – The impact of patient-centered care on outcomes. J. Fam. Pract., 49: 796-804, 2000.

STEWART, S. *et al*. – An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK: can we afford not to implement it? Eur. Heart J. 23:1369-1378, 2002.

STREET, A. & DUCKETT, S. – Are waiting lists inevitable? Health Policy, 36: 1-15, 1996.

STREET, R. L. *et al*. – Patient participation in medical consultations. Med. Care, 43: 960-969, 2005.

STROEBEL, R. J. *et al*. – A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. Jt. Comm. J. Qual. Imp., 28: 441- 450, 2002.

STROEBEL, R. J. *et al*., – Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. J. Health Care Poor Underserved, 16:286-296, 2005.

STROKE UNIT TRIALLISTS'COLLABORATION – Organised inpatient care for stroke. In: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, John Wiley & Sons, 2004.

STROMBERG, A. *et al*. – Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. Eur. Heart J., 24: 1014-1023, 2003.

STRUTHERS, R. *et al*. – The experience of native peer facilitators in the campaign against type 2 diabetes. J. Rural Health, 19: 174-180, 2003.

STUCK, A. E. *et al*. – Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet, 342: 1032-1036, 1993.

STURM, R. – The economics of physical activity: societal trends and rationales for interventions. American Journal of Preventive Medicine, 27:126–135, 2004.

SUBBE, C. P. *et al*. – Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. Emergency Medicine Journal, 23: 841-845, 2006.

SUHRCKE, M. *et al*. – Economic cost of ill health in the European Region. Copenhagen, World Health Organization, Observatory on Health System and Policies, 2008.

SULCH, D. *et al*. – Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. Stroke, 31: 1929-1934, 2000.

SULCH, D. *et al*. – Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? a randomized controlled trial. Age Ageing, 31: 175-179, 2002a.

SULCH, D *et al*. – Integrated care pathways and quality of life on a stroke rehabilitation unit. Stroke, 33: 1600-1604, 2202b.

SUÑOL, R. *et al*. – Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. Med. Clin., 112: 97-105, 1999.

SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA – Mortalidade infantil em Minas Gerais por microrregiões sanitárias. Belo Horizonte, SE/SVS/SESMG, 2008.

SVOREN, B. M. *et al*. – Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial. Pediatrics, 112: 914-922, 2003.

SWAIN, D. *et al*. – Accessing information about health and social care services. Oxford, Picker Institute Europe, 2007. Disponível em http://www.pickereurope.org, acesso em dezembro de 2007.

SWIDER, S. M. – Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. Pub. Health Nurs., 19: 11-20, 2002.

SZECSENYI, J. *et al*. – German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. Diabetes Care, 31: 1150-1154, 2008.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. – Vigilância da mortalidade infantil: aplicação da epidemiologia na prática de saúde. In: DUCCI, L. *et al*. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

TAPSCOTT, D. – A inteligência está na rede. São Paulo, Revista Veja nº 15, Edição 2.212:19-23, 2011.

TAYLOR, C.T. *et al*. – Improving care in rural Alabama with pharmacy initiative. Am.J.Health Syst. Pharm., 60: 1123-1129, 2003.

TAYLOR, K. I. *et al*. – Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care. Biol. Res. Nurs., 6: 207-215, 2005.

TEIXEIRA, M. B. – Empoderamento dos idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

TEIXEIRA, M.G. – O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. Revista de Direito Sanitário, 4: 85-96, 2003.

TEIXEIRA, S. S. – Implantação de grupos operativos e educativos com consulta de enfermagem para clientes portadores de diabetes mellitus insulino dependente na Unidade Básica Centro, Ipatinga. Belo Horizonte, Dissertação de Especialização, Escola de Enfermagem da UFMG, 1997.

TELYUKOV,A – Guia para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina. Washington, La Iniciativa Regional de Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe, Cadernos Especiales nº 5, 2001.

TEMMINK, D. *et al*. – Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? Arthritis Rheum., 45: 280-286, 2001.

TERRY, K. – Should doctors see patients in group sessions? Medical Economics, 74: 74-95, 1997.

TESTA, M. – Pensar en salud. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1989.

TESTA, M.A. & SIMONSON, D.C. – Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 Diabetes: a randomized, controlled clinical trial. JAMA, 280:1490-1496, 1998.

TEXAS, A. & M LIBRARIES – Transportation barriers to health care: assessing the Texas Medicaid program, 2007. Disponível em http://handle.tamie.edu/1969.1/6016 acesso em setembro de 2007.

THE AGREE COLLABORATION – Agree Instrument. London, St. George's Hospital Medical School, 2001.

THE LANCET – First lessons from the Bristol case, Editorial. The Lancet, 351: 1669, 1998.

THOMAS, L. *et al*. – Guidelines in professions aliied to medicine (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

THOMPSON, D. *et al*. – Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. Obesity Research, 9:210–218, 2001.

THOMPSON, E. – The power of group visits. Modern Healthcare, 5: 54-62, 2000.

THOMSON, O. *et al*. – Education outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: THE COCHRANE LIBRARY, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

TIERNEY, W.M. *et al*. – Can computer-generated evidence-based care suggestions enhance evidence-based management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease? a randomized, controlled trial, Health Serv. Res., 40: 311–315, 2005.

TIMKO, C. *et al*. – Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 60:437-447, 1999.

TIMPKA, T. *et al*. – Long-term economic effects of team-based clinical *case management* of patients with chronic minor disease and long-term absence from working life. Scand. J. Soc. Med., 25: 229-237, 1997.

TOBACCO ADVISORY GROUP OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS – Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, 2000. Disponível em http://www.rcplondon.ac.uk, acesso em julho de 2007.

TODD, W.E. – Strategic alliances. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) – Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

TORRES, H. C. *et al*. – A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cadernos de Saúde Pública, 19: 1039-1047, 2003.

TORRES, J. A. – A redução do parto cesáreo: o papel do SUS e da saúde suplementar. Belém, CONASEMS, 2008.

TOWNSEND, J. *et al*. – Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomised controlled trial. British Medical Journal, 297: 544-548, 1998.

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. – Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 20: 5190- 5198, 2004.

TRAVASSOS, C. *et al*. – Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro, DIS/CICT/FIOCRUZ, 2005.

TRAVASSOS, C. *et al*. – Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva, 11: 975-986, 2006.

TROSA,S. – Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro, Editora Revan, 2001.

TSAI, A. C. *et al*. – A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. American Journal of Managed Care, 11: 478-488, 2005.

TSCHOPP, J. M. *et al*. – Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. Swiss Med. Wkly., 132: 92-97, 2002.

TSUYUKI, R. T. *et al*. – A multicenter disease management program for hospitalized patients with heart failure. J. Card. Fail., 10: 473-480, 2004.

TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE – Population-based health care: definitions and applications. Disponível em http://www.thci.org, acesso em setembro de 2008.

TUNNIS, S.R. *et al*. – Internists attitudes about clinical practice guidelines. Annals of Internal Medicine, 120: 956-963, 1994.

TURNER, D. *et al*. – Do patients value continuity of care in general practice? an investigation using stated preference discrete choice experiments. J. Health Serv. Res. Policy, 12: 132–137, 2007.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP – Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in Type 2 diabetes: UKPDS 38. British Medical Journal, 317: 703-713, 1998.

UNGER, J.P. & KILLINGSWORTH, J. – Selective primary health care: a critical view of methods and results. Sci. Medicine, 22: 1001-1013, 1986.

UNIDAS – Medicina preventiva reduz custos nos planos de saúde. Jornal da UNIDAS, 14: 2-3, 2004.

UNITED HEALTHCARE – NHS Modernisation Agency, Disponível em http/www.natpact.nhs.uk/cms/4.php, acesso em junho de 2007.

UPEKLAR, M. & RAVIGLIONE, M. C. – The "vertical-horizontal" debates: time for the pendulum to rest (in peace)? Bulletin of the World Health Organization, 85: 413-414, 2007.

UNUTZER, J. *et al*. – Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA, 288: 2836-2845, 2002.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, HSH, 2004.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – US national healthcare quality report 2005. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General, 2004. Disponível em http://www.cdc.gov/tobacco, acesso em janeiro de 2008.

VALENTE, V. – O programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão da saúde. Curitiba, I Simpósio Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde, 2004.

VAN DAM, H. A. *et al*. – Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S.: men. Annals of Internal Medicine, 136:201–209, 2002.

VAN DAM, H. A. *et al* – Provider-patient interaction in diabetes care. Patient Educ. Couns., 51: 17-28, 2003.

VANDERBILT MEDICAL CENTER – Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: SCHOENI, P. Q. – Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

VAN DOORSLAER, E. *et al*. – The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics, 18:291-313, 1999.

VAN DOORSLAER, E. *et al*. – Explaining income-related inequalities in doctor utilization. European Health Economics, 13: 629-647, 2004.

VAN WALBEEK, C. – Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned. Geneva, World Health Organization, 2003

VARGAS, I.L. *et al*. – Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña. In: VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. – Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VARGAS, H. *et al*. – Do collaborative quality improvement programs reduce cardiovascular risk for persons with diabetes? Disponível em http://www.rand.org/health/projects, acesso em setembro de 2008.

VARROUD-VIAL, M. *et al*. – Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. Diabetes Metab., 25: 55-63, 1999.

VASCONCELOS, W. – Cartão Nacional de Saúde: você ainda vai ter um. RADIS, 30: 8-10, 2005.

VÁZQUEZ, M.L.N. *et al*. – Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Pública, 79: 633-643, 2005.

VÁZQUEZ, M. L. N. *et al*. – Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. In: VÁZQUEZ,M. L. N. & VARGAS, I. V. – Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. – Redes integradas de servicios de salud: solución o problema? Ciencias de la Salud, 4: 5-9, 2006.

VETTER, M.J. *et al*. – A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse *case management* and community health workers. Home Health C. Nurse, 22: 645-648, 2004.

VÍA, J.M. – Experiências internacionais: a experiência da Catalunha. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL – Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

VICTORA, C. G. *et al*. – A saúde pública no centro de um mundo em crise. RADIS, 76: 14-32, 2008.

VILLALBI, J. R. *et al*. – An evaluation of the impact of primary care reform on health. Atención Primaria, 24:468-474, 1999.

VLIELAND T. P. V. *et al*. – The two-year follow-up of a randomized comparison of in-patient multidisciplinary team care and routine out-patient care for active rheumatoid arthritis. Br. J. Rheumatol., 36: 82-85, 1997.

VOGEL, R. L. & ACKERMANN, R. J. – Is primary care physician supply correlated with health outcomes? International Journal of Health Services, 28:183-196, 1998.

VON DEM KNESEBECK, O. *et al*. – Education and health in 22 European countries. Social Science & Medicine, 63:1344–1351, 2006.

VON KORFF, M. *et al*. – Collaborative management of chronic illness. Annals of Internal Medicine, 127: 1097-1102, 1997.

VON RENTELN-KRUSE, W. *et al*. – Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg. Z. Gerontol. Geriatr., 36: 378-391, 2003.

VRIJHOEF, H. J. *et al*. – Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. Patient Educ. Couns., 41: 243-250, 2000.

VRIJHOEF, H. J. *et al*. – Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. British Medical Journal, 323:983-985, 2001.

VRIJHOEF, H. J. *et al*. – Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physician. J. Clin. Nurs., 12: 366-373, 2003.

VUORI, H. – The role of the schools of public health in the development primary health care. Health Policy, 4: 221-230, 1985.

WADDELL, D. L. – The effect of continuing education on nursing practice: a meta-analysis. J. Cont. Educ. Nurs., 22: 113-118, 1991.

WAGNER, E. H. – Population-based management of diabetes care. Patient Education and Counselling, 26: 225-230, 1995.

WAGNER, E. H. – Preventing decline in function: evidence from randomised trials around the world. West J. Med., 167: 295-298, 1997.

WAGNER, E. H. – Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998.

WAGNER, E. H. – The role of patient care teams in chronic disease management. British Medical Journal, 320: 569-572, 2000.

WAGNER, E. H. – The changing face of chronic disease care. In: SCHOENI, P. Q. – Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/ The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

WAGNER, E. H. *et al*. – Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q., 74: 511-544, 1996.

WAGNER, E.H. *et al*. – A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manag. Care Q., 7: 56-66, 1999.

WAGNER, E.H. *et al*. – Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt. Comm. J. Qual. Improv., 27: 63-80, 2001.

WAGNER, E. H. *et al*. – Finding common ground: patient centeredness and evidence-based chronic illness care. J. Altern. Complement. Med., 11: 7-15, 2005.

WAISER, L. J. & BLUSTEIN, J. – Faithful patients: the effect of long-term physicians-patient relationships on the costs and use of health care by older americans. Am. J. Public Health, 86: 1742-1747, 1996.

WAIT, S. – Benchmarking: a policy analysis. London, The Nuffield Trust, 2004.

WAITZKIN, H. – Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. JAMA, 252: 2441-2446, 1984.

WALKER, B. & HASLETT, T. – System dynamics and action research in aged care. Aust. Health Rev., 24: 183-191, 2001.

WALLACE, P. J. – Physician involvement in disease management as part of the CCM. Health Care Financ. Rev., 27: 19-31, 2005.

WALSH, J. M. *et al*. – Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. Med. Care, 44:646-657, 2006.

WALSH, M. N. *et al*. – Do disease management programs for patient with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. Am. J. Manag. Care, 8: 937-946, 2002.

WAN, T.T.H. *et al*. – Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems, 26: 127-143, 2002.

WANG, A. *et al*. – The North Carolina experience with the diabetes health disparities collaboratives. Jt. Comm. J. Qual. Saf., 30:396-404, 2004.

WAREHAM, N. J. *et al*. – Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. Proceedings of the Nutrition Society, 64: 229–247, 2005.

WARNER, M. – Implementing health care reforms through substitution. Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.

WARNER, M.N. – Integrated care developments in Europe. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

WARSI, A. *et al*. – Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. Arthritis Rheum., 48: 2207-2213, 2003.

WARSI, A. *et al*. – Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. Arch. Intern. Med., 164: 1641-1649, 2004.

WASSON, J. H. *et al*. – Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. JAMA, 267: 1788-1793, 1992.

WASSON, J. H. *et al*. – Microsystems in health care: part 4, planning patient-centered care. Jt. Comm. Qual. Saf., 29: 227-237, 2003.

WEINBERGER, M. *et al*. – Social service interventions for caregivers of patients with dementia: impact on health care utilization and expenditures. J. Am. Geriatr. Soc., 41: 153-156, 1993.

WEINBERGER, M. *et al*. – A nurse coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. J. Gen. Int. Med., 10: 59-66, 1995.

WEINBERGER, M. *et al*. – Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? N. Engl. J. Med., 334: 1441-1447, 1996.

WEINGARTEN, M.A. *et al*. – A pilot study of the multidisciplinary management of childhood asthma in a family practice. Journal of Asthma, 22: 261-265, 1985.

WEINGARTEN, S. R. *et al*. – Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain: an interventional trial. Annals Intern. Med., 120: 257, 1994.

WEINGARTEN, S.R. *et al*. – Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness: wich ones work? Meta-analysis of published reports. British Medical Journal, 325: 925-932, 2002.

WEISS L.J. & BLUSTEIN, J. – Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am. J. Public Health, 86:1742-1747, 1996.

WELCH, W. P *et al*. – Geographic variation in expenditures for physician's services in the United States. N. Engl. J. Med., 328: 621-627, 1993.

WELLINGHAM, J. *et al*. – The development and implementation of the chronic care management programme in Counties Manukau. NZ. Med. J., 116: 327, 2003.

WELLS, K.B. *et al*. – Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled Trial. JAMA, 283: 212–220, 2000.

WENNBERGH, J. & GITTELSOHN, A – Small area variations in health care delivery. Science, 182: 1102-1108, 1973.

WENSING, M. *et al*. – The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: a validation study in rural general practice. BMC Health Serv. Res., 8:182, 2008.

WEST, R. & SOHAL, T. – Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. British Medical Journal, 332:458-460, 2006.

WETZELS, R. *et al*. – GP's views on involvement of older patients: an European qualitative study. Patient Educ. Couns., 53: 183-188, 2004.

WHEELER, J. R. *et al*. – Can a disease self-management program reduce health care costs?: the case of older women with heart disease. Med. Care, 41: 706-715, 2003.

WHITE, B. – Building a patient registry from the ground up. Family Practice Management, 6: 43-45, 1999.

WHITEHEAD, M. – The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, 22: 429–445, 1992.

WHITLOCK, E. P. *et al*. – Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, 140: 557-568, 2004.

WHITLOCK, W. L. *et al*. – Telemedicine improved diabetic management. Mil., Med., 165: 579-584, 2000.

WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES – Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMICS, 2008 – The MPOWER package. Geneva, WHO, 2008.

WIEDENMAYER, K. *et al*. – Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Geneva, World Health Organization, 2006.

WILLIAMS, G. C. *et al*. – Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. Diabetes Care, 21:1644-1651, 1998.

WILLIAMS, H. *et al*. – Do follow-up home visits by military nurses of chronically ill medical patients reduce readmissions? Mil. Med., 159:141-144, 1994.

WILLIAMS, J. G. *et al*. – Open access follow up for inflammatory bowel disease: pragmatic randomised trial and cost effectiveness study. British Medical Journal. 320: 544-548, 2000.

WILLIAMS, M. E. *et al*. – How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: a report of a randomized controlled trial. J. Am. Geriatr. Soc., 35: 1071-1078, 1987.

WILLIAMS, M. V. *et al*. – Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. JAMA, 274:1677-1682, 1995.

WILSON, A. & CHILDS, S. – The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. Br. J. Gen. Pract., 52:1012-1020, 2002.

WILSON, T. *et al*. – What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29:85-93, 2003.

WIN, K. & SCHILLINGER, D. – Understanding and warfarin therapy and stroke among ethnically diverse anticoagulation patients at a public hospital. Journal of General Internal Medicine, 18:278, 2003.

WINDLE, J. & MACKWAY-JONES, K. – Validity of triage systems: use a correct outcome measure. Emergency Medicine Journal, 20: 119-120, 2003.

WITMER, A. *et al*. – Community health workers: integral members of the health care work force. Am. J. Public Health, 85: 1055-1058, 1995.

WOLF, F. M. *et al*. – Educational interventions for asthma in children.Cochrane Database Syst. Rev., 1, CD000326, 2003.

WOOLF, S.H. *et al*, – Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. British Medical Journal, 318: 527-530, 1999.

WORLD BANK – Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Brasilia, Brazil Country Management Unit, Worls Bank, Report nº 35691-BR, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, Geneva, WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Integration of health care delivery: report of a WHO study group. Geneva, WHO, Technical Report Series nº 861, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva,World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption: seconf report. Copenhagen. World Health Organization, WHO Technical Reports nº 944, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics 2008. Geneva, WHO, 2008c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Primary health care: now more than ever. Geneva, The World Health Report 2008, 2008d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL FEDERATION OF SPORTS MEDICINE – Exercises for health. Bulletin of the World Health Organization, 73: 135-136, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD ECONOMIC FORUM – Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and phisical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva, World Health Organization, 2008.

WRIGHT, S. P. *et al*. – Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. Eur. J. Heart Fail., 5: 371-380, 2003.

YARNALL, K. S. *et al*. – Primary care: is there enough time for prevention? Am. J. Public Health, 93: 635-641, 2003.

YOUNG, D.W. & McCARTHY, S.M. – Managing integrated delivery systems: a framework for action. Chicago, Health Administration Press, 1999.

ZELMAN, W. A & BERENSON, R. A – The managed care blues and how to cure them. Washington, Georgetown University Press, 1998.

ZHOU, Y. *et al*. – Patient access to an eletronic health record with secure messaging: impact on primary care utilization. American Journal of Managed Care, 13: 418-424, 2007.

ZIGURAS, S. J. & STUART, G. W. – A meta-analysis of the effectiveness of mental health *case management* over 20 years. Psychiatr. Serv., 51: 1410-1421, 2000.

ZITTER,M. – A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD, W.E. & NASH,D. (Editors) – Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Co., 1996.

ZWAR, N. A. *et al*. – Do multidisciplinary care plans result in better care for patients with type 2 diabetes? Australian Family Physician, 36: 85-89, 2007.

ZWARENSTEIN, M. & BRYANT, W. – Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, John Wiley & Sons, 2004.

ISBN: 978-85-7967-075-6

“Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona”. Esta advertência da Organização Mundial da Saúde está na base da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, no Brasil e no mundo. Para superá-la são necessárias mudanças profundas que convocam a implantação de sistemas integrados, coordenados pela APS: as redes de atenção à saúde. Esta é a tese central deste livro que se sustenta em robustas evidências científicas.

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

CONASS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE