

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes

Brasília-DF

2015

© 2015 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

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: 1.ª edição – 2015 – 3.000 exemplares

Elaboração:
Eugênio Vilaça Mendes

Capa e Diagramação:
Marcus Carvalho

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Mendes, Eugênio Vilaça

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
193 p.: il.

ISBN: 978-85-8071-034-2

1. Gestão em saúde 2. Atenção à Saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. II. Título.

NLM: W 84

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

SUMÁRIO

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	11
PREFÁCIO	13
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	19
As Redes de Atenção à Saúde	19
Os elementos constitutivos das RAS	21
A população.	21
A estrutura operacional das RAS	22
Os Modelos de Atenção à Saúde	24
O conceito de condições de saúde	25
Os modelos de atenção aos eventos agudos	27
Os modelos de atenção às condições crônicas	29
A Atenção Primária à Saúde	29
Uma breve história da APS.	29
As interpretações da APS na prática social	31
Os atributos e as funções da APS nas RAS	33
As evidências sobre a APS na literatura internacional	34
Os modelos de APS	37
Um novo ciclo da APS no SUS: o ciclo da estratégia da saúde da família	40
CAPÍTULO 2 – A DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	45
A APS não é simples	45
A crise da APS no plano micro da clínica	46
A natureza complexa da demanda na APS	48
Os problemas que se apresentam na APS	48
A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	49
A demanda na APS.	51
A demanda na APS é quantitativamente muito ampla	51
A APS tem alta capacidade de resolução dos problemas.	52
A demanda na APS é concentrada em mulheres, crianças, adultos e pessoas idosas	54
A demanda na APS envolve um amplo espectro de problemas, motivos de consulta ou condições de saúde	54
A demanda na APS é concentrada em poucos problemas, motivos de consulta ou condições de saúde.	54

Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se numa relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada	59
Os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas	60
A demanda na APS envolve uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos	60
A demanda na APS é concentrada num grupo de pessoas hiperutilizadoras	61
A demanda na APS é concentrada em enfermidades	65
A demanda na APS apresenta variações sazonais e temporais	67
A demanda administrativa é muito significativa na APS	67
A demanda por cuidados preventivos é muito significativa na APS	68
A demanda por atenção domiciliar é muito significativa na APS	68
Os diferentes perfis de demanda na APS	69
CAPÍTULO 3 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS	71
O ajuste entre a estrutura da demanda e da oferta na APS	71
As bases operacionais da construção social da APS	74
O Modelo de Donabedian	74
A gestão por processos	75
A estratégia educacional do processo de construção social da APS.	77
O processo da construção social da APS: a metáfora da casa	79
A construção do alicerce da casa: as intervenções na estrutura e nos macroprocessos e nos microprocessos básicos da APS	80
As intervenções na estrutura	80
Os macroprocessos e os microprocessos básicos da APS.	81
Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos	82
Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades.	82
Os macroprocessos da atenção preventiva	83
Os macroprocessos das demandas administrativas	85
Os macroprocessos da atenção domiciliar	85
Os macroprocessos do autocuidado apoiado.	86
O resultado final do processo da construção social da APS: equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta	87
CAPÍTULO 4 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	89
Os modelos de coordenação nas organizações: o modelo de Mintzberg	89
A coordenação da atenção à saúde	91
Os problemas da falta de coordenação da atenção à saúde	91
As taxas de referência e a coordenação da atenção à saúde	93
A importância da coordenação da atenção à saúde	94

O conceito de coordenação da atenção à saúde	95
Os mecanismos de coordenação da atenção à saúde	97
A normalização das habilidades	98
A normalização dos processos de trabalho	99
A normalização dos resultados	101
O ajustamento mútuo por comunicação informal	103
O ajustamento mútuo por grupos de trabalho	103
O ajustamento mútuo por postos de enlaçamento	104
O ajustamento mútuo por comitês permanentes	106
O ajustamento mútuo por matriciamento	106
O ajustamento pelo sistema de informação clínica	107
O ajustamento mútuo pela supervisão direta	108
Os modelos de coordenação da atenção à saúde: o modelo da coordenação do cuidado	108
CAPÍTULO 5 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	123
Os sistemas de atenção à saúde	123
A estrutura funcional dos sistemas de atenção à saúde: as macrofunções de regulação, financiamento e prestação de serviços	124
A macrofunção de regulação	125
A macrofunção de financiamento	126
A macrofunção de prestação de serviços	127
A dinâmica das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde	127
Os papéis da regulação estatal do SUS	129
O sistema de acesso regulado à atenção à saúde	129
A regulação assistencial nas Redes de Atenção à Saúde	131
O conceito de regulação assistencial	131
Os lugares da regulação assistencial nas RAS	132
A mudança do modelo de gestão dos sistemas de atenção à saúde: do modelo da gestão da oferta para o modelo da gestão da saúde da população	135
Os fundamentos da regulação assistencial da saúde da população nas condições crônicas não agudizadas	144
O princípio da suficiência	144
A complementaridade entre a APS e a atenção especializada	146
A estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas	147
Os modelos de atenção às condições crônicas	148
O CCM	148
O Modelo da Pirâmide de Risco (MPR)	150
O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	152
As tecnologias de gestão da clínica no campo da regulação assistencial	155

As diretrizes clínicas	156
A gestão da condição de saúde	156
A gestão de caso	160
A lista de espera	160
Uma mudança necessária na regulação assistencial do SUS: da regulação assistencial com base na gestão da oferta para a regulação assistencial com base na gestão da saúde da população	163
O modelo da regulação assistencial com base na gestão da oferta e seu esgotamento . . .	163
A regulação assistencial com base na saúde da população	167
A aplicação da regulação assistencial com base na saúde da população nas referências entre a APS e a atenção ambulatorial especializada	170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1.	A mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	20
Figura 2.	A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde	23
Figura 3.	O modelo de atenção aos eventos agudos	27
Figura 4.	Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde	33
Figura 5.	A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	50
Figura 6:	Os diferentes perfis de demanda na APS	69
Figura 7:	Os perfis de oferta e de demanda na APS	73
Figura 8:	O modelo de Donabedian	74
Figura 9:	A metáfora da casa na construção social da APS	80
Figura 10:	O Modelo da Coordenação do Cuidado	116
Figura 11:	Os componentes e as relações nos sistemas públicos de atenção à saúde	123
Figura 12:	A evolução do <i>mix</i> estatal/privado das três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde conforme o grau de desenvolvimento dos países	128
Figura 13:	A regulação assistencial na atenção aos eventos agudos e na atenção às condições crônicas não agudizadas	133
Figura 14:	O Modelo de Atenção Crônica	149
Figura 15:	O Modelo da Pirâmide de Risco	150
Figura 16:	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas	152
Figura 17.	As tecnologias de gestão da clínica	155

QUADROS

Quadro 1:	O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS	71
Quadro 2:	O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na APS	88
Quadro 3:	Tipos de mecanismos de coordenação da atenção à saúde	98
Quadro 4:	As diferenças entre as clínicas da atenção primária à saúde e da atenção especializada	147
Quadro 5:	Planilha de programação da hipertensão arterial	159
Quadro 6:	As características da regulação assistencial com base na gestão da oferta	164
Quadro 7:	A regulação assistencial com base na gestão da saúde da população	168
Quadro 8:	Matriz de regulação da demanda e da oferta nos sistemas de atenção à saúde.	170

TABELAS

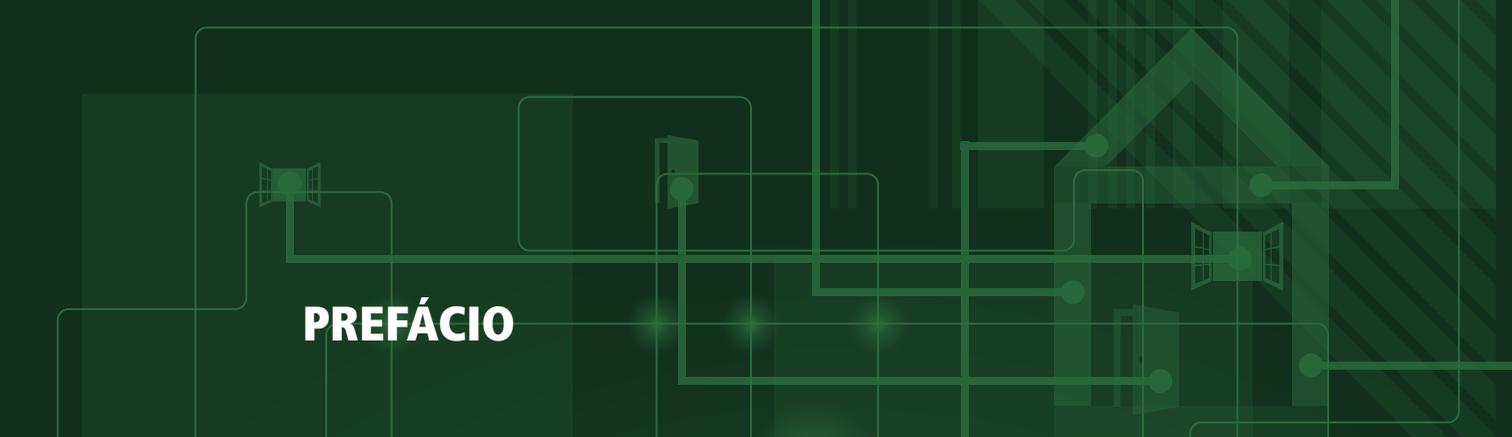
Tabela 1:	Proporção de encaminhamentos para os cuidados secundários e terciários para problemas identificados na atenção primária, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 1999	52
Tabela 2:	Especialidades médicas mais referenciadas pela APS, Florianópolis	53
Tabela 3:	Problemas mais frequentes na demanda na APS, Florianópolis	55
Tabela 4:	Motivos de consultas mais frequentes, Florianópolis	58
Tabela 5:	Frequência dos tipos de atendimentos na APS	60
Tabela 6:	Custos da atenção em diferentes pontos de atenção à saúde	145
Tabela 7:	Tempos gastos na atenção pelas pessoas usuárias em diferentes pontos de atenção à saúde	146

BOXES

Boxe 1:	O caso da Sra. G	110
Boxe 2:	O caso da Sra. H	120

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

- AAE:** Atenção Ambulatorial Especializada
- AIS:** Ações Integradas de Saúde
- APS:** Atenção Primária à Saúde
- AVE:** Acidente Vascular Encefálico
- CCM:** Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*)
- CID:** Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- ESF:** Estratégia da Saúde da Família
- INAMPS:** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- KP:** Kaiser Permanente
- MBE:** Medicina Baseada em Evidência
- MPR:** Modelo da Pirâmide de Risco
- MACC:** Modelo de Atenção às Condições Crônicas
- NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- POP:** Procedimento Operacional Padrão
- PSA:** Antígeno Prostático Específico
- PSF:** Programa de Saúde da Família
- RAS:** Rede de Atenção à Saúde
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- UPA:** Unidade de Pronto-Atendimento
- WONCA:** Organização Mundial de Médicos de Família



PREFÁCIO

Eugênio Vilaça Mendes é um profundo conhecedor dos temas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Atenção Primária à Saúde (APS). Nos últimos anos tem se dedicado integralmente a estudar e pesquisar o assunto no Brasil e em outros países, além de acompanhar os laboratórios de inovação da APS promovidos pela Organização Pan Americana de Saúde (Opas) e pelo CONASS, com envolvimento de outros parceiros.

Os laboratórios realizados pelo CONASS são desenvolvidos baseados numa proposta teórico metodológica desenhada para formação de redes de atenção à saúde e consiste em testar e validar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Mendes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos modelos de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), Cuidados Crônicos, de Wagner (1998), e Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente, de Bengoa, Porter e Kellogg (2008).

Esses laboratórios têm mostrado a potência do modelo, a possibilidade concreta de fortalecer a APS, seja pela mudança do processo de trabalho das equipes, pela integração entre os profissionais e entre os níveis de atenção, e a consequente satisfação dos usuários, razão de ser de todo sistema de saúde.

O sucesso na implantação das diversas redes temáticas depende da transformação da APS, que deve efetivamente coordenar o cuidado e ser responsável pelo fluxo do cidadão na rede, nos diversos pontos de atenção, considerando o contexto micro e macro regional, e as necessidades do cidadão.

Esse livro é fruto dos estudos, pesquisas e experiências vividos pelo autor, que traz uma proposta concreta de “como fazer” essa transformação, que a população precisa e os profissionais e gestores anseiam.

Como Mendes sempre refere, basta de fazer “mais do mesmo”! Urge mudar a forma de organizar os serviços no sentido de enfrentar os problemas de saúde, frente a um modelo de atenção ainda hegemônico, em um país que atravessa uma importante transição demográfica e epidemiológica.

A construção social da APS é uma proposta prática que aborda formas de reorganizar o trabalho das equipes de atenção primária e das unidades de saúde, com educação permanente, utilizando o MACC, o Procedimento Operacional Padrão (POP), a Regulação Assistencial aos eventos agudos e na atenção as condições crônicas não agudizadas.

Convido-os portanto à leitura, que traz uma contribuição relevante tanto do ponto de vista teórico como prático, do conceito de RAS, os elementos que a constitui, o modelo de atenção, a importância da organização dos serviços de forma regionalizada e voltada para as reais necessidades de saúde da população, e principalmente, o papel da APS nessa organização.

João Gabbardo dos Reis
Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

Este livro trata da construção, na prática social, da Atenção Primária à Saúde (APS). Portanto, há que se perguntar preliminarmente que APS se deseja construir?

Essa pergunta faz sentido, tendo em vista que existem diferentes decodificações de APS. A interpretação mais restrita da APS seletiva a entende como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade. A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns. E a interpretação mais ampla da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que a compreende como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Há que se ressaltar que no SUS, ainda que o discurso oficial seja de APS como estratégia, na prática social essas três vertentes de interpretação dos cuidados primários se apresentam, coetaneamente, na prática social. É tempo de superar as duas primeiras interpretações e consolidar, definitivamente, a APS como a estratégia de organização do nosso sistema público de saúde.

Isso implica superar o ciclo vigente da atenção básica em saúde caracterizado pela expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) que não obstante seus bons resultados esgotou-se pela permanência de problemas estruturais que permanecem. É necessário instituir um novo ciclo da atenção primária à saúde que consolide a Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Uma agenda de mudanças profundas e sistêmicas se impõe nos próximos anos e está detalhada em um livro sobre os cuidados das condições crônicas na APS (MENDES, 2012).

Além disso, a interpretação da APS como estratégia de organização do SUS implica abrigá-la na construção das RAS.

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS.

A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita.

A construção social da APS, aqui proposta, procura romper com alguns paradigmas convencionais prevalecentes, que são incoerentes com a opção recente que se fez, no SUS, de organização em RAS.

Há que se passar de um modelo de gestão de oferta, para um modelo de gestão da saúde da população. O modelo de gestão que se pratica no SUS – o modelo da gestão da oferta –, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. Esse modelo é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas que refletem mais os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo, não tendo ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias. A proposta de construção social da APS está referida por um modelo de gestão da saúde da população. O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso. A população de uma RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada às equipes de ESF. A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar 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.

Outro fator que marca o processo de construção social da APS proposto é a utilização de modelos assistenciais baseados em evidência que estão sendo operacionalizados internacionalmente. Esses modelos assistenciais são articulados pelo

conceito de condições de saúde e apresentam singularidades quando aplicados a eventos agudos e a condições crônicas.

A construção social da APS é feita de acordo com um modelo operacional que se desenvolve em momentos.

No primeiro momento, faz-se uma análise da demanda na APS. Esse trabalho foi possível em função de pesquisas recentes sobre a estrutura da demanda na APS do SUS, especialmente o trabalho seminal de Gusso (2009), seguido de outros trabalhos complementares examinados no livro. Os resultados da análise da demanda da APS no SUS mostram que, diferentemente do que muitas vezes se propala, ela nada tem de simples sendo, ao contrário, de extrema complexidade. Os diferentes tipos de demandas são classificados em algumas categorias conforme a afinidade entre elas.

No segundo momento, avalia-se o grau de incoerência entre a estrutura de demanda e a estrutura de oferta na APS do SUS definindo-se as brechas existentes entre essas duas estruturas, determinadas pelo acanhado perfil de oferta atualmente vigente. Com base na determinação dessas brechas propõe-se o incremento das intervenções efetivas do lado da oferta como forma de superação dessas brechas. Isso é feito ao estabelecer para os diferentes perfis de demanda, diversos perfis de oferta, com eles coerentes.

No livro utiliza-se a metáfora da edificação da casa da APS para construir socialmente cada tipo de perfil de oferta. Essa construção faz-se com a utilização da gestão de processos e da educação tutorial. A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e o monitoramento dos processos redesenhados. A implantação desses processos convoca a utilização de uma estratégia educacional que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos e auditoria de produtos.

Esses dois primeiros momentos ligam-se, mais fortemente, à construção da capacidade resolutiva da APS.

O terceiro momento é da construção da capacidade de coordenação, uma função essencial da APS nas RAS. A função de coordenação só pode ser executada eficazmente se estiver assentada em mecanismos de coordenação potentes. À semelhança de experiências internacionais bem sucedidas, opta-se pelo modelo de coordenação organizacional de Mintzberg (2003) e faz-se uma discussão sobre os mecanismos de coordenação que, com base neste modelo, devem ser usados na construção social da APS. Nomeiam-se alguns modelos de coordenação da atenção

à saúde e propõe-se a utilização do modelo de coordenação do cuidado para que a APS possa coordenar as RAS.

O quarto momento trata da regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas pela APS. Para isso, desnuda-se e mostra-se que o modelo de regulação assistencial vigente no SUS, o modelo da regulação assistencial da oferta, esgotou-se. Ele deve ser substituído por um modelo de regulação assistencial da saúde da população, coerente com o novo paradigma da gestão da saúde da população. Só assim, será possível que a APS regule diretamente as condições crônicas não agudizadas nas RAS.

O modelo teórico-conceitual parte de uma mudança paradigmática na gestão dos sistemas de atenção à saúde, o que implica transitar de uma gestão da oferta prevalecente para uma gestão da saúde da população, o que se detalha no Capítulo 5.

Coerente com a gestão de base populacional que é detalhada no Capítulo 4, todo o processo de construção social da APS está baseado no estabelecimento de uma estrutura de demanda – expressão das necessidades de saúde da população adstrita às equipes de APS –, para, com base nessa estrutura, ajustar uma estrutura de oferta de cuidados primários com ela coerente. Além disso, analisam-se as mudanças que devem ser feitas na regulação dos sistemas de atenção à saúde para tornar efetivo o papel coordenador da APS nas RAS.

O modelo impõe uma análise profunda da estrutura da demanda na APS, o que revela sua grande complexidade, o que é feito no Capítulo 1. Depois, avalia o grau de incoerência entre a estrutura de demanda e a estrutura de oferta definindo-se as brechas existentes entre essas duas estruturas e propõe o incremento das intervenções efetivas do lado da oferta como forma de superação dessas brechas, mostrando os diferentes perfis de oferta que devem ser desenvolvidos com a ferramenta da gestão de processos; é o que se faz no Capítulo 3. Para dar conta da função de coordenação das RAS, discutem-se, no Capítulo 4, os mecanismos e os modelos de coordenação da APS. Por fim, no Capítulo 5, propõe-se um novo modelo regulatório que acolha a APS como centro de comunicação e de coordenação das RAS.

CAPÍTULO 1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação das RAS.

As RAS são 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 APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RAS: 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 a 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 devem gerar valor para a sua população.

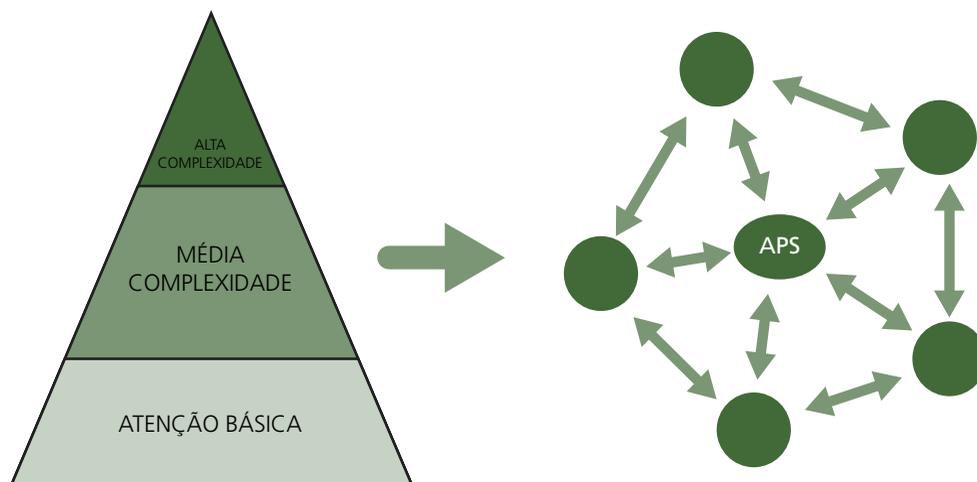
Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2009).

Nas RAS, 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 RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e os

sistemas de apoio, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio e logístico, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011).

Somente a atuação de uma RAS pode gerar valor para a população adstrita. O valor da atenção à saúde se expressa na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (PORTER e TEISBERG, 2007).

Há evidências, obtidas em vários países, de que as RAS melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2007).

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, por dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. No Decreto Presidencial explicita-se que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

2. OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS RAS

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

2.1. A POPULAÇÃO

O primeiro elemento das RAS, 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 RAS.

As RAS, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades das RAS, privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adstrita. Assim, as RAS, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

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

Na concepção de RAS cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das RAS ou em gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.

As regiões de saúde poderão ser intraestaduais, interestaduais e internacionais e as RAS estarão compreendidas no âmbito de uma ou mais regiões de saúde.

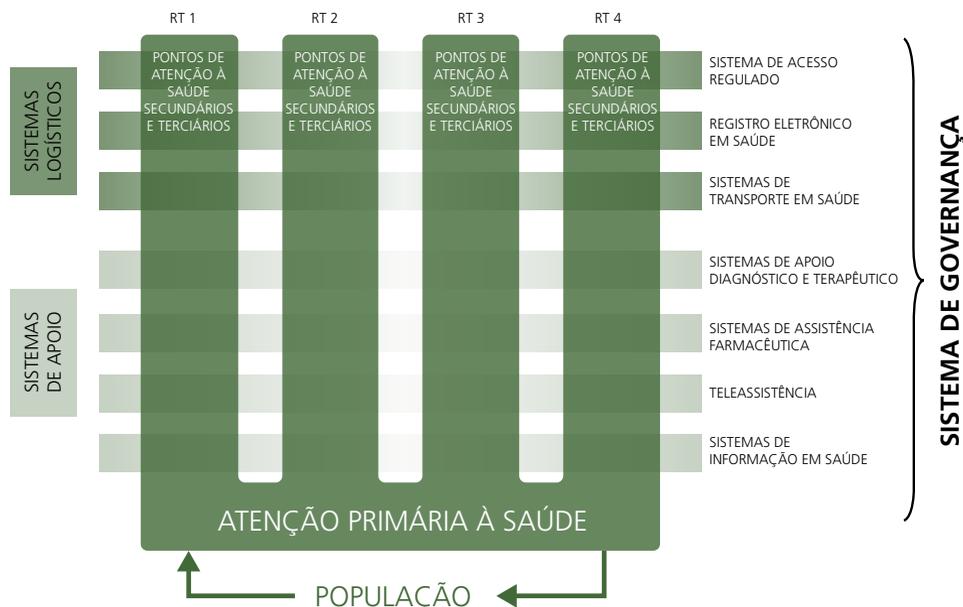
2.2. A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS RAS

O segundo elemento constitutivo das RAS 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 em que se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. 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 2.

Figura 2: A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011).

A observação da Figura 2 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, às doenças renais crônicas e ao diabetes; as redes de atenção às doenças respiratórias; as redes de atenção aos eventos agudos; e outras.

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos afins de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população quando se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg (2007): “o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença”.

Contudo, essa proposta de RAS 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 pode ter

um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que 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 (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, 2004). Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para programas diagonais, em 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 a APS (OOMS et al., 2008). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, parece ser por meio das RAS.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RAS manifesta-se, numa parte temática restrita, exclusivamente, nos 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 RAS, como se vê na Figura 2, 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.

2.3. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos 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 (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

2.3.1. O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Condição de saúde é um conceito novo institucionalizado pela Organização Mundial da Saúde (2003) recentemente. Constitui uma nova tipologia de saúde que se diferencia da tipologia clássica largamente utilizada.

Diferentemente da tipologia clássica, definida por doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, estruturada com base na etiopatogenia das doenças, as condições de saúde apresentam uma lógica de recorte baseada na forma de resposta social a essas condições pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias: se reativa ou proativa, se episódica ou contínua e se fragmentada ou integrada.

É certo que a tipologia clássica tem sido bem sucedida como base de estudos no campo da epidemiologia, mas ela não dá conta de dar suporte à organização dos sistemas de atenção à saúde porque muitas respostas sociais a certas doenças transmissíveis (por exemplo, hanseníase, certas hepatites virais e HIV/AIDS) se aproximam mais das respostas convocadas por condições crônicas.

As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. As condições de saúde podem ser divididas em condições agudas, em condições crônicas e em eventos agudos (WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que devem ser manejadas de forma episódica, reativa e integrada pelo sistema de atenção à saúde, exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde. As condições agudas envolvem as doenças transmissíveis de curso curto (gripe, dengue), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite, amigdalite) e os traumas.

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; a manutenção da saúde por ciclos de vida como a puericultura, a hebicultura e a senicultura; as enfer-

midades não catalogáveis como doenças na Classificação Internacional de Doenças como sintomas medicamente não explicáveis, os transtornos histerossomáticos, os transtornos somatoformes, as síndromes de não doenças e o sofrimento difuso; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais (MENDES, 2012).

As principais características das condições crônicas são: apresentam causas múltiplas e complexas; evoluem gradualmente ainda que possam se manifestar repentinamente e apresentar momentos de agudização; evoluem ao longo de todo ciclo de vida ainda que sejam mais prevalentes em idades mais avançadas; podem comprometer a qualidade da vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades; são de curso longo ou persistentes e podem levar a uma deterioração gradual da saúde; em geral, requerem cuidados de longa duração; apesar de não serem a ameaça mais imediata à vida constituem as causas mais comuns de mortalidade prematura; grande parte das condições crônicas pode ser prevenida, ou ter sua aparição prolongada, ou ter suas complicações reduzidas; a distribuição populacional das condições crônicas não é uniforme e elas tendem a atingir mais fortemente aos mais pobres; e, em geral, resultam de fatores de riscos não controlados, apropriada e oportunamente (GOBIERNO VASCO, 2010).

As condições crônicas podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas.

Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas. Por essa razão, surge uma terceira categoria, a dos eventos agudos, que é um somatório das condições agudas e das agudizações de condições crônicas (por exemplo, emergência hipertensiva, descompensação diabética, crise asmática).

Assim, os eventos agudos devem ser respondidos por uma rede de urgência e emergência que se pode estruturar por meio de respostas sociais reativas, episódicas e integradas; de outra forma, as condições crônicas não agudizadas devem ser, necessariamente, respondidas socialmente por meio de respostas sociais proativas, contínuas e integradas.

Um grande problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo do atendimento aos eventos agudos, o que gera maus resultados sanitários e econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BENGOA, 2008). Esse modelo de atenção prevalecente não é efetivo em manter as condições crônicas estabilizadas, nem em conter o risco evolutivo dessas condições, o que leva a constantes agudiza-

ções. Estudo feito no Reino Unido mostrou que 70% dos atendimentos em serviços de urgência e emergência são por condições crônicas agudizadas (SINGH, 2005).

2.3.2. OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

O modelo de atenção aos eventos agudos, desenvolvido por Mendes (2014) tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados. Esse modelo está representado na Figura 3.

Figura 3: O modelo de atenção às condições agudas



Fonte: Mendes (2014).

O modelo de atenção aos eventos agudos estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gravidade (risco), o tempo resposta e os recursos necessários.

O nível 1 do modelo de atenção aos eventos agudos incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, segundo a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991). Nesse nível as intervenções são realizadas por meio de projetos intersectoriais. Um caso exitoso de promoção da saúde em relação aos traumas é o da Suécia por meio de um programa denominado Visão Zero que articula políticas de diferentes setores com o objetivo alcançar a meta de trauma zero naquele país em 2017 (WILES, 2007).

O nível 2 do modelo de atenção aos eventos agudos incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Os níveis 3 e 4 referem-se a eventos agudos ocorridos que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica denominada de gestão das condições de saúde.

No nível 3 faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo. A organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação e num tempo predeterminado. 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. Há vários modelos que podem ser utilizados, mas no Brasil tem sido utilizado crescentemente o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores (verde, azul, amarelo, laranja e vermelho) e que é usado em vários países da Europa (MACWAY-JONES et al., 2010). O sistema de classificação de risco de Manchester, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na APS, em diferentes lugares, no SUS (MARQUES et al., 2010).

O nível 4 do modelo de atenção aos eventos agudos opera as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados. Nesse nível faz-se o atendimento nos pontos de atenção e no tempo estabelecidos pela classificação de risco, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, o diagnóstico e

seu manejo segundo os protocolos clínicos, a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos de atenção nas unidades de atendimento aos eventos agudos e a programação dos eventos agudos.

2.3.3. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos.

A proposição desses modelos é recente e fez-se como uma resposta à crise dos sistemas fragmentados de atenção à saúde ao enfrentar o crescimento da prevalência das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas.

Há várias propostas de modelos de atenção às condições crônicas, mais dois se destacam: o Modelo de Atenção Crônica (*chronic care model*, CCM) e o modelo da pirâmide de risco (MPR). A partir deles, Mendes (2011) desenvolveu para uso no SUS o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esses modelos de atenção às condições crônicas são discutidos em detalhes no Capítulo 5.

3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1. UMA BREVE HISTÓRIA DA APS

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN et al., 1920). Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados com base na saúde da população, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Além disso, esse documento constitui a proposta seminal das RAS coordenadas pela APS.

No período do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à APS. Um, muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista, embrião da medicina de família e comunidade (LAKHANI M et al., 2007). Vários outros movimentos foram também relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos sessenta: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças

cardiovasculares, a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos do estudo sobre saúde e tabaco, a aparição das organizações de manutenção da saúde americanas, a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde, o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, e outros (SAKELLARIDES, 2001). Tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano.

A APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento (Mendes, 2012).

O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na USP; provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade. O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Esse ciclo começou a se

desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários. A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e que vive atualmente. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS, uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar. Esse ciclo sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros.

3.2. AS INTERPRETAÇÕES DA APS NA PRÁTICA SOCIAL

Quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação (VUORI, 1984).

As variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evoluiu este conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Por isso, há três interpretações principais da APS (MENDES, 2012): a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas

três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provido por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986; WALSH e WARREN, 1979).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994). É uma interpretação muito comum em países desenvolvidos e, em geral, está relacionada com a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN et al., 2006) e quem proponha RAS baseadas na APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RAS. São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o SUS apresenta; e é a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RAS.

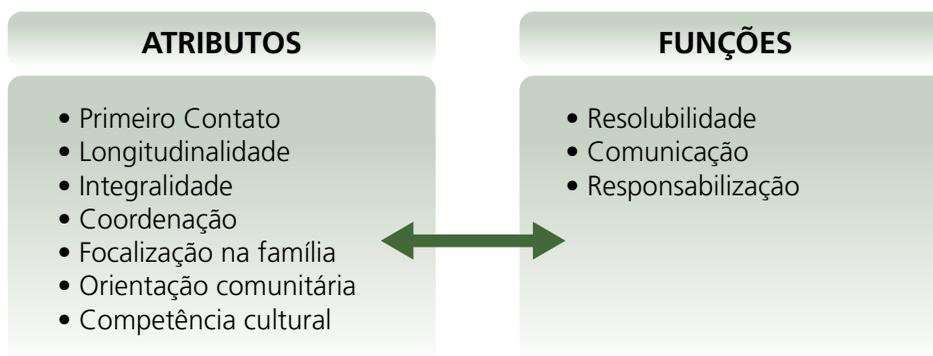
No SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível pri-

mário de atenção à saúde. A mudança semântica foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma.

3.3. OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA APS NAS RAS

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas na Figura 4.

Figura 4: Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde



Fontes: Starfield (2002); Mendes (2012).

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. 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 constitui 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 adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, 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 RAS. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equi-

pe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social 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 proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002).

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, 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 adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população (MENDES, 2012).

Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RAS, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool, PCATool* (STARFIELD et al., 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3.4. AS EVIDÊNCIAS SOBRE A APS NA LITERATURA INTERNACIONAL

As evidências sobre a APS são abundantes e robustas e têm sido produzidas em diferentes países.

Um estudo clássico associou a APS com resultados sanitários em onze países desenvolvidos e permitiu verificar que os países com baixo escore para a APS obtinham

resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação com os indicadores da saúde infantil (STARFIELD, 1991).

Pesquisas desenvolvidas por defensores da proposta do modelo do *Medical Home*, concluiu que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS estão associados com melhor qualidade da atenção e menores custos e que a APS é uma política de saúde baseada em evidência (GRUMBACH et al., 1999). Pessoas atendidas em sistemas com forte orientação para a APS apresentaram uma probabilidade maior de receber os cuidados preventivos apropriados, de aderir aos tratamentos e de satisfazer-se com a atenção recebida. Pessoas com uma fonte regular de APS apresentaram menores custos para o sistema de atenção à saúde em relação àquelas que não têm um ponto de primeiro contato regular. Os custos da atenção à saúde foram maiores em regiões com alto percentual de médicos especialistas em relação a médicos generalistas. Países com uma maior proporção de seus médicos praticando a APS apresentaram menores gastos per capita em saúde do que países com maior proporção de médicos especialistas.

Uma revisão da literatura mostrou 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. Verificou-se, também, que maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. O estudo permitiu aos autores concluir 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 (MACINKO et al., 2003).

O *Health Council of the Netherlands* promoveu uma revisão sistemática sobre a APS. 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 potente, a porta de entrada e o pagamento por lista de pessoas usuárias adstritas a um médico generalista, estiveram associadas a menores gastos dos sistemas de saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e da eficiência, o estudo mostrou a superioridade dos sistemas com APS forte (HEALTH COUNCIL ON THE NETHERLANDS, 2004).

A *Health Evidence Network* fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas de saúde

com base na APS (ATUN, 2004). Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistemas de 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.

Um documento de posição da Organização Mundial da Saúde sobre a reforma da APS na Europa levanta muitas evidências sobre as possibilidades de apostar no reforço dos cuidados primários (SALTMAN et al., 2006). Uma APS forte é capaz de garantir a continuidade da atenção e de prover serviços menos custosos e mais efetivos e custo/efetivos.

A Organização Pan-Americana da Saúde em seu documento de posição sobre APS revisou muitos trabalhos avaliativos, realizados em diferentes partes do mundo (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007). 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 dos mais pobres; 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; e minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal.

A Organização Mundial da Saúde (2010), em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemorou 30 anos de Alma-Ata, lançou uma convocatória para a renovação da APS com o lema "*Agora mais do que nunca*". O documento está sustentado por sólidas evidências, especialmente no que se refere aos princípios e aos atributos da APS. Fez uma revisão bibliográfica ampla em que se destacaram trabalhos avaliativos de vários autores, realizados em diferentes partes do mundo. 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

peças usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Além disso, o documento examinou as evidências sobre a atenção à saúde realizada com base em generalistas e em especialistas. Os cuidados ambulatoriais primários: tiveram mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais comuns; tiveram o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas, embora sejam mais lentos em adotá-las; prescreveram menos intervenções invasivas; as hospitalizações de sua iniciativa foram menos frequentes e mais curtas; e as intervenções tiveram uma maior orientação para a prevenção. Tudo isso resultou em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos e com maior satisfação das pessoas.

Uma revisão sistemática (KRINGOS et al., 2011) com 85 estudos realizados na Europa concluiu que a APS pode ser definida e enfocada como um sistema multidimensional estruturado pela governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho, facilitando o acesso a um amplo espectro de serviços de maneira coordenada e contínua, aplicando os recursos eficientemente para prover uma atenção de alta qualidade e contribuindo para uma distribuição mais equitativa da saúde na população. A APS como um sistema multidimensional contribuiu, significativamente, para o desempenho do sistema de atenção à saúde como um todo e para a melhoria da saúde.

As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizadas em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde. Com base nelas, pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS 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 conseqüentemente 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.

3.5. OS MODELOS DE APS

No Brasil, não obstante o discurso oficial da APS como estratégia de organização do SUS, convivem diferentes modelos de estruturação dos cuidados primários.

Mesmo sob os nomes genéricos de PSF ou de ESF convivem variados modelos de cuidados primários. Há o modelo tradicional em que médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família atendem a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. Há o modelo Semachko, oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra. Há o modelo de medicina de família e comunidade estrito senso, calcado em modelos europeus e canadense, em que a centralidade do cuidado faz-se por meio de consultas médicas propiciadas por médicos generalistas ou por especialistas em medicina de família e comunidade. E há o modelo do PSF em que se ofertam serviços de médicos e enfermeiros generalistas, de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, de alguns outros profissionais de nível superior sob a forma de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de agentes comunitários de saúde. Há, por fim, modelos mistos que articulam alguns desses diferentes modelos em uma única unidade de APS.

É comum levantar-se, em diferentes lugares e por diferentes atores sociais do SUS, uma hipótese da fragilidade do PSF como forma de organizar a APS. Parece haver um sentimento, mais ou menos difuso, de certo desencanto com o PSF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo caro e pouco resolutivo. Esse sentimento expressa-se em diversas propostas de substituição ou de flexibilização do PSF.

Entre as propostas que se apresentam estão: a reorganização do trabalho médico com a valorização relativa da tríade de especialistas básicos nos cuidados primários (modelo Semachko); a flexibilização do trabalho dos profissionais, especialmente dos médicos, permitindo o trabalho em tempo parcial; a expansão exagerada das UPAS's transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com o PSF e pressionando os orçamentos da saúde dos municípios; e o fenômeno generalizado da oferta de atendimento hospitalar em unidades de pequeno porte que operam sem escala e que, nos municípios menores, desviam recursos da APS, onde seriam efetivos para a manutenção de hospitais que não têm densidade tecnológica para o exercício real de ações hospitalares e que são ineficientes, inefetivos e de baixa qualidade (MENDES, 2012).

Essas propostas fazem-se com fundamento num suposto fracasso do PSF, são construídas com base em opiniões de forte conteúdo valorativo e constroem-se ao arrepio de evidências que as sustentem. Ademais, têm seu foco numa visão ultrapassada de APS que a considera exclusivamente como porta de entrada do SUS, portanto, como uma parte isolada de um sistema fragmentado, voltada, prioritariamente, para a atenção às condições e aos eventos agudos operando de forma episódica e descontínua e fortemente ancorada na consulta médica. É o que se pode concluir de

propostas que estão sustentadas no imprescindível aumento da oferta de trabalho médico e no incremento da oferta da atenção aos eventos agudos. Há um suposto não explicitado de aumentar o acesso aos médicos, o que é importante, mas que desconsidera outros problemas estruturais que qualificam o trabalho médico. Há evidências robustas de que mais consultas médicas, isoladamente, não significam, isoladamente, melhores desfechos clínicos e melhores resultados sanitários (NRHI HEALTH PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

Como se demonstrou no Capítulo 1, os problemas dos sistemas fragmentados de atenção à saúde contemporâneos manifestam-se, no plano micro, pela falência de um sistema de atenção à saúde estruturado com base na consulta médica de curta duração. Pesquisas realizadas internacionalmente demonstraram, de forma inequívoca, que o mero aumento das consultas médicas não melhora os desfechos clínicos das condições crônicas como indica o senso comum e que um sistema baseado na “atendimento”, apenas leva a mais “atendimento” (MENDES, 2012). Em consequência, as propostas de mudanças da APS centradas no trabalho médico, ainda que necessárias, são insuficientes e reducionistas. A agenda de reforma da APS tem de ser muito mais profunda e global para gerar valor para a população.

É preciso ter claro que as propostas de substituição do PSF pelos modelos tradicionais de APS não estão sustentadas por evidências científicas. O que parece moderno é, na realidade, uma volta ao passado que, certamente, aprofundará a crise contemporânea do SUS, prejudicando a sua política mais consequente que é a da saúde da família.

Os questionamentos ao PSF decorrem, em grande parte, da percepção equivocada de que o este modelo de APS fracassou. O PSF não foi um fracasso, mas um sucesso, dentro dos limites que lhe foram dados para se desenvolver. Isso é referendado por evidências provindas de diferentes estudos, em várias regiões do país.

Pesquisas realizadas no SUS demonstraram que o PSF, ainda que apresentando deficiências quantitativas e qualitativas, tem se mostrado efetivo, eficiente e equitativo e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários (HARZEIM, 2004; MACINKO et al., 2004; MORRIS et al., 2004; ELIAS et al., 2006; IBÁÑEZ et al., 2006; MACINKO et al., 2006; PERPETUO e WONG, 2006; van STRALEN et al., 2008; AQUINO et al., 2009; CHOMATAS, 2009; REIS, 2009; GIOVANELLA et al., 2009; ZILS et al., 2009; BARBOSA, 2010; GUANAIS, 2010; MACINKO et al., 2010; RASELLA et al., 2010; SILVA et al., 2010; WEHRMEISTER e PERES, 2010; ANDRADE et al., 2011; MACINKO, 2011; MENDONÇA, 2011; MENDONÇA et al., 2011; OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DA FACE UFMG, 2011; TRAVASSOS, 2011; ANDRADE et al., 2013, AQUINO et al., 2013).

Essas evidências indicam que o PSF tem sido uma experiência bem sucedida e que algumas alternativas que se preconizam, estimulando os modelos tradicionais de APS, poderão constituir um perigoso retrocesso no SUS.

Os inequívocos resultados positivos do PSF têm obtido reconhecimento nacional e internacional.

No plano nacional, o PSF, competindo com mais de 140 políticas públicas, ficou em 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal, realizado em 2011, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

No plano internacional, um editorial da importante revista médica *British Medical Journal* de novembro de 2010 diz: “O Programa de Saúde da Família é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e bom custo-efetividade... O potencial das reformas em saúde do Brasil e, especificamente, do Programa de Saúde da Família, em prover atenção à saúde a um custo acessível foi mencionado há 15 ou mais anos atrás no *British Medical Journal*. Em muitos aspectos, aquela promessa foi mais que cumprida, mas a história de sucesso da atenção primária à saúde no Brasil continua pouco compreendida e ainda fracamente difundida e interpretada para outros contextos. Países de renda elevada poderiam aprender como este programa alterou a interação com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde... Em muitos aspectos o Brasil acertou: um programa de atenção primária custo-efetivo e de larga escala que aborda questões de saúde pública típicas de países de baixa renda e daqueles em transição epidemiológica, mas também relevante para os países de alta renda” (HARRYS e HAINES, 2011).

A leitura equivocada do fracasso do PSF merece ser mais bem interpretada. Ela decorre da permanência de problemas que não foram superados na estruturação dessa política de APS. A persistência desses problemas fez com que, de certa forma, eles se cronificassem ao longo desta década e meia de existência do PSF e levou ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

4. UM NOVO CICLO DA APS NO SUS: O CICLO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, esgotou-se. A saída não está em retroceder, mas em avançar, radicalizando o PSF para transformá-lo, de fato, numa Estratégia de Saúde da Família (ESF), indo

além da mudança semântica já realizada. Ou seja, é hora da superação do ciclo da atenção básica à saúde, instaurando-se um oitavo ciclo de evolução da APS no SUS, o ciclo da atenção primária à saúde.

Mendes (2012) identificou os problemas que constrangeram o desenvolvimento do PSF e que são: a visão ideológica de um *mix* de atenção primária seletiva e de primeiro nível de atenção; a baixa valorização política, econômica e social; o incipiente grau de institucionalização; a fragilidade institucional nos âmbitos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; a carência de uma infraestrutura adequada; a baixa densidade tecnológica utilizada; a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; a carência de equipes multiprofissionais operando de forma interdisciplinar; a fragilidade dos sistemas de informações clínicas, especialmente de prontuários clínicos familiares eletrônicos; a fragilidade gerencial expressa na gestão com base na oferta, no modelo esgotado de regulação assistencial, na ausência de gestão da clínica e na baixa profissionalização dos gestores; a pouca presença de controle social exercitado por Conselhos Locais de Saúde; os problemas educacionais da graduação e da pós-graduação dos profissionais de saúde; o problema da precarização das relações de trabalho; a ausência de modelos de atenção à saúde construídos com base em evidências; e o subfinanciamento.

Com base no diagnóstico desse conjunto de problemas que afetam ao APS em geral e o PSF em particular, Mendes (2012) propôs um conjunto de intervenções dirigidas à superação de cada um dos problemas identificados e que, implantadas concomitantemente, são necessárias para inaugurar e consolidar o novo ciclo da atenção primária à saúde no SUS.

A proposta de um ciclo que se denomine de atenção primária à saúde ao invés de atenção básica vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS. Não obstante, a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS. A palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. Além disso, aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo.

Esse novo ciclo aproximará a APS do SUS da concepção de uma estratégia de reordenamento do sistema de atenção à saúde, superando, definitivamente, as interpretações mais estritas da atenção primária seletiva e de um primeiro nível de atenção (a porta de entrada).

O ciclo da atenção primária à saúde que expande o entendimento da APS tem a sustentá-lo um mandamento legal, contido no Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégica de reordenamento do SUS (BRASIL, 2011). Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10º) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11º).

O novo ciclo da atenção primária à saúde se caracterizará, além da significação semântica, pela consolidação definitiva, no plano paradigmático, da ESF, indo além do PSF. Isso representará uma saída para frente e, não, uma substituição ou flexibilização do PSF que traz, consigo, os perigos do retrocesso. Como se viu na revisão bibliográfica, é esse o caminho que, como indicam as evidências, países de sistemas de atenção à saúde mais maduros estão procurando. Essa é a via que os organismos internacionais da saúde, regional e mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, estão indicando em seus mais recentes documentos de posição (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RAS. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

Não é uma solução fácil, presidida pelo senso comum, como querem muitos gestores e profissionais de saúde, a grande mídia e a maior parte da população. Mesmo porque a APS é um problema complexo e problemas complexos não se solucionam com soluções simples e rápidas. Muito menos com soluções-espetáculo que são do gosto de muitos políticos e gestores. Ao contrário, os problemas complexos exigem soluções complexas, sistêmicas, demoradas e, nem sempre, baratas.

Tomem-se as percepções da população sobre os problemas do SUS e suas soluções que se baseiam num diagnóstico impressionístico e, em razão disso, na proposição de soluções falaciosas. Para a população brasileira, a solução para os centros e postos de saúde estaria, para 47,0%, em aumentar o número de médicos e, para 15,5% em reduzir o tempo de espera do atendimento (INSTITUTO DE PESQUISAS

ECONÔMICAS APLICADAS, 2011). Essas percepções são legítimas, mas por serem simplórias, distanciam-se de um entendimento mais aprofundado do problema que se pode manifestar, sim, por dificuldade de acesso aos médicos e demoras no atendimento, o que é imediatamente ligado, na visão medicocêntrica prevalecente, à carência de médicos.

O problema é mais amplo que carência de médicos, ainda que esse fator esteja presente em várias situações. Esse problema identificado pela população brasileira liga-se a um conjunto de fatores associados como a concepção ideológica da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de equipe multiprofissional operando de forma interdisciplinar, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, a ausência de modelos de atenção às condições crônicas baseados em evidências, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes etc. Uma atuação política guiada pela percepção da população e centrada excessivamente na oferta de consultas médicas, o que é mais comum, não solucionará o problema, podendo, mesmo, agravá-lo e tornar o sistema de atenção à saúde mais caro. Em certo sentido, corresponde ao caso de uma opção política pela abertura indiscriminada de unidades de pronto-atendimento (UPA's) não integradas nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Somente uma agenda ampla que dê conta de superar todos os fatores anteriormente diagnosticados como causas dos problemas do PSF no SUS, em seu conjunto, poderá institucionalizar a ESF e inaugurar um novo ciclo evolutivo, o ciclo da atenção primária à saúde. A atuação sobre um, ou sobre alguns poucos desses problemas, não permitirá estruturar uma ESF efetiva, eficiente e de qualidade. Nos problemas sociais complexos como os da APS não há soluções mágicas e rápidas, mas visão estratégica, trabalho de longo prazo e constância de propósitos.

O sentido da agenda deve ser positivo e progressista. Valorizando as enormes virtudes do PSF, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar. Nesse sentido, pode-se afirmar, usando uma paráfrase: a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas.

A agenda estratégica de implantação do ciclo da atenção primária à saúde e de consolidação da ESF tem vários pontos de ação que devem ser implantados por meio de um plano estratégico como ações nos curto, médio e longo prazos (MENDES, 2012). A consolidação da APS do SUS como ESF, deve ir além dessa agenda incorporando mudanças profundas na construção social da APS.

É o que se propõe neste livro: conhecer a natureza da demanda na APS, estabelecer um conjunto de mudanças processuais para a consolidação da ESF, entender os mecanismos organizacionais a serem utilizados no processo de coordenação, preparar a ESF para coordenar as RAS e definir um novo modelo de regulação assistencial das RAS tendo a ESF como o centro de organização dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações dessas redes.

CAPÍTULO 2. A DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. A APS NÃO É SIMPLES

Um dos problemas mais prevalentes na análise da APS é uma visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Na realidade, os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais frequentes, mas isso não significa que essas condições são, necessariamente, mais simples. Há condições simples que se apresentam na APS, mas, também, há outras condições que são de manejo muito complexo.

A normativa do SUS expressa essa visão de APS como baixa complexidade ao instituir três níveis de atenção: a atenção básica, de baixa complexidade; a atenção de média complexidade; e a atenção de alta complexidade. Essa divisão baseia-se no grau de densidade das tecnologias utilizadas, mas nada tem a ver com a complexidade da atenção à saúde nesses níveis.

Para que se possa avançar para uma APS que seja efetivamente uma estratégia de reordenamento do SUS, há que se romper com esta visão simplificadora de cuidados primários. A APS nada tem de simples, nem representa um conjunto de serviços de baixa complexidade como se verá nos capítulos seguintes relativos à complexidade da demanda e das respostas sociais engendradas pelos cuidados primários.

A APS deve estar preparada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Mas não basta essa preocupação quantitativa por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada para que se gere valor para as pessoas usuárias. Além disso, cabe à APS a responsabilização pela saúde da população e a coordenação das RAS.

Essa visão simplificada, quase ingênua, da APS expressa, em boa parte, uma incompreensão da natureza complexa da demanda por cuidados primários. Em geral, a demanda na APS é reduzida aos cuidados dos eventos agudos (demanda espontânea) e das condições crônicas (demanda programada); algumas vezes, trabalha-se, além disso, com a demanda por cuidados preventivos.

2. A CRISE DA APS NO PLANO MICRO DA CLÍNICA

A visão simplificada da APS e, especialmente, o desconhecimento da complexidade da demanda nos cuidados primários tem sido, em boa parte, responsável pela crise que se instalou no plano micro da clínica.

Há uma crise nas microrrelações clínicas entre a equipe de saúde, especialmente o médico, e as pessoas usuárias, que transparece em todos os níveis dos sistemas de atenção à saúde, mas com especial relevância nos cuidados primários à saúde. A maioria dos estudos que se relatam, em seguida, foi realizada em consultas de médicos de APS.

Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde controladas (ROUMIE et al., 2006). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos (BODENHEIMER e LAING, 2007), vez que estudos demonstraram 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 (FERRIS et al., 1998; MECHANIC et al., 2001). Na Inglaterra, o tempo médio da consulta médica é de 8 minutos (HOWIE et al., 1999).

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. 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); 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, por várias razões. 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 e mais 10,6 horas diárias adicionais para prestar uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas desse painel (YARNALL et al., 2003; 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 os criadores

do *Chronic Care Model* denominaram de “tirania do urgente” em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas (WAGNER et al., 1996). 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 não ter tempo suficiente para atender bem às pessoas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); os médicos devotam apenas 1,3 minutos 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 em não adesão (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, 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 et al., 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).

As evidências mencionadas demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração.

Por tudo isso, o manejo dos fatores de riscos biopsicológicos individuais e das condições crônicas estabelecidas convoca, na APS, uma clínica que se estrutura com diferenciais significativos em relação à clínica hegemônica que foi construída, historicamente, para dar conta das condições agudas e das agudizações de condições crônicas.

A emergência das condições crônicas exigiu mudanças significativas na atenção à saúde que redundaram em alguns movimentos fundamentais que se manifestaram, de forma especialmente significativa, no campo dos cuidados primários à saúde. Esses movimentos, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada

às condições crônicas, em seu conjunto, são muito profundos. De outra forma, a clínica para as condições crônicas traz elementos essenciais de diversos modelos de atenção à saúde, como o Modelo da Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2012). Num, incorpora-se a questão fundamental do manejo das condições crônicas por estratos de riscos; noutro, integram-se os seus elementos essenciais, a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade.

A clínica da APS, para dar conta dos fatores de risco biopsicológicos e das condições crônicas estabelecidas, poderia se aproximar de uma nova clínica que incorpora um conjunto de mudanças na atenção à saúde. Concomitantemente às transformações na atenção à saúde, vai se dar uma mudança substancial na gestão da APS que abarca, além da gestão das pessoas e dos recursos materiais e financeiros, processos de microgestão localizados na intimidade das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, o campo da gestão da clínica. Aqui, também, pode-se falar numa nova forma de microgestão da saúde que não substitui a gestão dos meios, mas a completa, a gestão da clínica.

3.A NATUREZA COMPLEXA DA DEMANDA NA APS

3.1. OS PROBLEMAS QUE SE APRESENTAM NA APS

Estudos internacionais demonstraram a natureza complexa da demanda na APS (STARFIELD, 2002). Pesquisas brasileiras recentes permitiram compreender melhor a composição da demanda na APS do SUS (GUSSO, 2009; LANDSBERG et al., 2012; TAKEDA, 2013).

As pessoas buscam a atenção na APS por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais e sintomas de doenças estabelecidas (LANDSBERG et al., 2012).

A visão restrita da demanda na APS, ainda prevalecente, leva a problemas sérios na prestação de serviços de qualidade como, por exemplo, o manejo das condições de saúde como se todas elas pudessem ser, sempre, catalogáveis na Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID). Na APS, dada à ocorrência de problemas gerais e inespecíficos e de enfermidades que não são doenças, nem sempre é possível operar-se com diagnósticos. A CID não é adequada para classificar problemas indiferenciados. Por esta razão, na APS é preferível

trabalhar com a Classificação Internacional da Atenção Primária – CIAP (LAMBERTS e WOOD, 1987).

Estudos demonstraram que somente 50% da demanda da APS é passível de diagnóstico. Em Florianópolis só foram possíveis diagnósticos em 62,6% da demanda da APS (GUSSO, 2009). As razões disso são elencadas por Crombie (1963): muitos problemas são autolimitados e exigem apenas uma observação ativa; muitas pessoas demandam somente serviços administrativos; a fisiopatologia de base de problemas indefinidos e não graves é desconhecida; exames laboratoriais e tecnologias não colaboram para o complexo processo diagnóstico de problemas frequentes; e constitui má prática clínica tentar vigorosamente a definição de um diagnóstico para um problema vago, especialmente se este está acompanhado por determinantes psicológicos.

Assim, na APS, é preferível trabalhar-se com problemas de saúde ou com condições de saúde do que com diagnósticos de doenças.

Entende-se problema de saúde como o que requer ou pode requerer uma ação da equipe de saúde que motivará um plano de cuidados (LOPES, 2012a). O problema é parte de um episódio de cuidado que tem três elementos: o motivo da consulta, o problema ou o diagnóstico e a intervenção acordada (GUSSO, 2009).

A APS lida com episódios de cuidado que se diferenciam de episódios de doença ou episódios de enfermidade. O episódio de cuidado significa o problema de saúde apresentado no primeiro encontro com um profissional de saúde e que termina ao final do último encontro com esse profissional que lidou com esse mesmo problema (GUSSO, 2009).

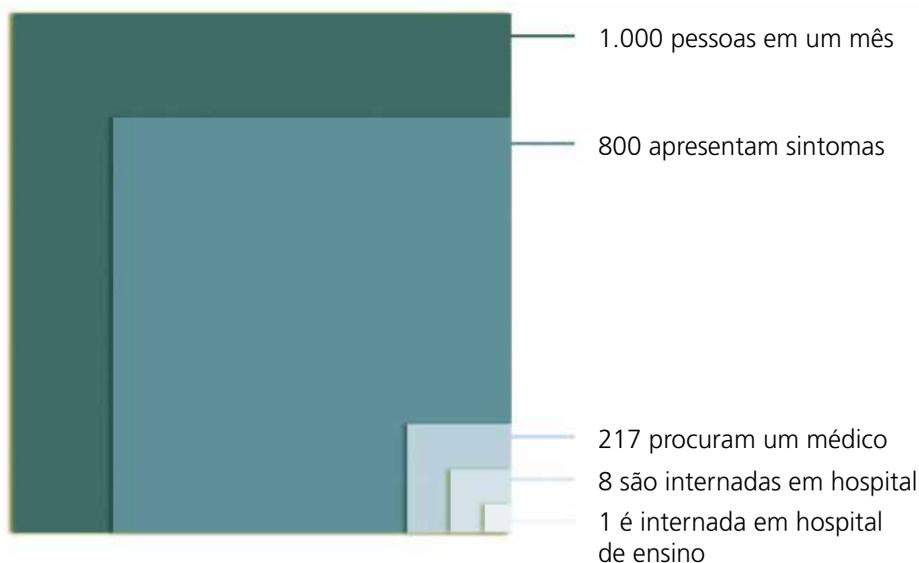
Por tudo isso, é necessário empreender uma discussão mais sólida sobre as diferentes formas de expressão da demanda na APS para que se possam estruturar respostas sociais diferenciadas a elas.

3.2. A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Antes de entrar na discussão da demanda na APS, é necessário considerar a ecologia dos sistemas de atenção à saúde.

O modelo de ecologia dos sistemas de saúde foi proposto originalmente por White et al. (1961) e tem sido reproduzido, desde então, para mostrar como as ações no planejamento da saúde, na educação e na pesquisa podem ser orientadas para responderem às demandas da população.

Figura 5: A ecologia dos sistemas de atenção à saúde



Fonte: Green et al. (2001).

O trabalho de Green et al. (2001), resumido na Figura 5, aponta que de cada 1.000 pessoas em um mês, 800 apresentam sintomas; dessas 800 pessoas, 327 consideram procurar cuidados médicos e 217 chegam a um consultório médico; dessas 800 pessoas, 21 chegam a um ambulatório hospitalar, 13 a um serviço de urgência e emergência, 14 recebem atenção domiciliar, 8 são hospitalizadas e 1 interna-se num hospital de ensino.

Esses dados atestam que, num mês, 200 pessoas não apresentam sintomas; das 800 que apresentam sintomas, 583 não chegam ao consultório médico, o que sugere um grande potencial de autorresolução dos problemas.

A propósito, Kloetzel (2013) nos fala que 80% a 90% da demanda ambulatorial são passíveis de remissão espontânea, um fenômeno que ao longo da história da medicina foi responsável pela fama de uma legião de charlatães e pela popularidade de toda sorte de manipulações terapêuticas e religiosas.

O estudo nos permite, também, delimitar o campo da APS: de cada 1.000 pessoas num mês, 217 irão buscar os cuidados primários.

Mas o estudo mostra uma situação preocupante no campo da educação. O ensino das profissões de saúde, muito centrado nos equipamentos hospitalares terciários, dificilmente preparará profissionais generalistas, capacitados para exercitar os cuidados primários. Kloetzel (2013) magistralmente aponta as dificuldades dos médicos na clínica da APS: "...o ensino médico ainda tem como estandarte o aprendizado em hospital-escola, fiel ao mito de que as doenças raras, as patologias exóticas merecem inteira prioridade. As consequências não se fazem tardar: estudantes ou jovens médicos, familiarizados com o doente horizontal, mas geralmente estranhos ao paciente vertical, sentem-se perplexos, desambientados, impotentes quando de seus primeiros contatos com o mundo novo do ambulatório. Isso influi de forma decisiva em seu desempenho futuro, salvo esforços especiais de parte dos educadores".

3.3. A DEMANDA NA APS

A demanda na APS é muito complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade. A diversidade da demanda na APS representa um desafio para os profissionais de saúde.

Aqui se vão analisar algumas características singulares dessa demanda por cuidados primários, com base em pesquisas nacionais e internacionais.

3.3.1. A DEMANDA NA APS É QUANTITATIVAMENTE MUITO AMPLA

Numa determinada população, estima-se que 21,7% dela demandará, num mês, atenção numa unidade de cuidados primários. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, que cobre 105 mil pessoas, 60% dessa população consultaram APS nos últimos três anos (TAKEDA, 2012).

Essa demanda é extremamente diversificada como ensina John Fry quando fala sobre a demanda ambulatorial: "Fora do hospital, as doenças comuns em uma comunidade se caracterizam por serem de menor porte, benignas, fugazes e auto-limitadas, com acentuada tendência para a remissão espontânea. Sua apresentação clínica tende a ser um tanto vaga e é difícil afixar-lhes um rótulo diagnóstico preciso. Frequentemente permanecem indiferenciadas e não identificadas do começo ao fim do episódio. Muitas vezes a patologia clínica vem acompanhada de problemas sociais, de modo a exigir uma conduta que simultaneamente faça frente a ambas" (FRY, 1974).

3.3.2. A APS TEM ALTA CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

Há evidências de que uma APS efetiva é capaz de absorver e resolver a grande maioria dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde.

Em relação às referências para a atenção especializada, pesquisa feita em Florianópolis verificou um índice de 12,5% dos casos atendidos na APS (GUSSO, 2009); no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, verificou-se que o índice de encaminhamento para cuidados secundários e terciários foi de 9% (TAKEDA, 2013); e nos Estados Unidos esse índice foi de 6,3% e em alguns países europeus foi de apenas 5% (STARFIELD, 2002). Estudo feito no Grupo Hospitalar Conceição identificou que para um encaminhamento médio de 9%, há diferenciais de referência que variam de 1% a 22% conforme para cada grupo de diagnóstico, conforme se vê na Tabela 1 (TAKEDA, 2013).

Tabela 1: Proporção de encaminhamentos para os cuidados secundários e terciários para problemas identificados na atenção primária, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 1999.

CAPÍTULO/ESPECIALIDADE	PORCENTUAL DE ENCAMINHAMENTO
Aparelho respiratório	1%
Aparelho digestivo	3%
Psicológico	3%
Musculoesquelético	4%
Gravidez	5%
Aparelho circulatório	6%
Pele	6%
Endócrino-metabólico e nutricional	7%
Aparelho genital feminino	8%
Aparelho urinário	10%
Sistema nervoso	15%
Otorrinolaringologia	21%
Oftalmologia	22%

Fonte: Takeda (2013).

Da mesma forma, verificou-se em Florianópolis diferenciais de encaminhamento por especialidades, sendo que sete especialidades médicas respondem por 51,7% do total de encaminhamentos (oftalmologia, emergência hospitalar, ortopedia, ginecologia, dermatologia, cardiologia e psiquiatria). É o que se constata na Tabela 2.

Tabela 2: Especialidades médicas mais referenciadas pela APS, Florianópolis

ESPECIALIDADE MÉDICA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
Oftalmologia	19,3%	19,3%
Emergência hospitalar	6,6%	25,9%
Ortopedia	6,5%	32,4%
Ginecologia	5,2%	37,6%
Dermatologia	5,0%	42,6%
Cardiologia	4,6%	47,3%
Psiquiatria	4,4%	51,7%
Neurologia	3,3%	55,0%
Otorrinolaringologia	3,3%	58,3%
Acupuntura	3,2%	61,5%
Endocrinologia	3,2%	64,7%
Cirurgia geral	3,1%	67,7%
Urologia	2,7%	70,4%
Pequenas cirurgias	2,5%	72,9%
Médico de família da área	2,3%	75,2%
Obstetrícia de alto risco	2,0%	77,2%

Fonte: Gusso (2009).

Um quarto dos problemas referenciados a médicos especialistas (25,6%) concentraram-se em dez especialidades: hipertensão sem complicações, outras perturbações visuais, diabetes não insulínica, perturbações depressivas, erro de refração, gravidez, prevenção/manutenção da saúde, cefaleia, obesidade e sinais/sintomas de dor lombar (GUSSO, 2009).

Em relação às referências para profissionais não médicos a pesquisa de Florianópolis mostrou os seguintes resultados: psicólogo, 28,9%; enfermeiro, 21,6%;

fisioterapeuta, 20,0%; nutricionista, 11,5%; odontólogo, 3,9%; assistente social, 3,3%; fonoaudiólogo, 2,3%; educador físico, 1,3%; farmacêutico, 1,0% (GUSSO, 2009). Esses dados podem sugerir que pode estar havendo uma subutilização de profissionais não médicos na APS no SUS.

Portanto, dados brasileiros demonstram que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 91% dos problemas que se apresentam na APS. Isso torna a APS um nível de atenção custo/efetivo porque se podem solucionar a um custo mais baixo e com efetividade, quase todos os problemas de saúde que, nela, se apresentam.

3.3.3. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM MULHERES, CRIANÇAS, ADULTOS E PESSOAS IDOSAS

Pesquisa feita em Florianópolis evidenciou que 66,4% da demanda total são de mulheres e 33,6% de homens. Do ponto de vista demográfico, adolescentes e adultos jovens demandaram pouco a APS (GUSSO, 2009). Em Betim, Minas Gerais, verificou-se que 68,1% das consultas eram do sexo feminino e 31,9% do sexo masculino (LANDSBERG et al., 2012). Em uma unidade de saúde de Porto Alegre, a demanda foi de 67% de mulheres e 33% de homens (RADAELLI et al., 1990).

Estudos feitos em vários países mostraram que as mulheres em idade fértil consultam mais em função de problemas obstétricos e ginecológicos. Além disso, as mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde que os homens porque têm mais acesso às informações em saúde (FERNANDES et al., 2009).

3.3.4. A DEMANDA NA APS ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE PROBLEMAS, MOTIVOS DE CONSULTA OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

Pesquisa realizada na APS de Florianópolis mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625 motivos de consultas e 1.475 problemas, distribuídos em 17 capítulos (GUSSO, 2009). Esses resultados são semelhantes aos que se encontraram internacionalmente (BRITT et al., 2005).

3.3.5. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM POUCOS PROBLEMAS, MOTIVOS DE CONSULTA OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

Os estudos de demanda na APS demonstraram que, apesar do grande número de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde que se apresentam na clínica, há uma forte concentração em problemas, motivos e consultas ou condições mais frequentes. Em geral, observa-se, na literatura internacional e nacional, que menos

de 50 problemas ou condições de saúde mais frequentes respondem por mais da metade da demanda por cuidados primários (SAMPAIO, 2004; OKKES et al., 2005).

Nos Estados Unidos, somente 26 problemas de saúde corresponderam a 50% de todos os motivos de consultas de médicos de família na APS (STARFIELD, 2002).

Estudos de demanda na APS, realizados no Brasil, mostraram resultados semelhantes.

Uma pesquisa feita em Florianópolis mostrou que 28 problemas responderam por 50,4% da demanda total na APS (GUSSO, 2009). É o que se mostra na Tabela 3.

Tabela 3: Problemas mais frequentes na demanda na APS, Florianópolis

PROBLEMA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
<i>Hipertensão sem complicação</i>	827	9,8	9,8
<i>Prevenção/manutenção da saúde</i>	464	5,5	15,3
<i>Infecção do aparelho respiratório superior</i>	316	3,8	19,1
<i>Gravidez</i>	293	3,5	22,8
<i>Diabetes não insulino dependente</i>	255	3,0	25,6
<i>Depressão</i>	224	2,7	28,3
<i>Contracepções/outras</i>	139	1,7	30,0
<i>Prevenção/manutenção da saúde</i>	128	1,5	31,5
<i>Sinais e sintomas da região lombar</i>	116	1,4	32,9
<i>Transtorno/estado de ansiedade</i>	110	1,3	34,2
<i>Hipotireoidismo</i>	108	1,3	35,4
<i>Gastrenterite</i>	105	1,2	36,7
<i>Alteração no metabolismo lipídico</i>	99	1,2	37,9

PROBLEMA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
<i>Dermatofitose</i>	94	1,1	39,0
<i>Amigdalite aguda</i>	93	1,1	40,1
<i>Cistite/outra infecção urinária</i>	93	1,1	41,2
<i>Asma</i>	78	0,9	42,1
<i>Dor abdominal generalizada/cólicas</i>	73	0,9	43,0
<i>Dispepsia/indigestão</i>	73	0,9	43,9
<i>Abuso do tabaco</i>	73	0,9	44,7
<i>Obesidade</i>	72	0,9	45,6
<i>Dores musculares</i>	69	0,8	46,4
<i>Cefaleia</i>	67	0,8	47,2
<i>Vaginite/vulvite NE</i>	57	0,7	47,9
<i>Exame médico/avaliação de saúde</i>	56	0,7	48,6
<i>Otite aguda/miringite</i>	53	0,6	49,2
<i>Bursite/tendinite/sinusite NE</i>	52	0,6	49,8
<i>Rinite alérgica</i>	52	0,6	50,4

Fonte: Gusso (2009).

Pesquisa realizada numa unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, constatou que 20 problemas ou diagnósticos responderam por 61% da demanda total na APS (RADAELLI et al., 1990).

Outra pesquisa realizada no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou que 40 problemas/diagnósticos foram responsáveis por 58,9% da demanda total na APS daquele serviço (TAKEDA, 2013). Há muita proximidade entre os resultados de Porto Alegre e de Florianópolis.

Em Betim, Minas Gerais, 32 motivos de consultas foram responsáveis por 50% do total de atendimentos em três unidades de APS (LANDSBERG et al., 2012).

Na pesquisa de Florianópolis os problemas mais frequentes variaram por grupos de idade: 0 a 4 anos: prevenção/manutenção da saúde, com ênfase na puericultura; 5 a 14 anos: infecções das vias aéreas superiores; 15 a 44 anos: gravidez; 45 ou mais anos, hipertensão arterial sem complicação (GUSSO, 2009).

O fenômeno da comorbidade foi analisado. As comorbidades mais frequentes para o diagnóstico da hipertensão arterial sem complicações foram: diabetes não insulino-dependentes (17,3%); alteração no metabolismo dos lipídios (5,2%); perturbações depressivas (5,0%); hipotireoidismo/mixedema (3,7%); obesidade (3,3%); e doença vascular cerebral (2,4%). As comorbidades mais frequentes para o diagnóstico de diabetes não insulino-dependente foram: hipertensão sem complicações (48,6%); hipotireoidismo/mixedema (4,0%); alteração do metabolismo dos lipídios (3,1%); aterosclerose/doença vascular periférica (1,5%); perturbações depressivas (1,5%); obesidade (1,5%); e doença cardíaca isquêmica com angina (1,2%). As comorbidades mais frequentes no diagnóstico de gravidez foram: outras anemias não específicas (7,1%); secreção vaginal (5,9%); anemia por deficiência de ferro (4,7%); dor abdominal generalizada/cólicas (4,7%); abuso do tabaco (4,7%); cistite/outra infecção urinária (4,7%); e vômitos/náusea durante a gravidez (4,7%).

Essa análise dos problemas mais frequentes na APS aponta para a prioridade que se deve dar, nos cuidados primários, às ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, às condições gerais e inespecíficas, às enfermidades, à hipertensão arterial, ao diabetes melito, às alterações do metabolismo lipídico, à atenção às gestantes e às crianças, à depressão, às infecções das vias aéreas superiores, ao hipotireoidismo, à obesidade e aos sintomas e sinais da região lombar.

Essa pesquisa analisou os motivos de consultas mais frequentes. Verificou-se que 30 motivos de consultas mais frequentes concentram 50,4% do total desses motivos. É o que se vê na Tabela 4.

Tabela 4: Motivos de consultas mais frequentes, Florianópolis

MOTIVO DA CONSULTA	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
<i>Prevenção/manutenção da saúde</i>	529	5,7	5,7
<i>Tosse</i>	295	3,2	8,9
<i>Medicação/renovação/injeção/Circulatório</i>	294	3,2	12,1
<i>Febre</i>	278	3,0	15,1
<i>Gravidez</i>	264	2,8	17,9
<i>Cefaleia</i>	250	2,7	20,6
<i>Hipertensão sem complicação</i>	228	2,5	23,1
<i>Dor abdominal generalizada/Cólicas</i>	175	1,9	25,0
<i>Medicação/renovação/injeção/Psicológico</i>	172	1,9	26,8
<i>Resultado de exame/teste/carta/Geral</i>	167	1,8	28,6
<i>Sinais/sintomas região dorsal</i>	152	1,6	30,3
<i>Vômito</i>	128	1,4	31,7
<i>Diarreia</i>	128	1,4	33,0
<i>Sinais/sintomas da garganta</i>	119	1,3	34,3
<i>Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão</i>	108	1,2	35,5
<i>Exame médico/avaliação/circulatório</i>	104	1,1	36,6
<i>Medicação/renovação/injeção/Endócrino</i>	101	1,1	37,7
<i>Sinais/sintomas da pele</i>	100	1,1	38,8
<i>Resultado de exame/teste/carta/Endócrino</i>	100	1,1	39,9
<i>Vertigens/tontura</i>	96	1,0	40,9
<i>Dificuldade respiratória/dispneia</i>	95	1,0	41,9
<i>Secreção vaginal</i>	93	1,0	42,9
<i>Sinais/sintomas da região lombar</i>	92	1,0	43,9
<i>Prurido</i>	89	1,0	44,9
<i>Dores abdominais, epigástricas.</i>	88	0,9	45,8
<i>Contraceção oral</i>	88	0,9	46,8

MOTIVO DA CONSULTA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
<i>Resultado exame/teste/carta/Circulatório</i>	87	0,9	47,7
<i>Sinais/sintomas de coxas/pernas</i>	86	0,9	48,7
<i>Dor de ouvidos</i>	81	0,9	49,5
<i>Sensação de depressão</i>	80	0,9	50,4

Fonte: Gusso (2009).

Do ponto de vista dos capítulos da CIAP, verificou-se em Florianópolis uma concentração de 68,4% dos problemas em seis capítulos, pela ordem: circulatório (13,8%); geral e inespecífico (12,0%); respiratório (9,4%); endócrino, metabólico e nutricional (9,0%); musculoesquelético (8,4%); e psicológico (8,3%).

Essa grande concentração dos problemas da APS em poucos problemas deve ser refletida, especialmente no campo da educação dos profissionais de saúde. Esses poucos problemas que concentram metade do total de problemas que se apresentam na APS deveriam ser considerados nos cursos de graduação das faculdades de ciências da saúde. Se o objetivo da graduação deve ser a formação de profissionais generalistas, esses problemas deveriam ser privilegiados nos cursos para que os graduandos pudessem manejá-los com efetividade. Da mesma forma, os programas de educação permanente deveriam focar nesses problemas mais comuns. O problema é que a cultura flexneriana que se impõe na educação das profissões de saúde, distancia-se desse objetivo colocando grande energia nos conteúdos de atenção especializada.

3.3.6. OS TIPOS DE ATENDIMENTOS NA APS DISTRIBUEM-SE NUMA RELAÇÃO PRÓXIMA ENTRE A DEMANDA NÃO PROGRAMADA E A DEMANDA PROGRAMADA

A pesquisa de Florianópolis mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e 60% são por atendimentos programados. É o que se verifica na Tabela 5.

Tabela 5: Frequência dos tipos de atendimentos na APS

TIPO DE ATENDIMENTO	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
<i>Consulta do mesmo dia/Urgência</i>	38,6%	38,6%
<i>Agendada por outro motivo</i>	25,5%	64,1%
<i>Hipertenso/Diabético</i>	11,6%	75,7%
<i>Retorno por outros motivos</i>	8,7%	84,4%
<i>Puericultura</i>	8,2%	92,6%
<i>Gestantes</i>	5,6%	98,3%
<i>Visita domiciliar</i>	1,7%	100,0%

Fonte: GUSSO (2009).

As demandas não programadas mais comuns na APS, segundo Gusso (2009), são: infecção aguda do aparelho respiratório superior (9,2%), hipertensão arterial (4,1%), gastroenterite (3,8%), amigdalite aguda (3,3%), perturbações depressivas (2,2%), cistite/outras infecções urinárias (2,1%), sinais/sintomas da região lombar (2,0%), otite média aguda/miringite (1,7%), contracepção/outras (1,7%) e conjuntivite infecciosa (1,6%).

3.3.7. OS ATENDIMENTOS NA APS CONCENTRAM-SE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Quando se analisa o tipo de atendimento por condição de saúde, tomando-se, como base, os dados contidos na Tabela 3, verifica-se que do total de 28 problemas de saúde, 21 (82%) são condições crônicas e 7 são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas.

3.3.8. A DEMANDA NA APS ENVOLVE UMA QUANTIDADE SIGNIFICATIVA DE PROBLEMAS GERAIS E INESPECÍFICOS

A demanda na APS traz um conjunto grande de problemas gerais e inespecíficos que indicam que os problemas de saúde na APS se apresentam de uma forma ainda indiferenciada e que muitos sintomas não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico. É por esta razão que a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) tem um capítulo referente a problemas gerais e inespecíficos.

Dentre os problemas gerais e inespecíficos estão: febre, dor generalizada, debilidade, cansaço, fadiga, sentir-se doente, criança irritável, dores torácicas, medo do tratamento e outros.

A existência de problemas gerais ou inespecíficos, juntamente com a tendência à autolimitação de problemas que aparecem na APS, imprime uma característica singular à clínica dos cuidados primários que é a observação ativa ou a demora permitida. Nesse caso, o clínico ganha a liberdade para uma conduta sóbria, de expectativa, sem o clima de atropelo que caracteriza o atendimento que se faz sob a tirania do urgente. Ao usar o tempo como instrumento de trabalho, o clínico ganha um forte aliado para um bom manejo da condição de saúde da pessoa usuária, desde que duas condições estejam presentes: que o clínico esteja convencido de não se encontrar diante de uma urgência e que tenha uma ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para a pessoa (KLOETZEL, 2013).

Pesquisa feita em Betim constatou que 29,8% dos motivos de consultas estão classificados no capítulo A da CIAP-2, relativos a problemas gerais ou inespecíficos. Os motivos gerais ou inespecíficos foram responsáveis mais frequentes pelos contatos com a APS daquele município em todas as faixas etárias. A partir dos 70 anos, os problemas gerais e inespecíficos tiveram um papel ainda mais importante, representando mais de 40% dos contatos com a APS. Entre os problemas gerais e inespecíficos a febre, a dor generalizada e o cansaço foram os mais comuns, respondendo por 5,8% da demanda total de motivos de consulta na APS (LANDSBERG et al., 2012).

Pesquisa feita numa unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, evidenciou que a febre foi responsável por 5,5% de todos os atendimentos na APS (RADAELLI et al., 1990).

Pesquisa feita em Florianópolis mostrou que 17,1% dos motivos de consultas e 12% dos problemas identificados na APS foram determinados por condições gerais e inespecíficas (GUSSO, 2009).

Pesquisa feita no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, indicou que 23% do total de motivos de consultas na APS foram por condições gerais e inespecíficas (TAKEDA, 2013).

3.3.9. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA NUM GRUPO DE PESSOAS HIPERUTILIZADORAS

A demanda na APS caracteriza-se pela sua concentração num grupo de pessoas usuárias, denominadas de hiperutilizadores (FERNANDES, 2013), de usuários fre-

quentes (SCHRIRE, 1986) ou de pessoas que consultam frequentemente (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

A utilização dos serviços de APS pode ser medida pelo número de vezes que uma pessoa utiliza, num ano, os cuidados primários; se esse número se distancia, para mais, da média de utilização se poderia estar diante de um hiperutilizador.

Têm sido propostos critérios quantitativos para identificar essas pessoas. Um estudo sugere que o número esperado de consultas na APS seja de 5 por ano (SAWIER et al. 2002).

Para alguns autores, a hiperutilização se manifesta quando a frequência de consultas vai além do percentil 97 do padrão de demanda, ou seja, 3% das pessoas com maior número de consultas por ano. Outras definições são mais arbitrárias, considerando hiperutilizadoras aquelas pessoas com mais de 7, 11, 12 ou 20 consultas por ano, uma vez que a média é inferior a esses valores. Fernandes (2013) trabalhando com dados brasileiros, sugere que são hiperutilizadores as pessoas que fazem mais de 6 consultas por ano. Para outros, pessoas hiperutilizadoras são aquelas cujo número de consultas excede um valor médio ou de referência para o respectivo grupo com o mesmo sexo e faixa de idade, num dado período (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012). Para Vested e Christensen (2005) as pessoas hiperutilizadoras deveriam ser definidas como as 10% mais frequentes de cada grupo.

Uma forma alternativa de definir as pessoas hiperutilizadoras é pela percepção subjetiva dos profissionais de saúde. Quando um profissional percebe que uma determinada pessoa o consulta com uma frequência superior à esperada, tendo em vista a situação clínica e de saúde na perspectiva do profissional, essa pessoa passa ser hiperutilizadora, independentemente de um critério numérico (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

Quando a gravidade da doença, a necessidade de reavaliações frequentes e as necessidades das pessoas com doenças crônicas são fatores responsáveis pela procura excessiva de atendimento, a frequência de consultas pode ser adequada e não deve ser considerada um problema. De outra parte, quando a ida frequente à consulta não se traduz em resultados de melhoria das situações de saúde e na redução do sofrimento, é legítimo perguntar se há maneiras melhores para o manejo dessas pessoas (McWHINNEY e FREEMAN, 2010).

Não há uma interpretação simples para o fenômeno das pessoas hiperutilizadoras. É um grupo heterogêneo, o qual inclui pessoas que necessitam de fato dos cuidados que procuram, mas que ademais inclui pessoas que criam uma carga de trabalho

aparentemente desnecessária para as equipes de APS. Às vezes, existe uma mistura dessas duas situações (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

Há trabalhos, na literatura que mostram que as pessoas hiperutilizadoras são, muitas vezes, fonte de estresse e de frustração para os médicos de APS (HODGSON et al., 2005; NEAL et al., 1998).

Estudos europeus mostraram que 30% das consultas ofertadas por médicos de família são induzidas pelos próprios médicos que, nesses casos, comportam-se como fator interveniente da hiperutilização (MARTIN et al., 1991).

As pessoas hiperutilizadoras, comumente, apresentam problemas físicos, mentais e sociais. Essas pessoas têm maior probabilidade de apresentar enfermidades (*illnesses*), problemas gerais e inespecíficos, quadros clínicos pouco organizados e indiferenciados (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

Do ponto de vista do sistema de atenção à saúde a consulta médica de curta duração (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007), além dos problemas gerais que determinam, tem sido associada à hiperutilização dos serviços de APS (SCHRIRE, 1986; ROBINSON e GRANFIELD, 1986).

Na literatura, existem relatos de hiperutilização dos serviços de APS. Neal et al (1996) relatou que os 3% de pessoas mais frequentes utilizaram 15% do trabalho clínico de um médico de família. Estudos na Europa mostraram que 4% a 5% das pessoas hiperutilizadoras eram responsáveis por 20% a 25% do total de consultas em cada ano (NEAL et al., 1998; SMITS et al., 2008). Capilheira e Santos (2006), num estudo feito no Brasil, mostraram que as pessoas hiperutilizadoras constituíam 9% da população demandante. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, 10% das pessoas que consultaram em 2012 foram responsáveis por 34% do total de consultas realizada naquele ano (TAKEDA, 2012).

Têm sido feitos estudos que caracterizam os perfis das pessoas hiperutilizadoras de serviços de saúde.

Pesquisa feita na Espanha identificou como perfil de pessoas hiperutilizadoras, pessoa de idade mais avançada, com baixo nível socioeconômico, integrante de família pequena em estágio avançado do ciclo vital, apresentando sofrimento psíquico, doença crônica e histórico de falta às consultas programadas conforme protocolos assistenciais (SAWIER et al., 2002).

Capilheira e Santos (2006) traçaram o seguinte perfil das pessoas hiperutilizadoras: sexo feminino, nível socioeconômico alto, hospitalização no ano anterior, portador de hipertensão arterial e diabete melito, idade avançada e baixa autopercepção de saúde.

Uma pesquisa sobre pessoas hiperutilizadoras da APS, feita em duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou os seguintes resultados: 44% das pessoas eram hiperutilizadoras (mais de 6 consultas por ano); 44% dos hiperutilizadores obtiveram 78,7% do total de consultas, enquanto que 56% de não hiperutilizadores obtiveram 21,3% do total de consultas; dentre os hiperutilizadores 67,8% eram do sexo feminino e 32,2% do sexo masculino; os hiperutilizadores concentravam-se na faixa etária de 20 a 49 anos (38,6%) e de mais de 60 anos (22,2%); os problemas mais comuns dos hiperutilizadores foram questões administrativas; os problemas mentais e comportamentais têm maior prevalência entre hiperutilizadores (6,9%) do que entre os não hiperutilizadores (3,5%); o profissional mais procurado foi o médico (59,3%), depois o odontólogo (27,5%); os motivos de consultas são semelhantes entre hiperutilizadores e não hiperutilizadores; a média de consultas dos hiperutilizadores foi de 12 consultas/ano e dos não hiperutilizadores de 3 consultas/ano; e 32,0% dos hiperutilizadores moravam em área de risco, percentual próximo aos dos moradores de áreas de não risco (FERNANDES, 2013).

O entendimento do fenômeno das pessoas hiperutilizadoras é importante do ponto de vista do sistema de atenção à saúde, seja numa perspectiva de sua economicidade, seja na perspectiva de sua qualidade.

Em termos da economicidade, a hiperutilização dos serviços gera uso inadequado e ineficiência dos recursos da APS, sejam em tempo da equipe, seja em medicamentos e exames complementares, seja nos custos de oportunidade para as pessoas usuárias (SCHRIRE, 1986).

Ademais, a existência de pessoas hiperutilizadoras consumindo grande parte da oferta de consultas da APS mostra a importância de aplicar modelos de atenção que incentivem a demanda programada de forma a equilibrar a atenção não programada e programada.

Em relação à qualidade, a identificação de pessoas hiperutilizadoras permite aplicar, a elas, modelos efetivos para seu manejo como o modelo balintiano, o modelo biopsicossocial de Engel, o modelo do método clínico centrado na pessoa e o modelo clínico integrado (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012).

3.3.10. A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM ENFERMIDADES

Um dos fundamentos da atenção centrada na pessoa e na família está na diferença das necessidades individuais em termos de condições de saúde que, na língua inglesa, dá-se entre os termos *disease* e *illness*. Doença (*disease*) é uma condição do organismo ou de parte dele, que promove distúrbio nas suas funções. A doença é um construto teórico que permite oferecer os benefícios e os riscos da medicina científica (HEATH, 2010). *Illness* é uma condição de se estar sentindo mal ou sofrendo difusamente. Essa palavra tem sido traduzida para o português como enfermidade para expressar ideias, expectativas, sentimentos e efeitos nas funções (GUSSO, 2007).

Assim, a enfermidade refere-se ao modo como as pessoas percebem a sua doença, ou seja, é a resposta subjetiva do indivíduo e/ou sua rede de relações frente à situação de doença. É um fenômeno que engloba aspectos individuais, sociais e culturais da experiência de doença e contempla o significado atribuído a essa doença. A doença (*disease*) é o que pode ser sistematizado e generalizado através de critérios diagnósticos e catalogado numa classificação de doenças; a enfermidade é única e singular porque não se repete, cada pessoa a experimenta de uma forma própria e, portanto, não é passível de generalização (KNAUTH et al., 2013).

Há várias nomações para enfermidades: sintomas ou queixas medicamente não explicáveis (GRAY, 2009), transtorno somatoforme, sofrimento difuso (VALLA, 2001), histeria, síndrome da não doença (MEADOR, 1965) ou comportamento anormal da doença (PILOWSKY, 1990). Até mesmo, formas preconceituosas de referir-se às pessoas portadoras de enfermidades como poliqueixosas ou ptiáticas.

Algumas pessoas têm uma doença, mas não estão se sentindo mal (enfermidade), como no caso de um diabetes não diagnosticado. Por outro lado, muitas pessoas sentem-se mal (enfermidade), mas não se encontra nenhuma causa para explicar seus sintomas.

As enfermidades podem apresentar formas diferenciadas de manifestação: as somatizações, os sintomas físicos medicamente não explicáveis, as conversões, a hipocondria ou a ansiedade excessiva em relação a uma doença (GRAY, 2009).

Na origem, as somatizações estiveram relacionadas ao conceito da conversão da psicanálise que é a manifestação no corpo de um conflito psicológico não elaborado (McWHINNEY e FREEMAN, 2010). Contudo, as ideias de somatização ou de transtorno somatoforme têm passado por uma releitura em que se deseja significá-las como uma abordagem das enfermidades e das doenças, numa perspectiva mais ampla e integradora.

Em relação com a histeria, assim como as neuroses, elas foram eliminadas da CID 10, bem como do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* da Associação Psiquiátrica Americana, provavelmente porque numa medicina em que o corpo é medicalizado, não há lugar para a subjetividade. Mais complicado é quando, na histeria, o corpo se manifesta, muitas vezes, sem nenhuma correspondência com a nosografia científica. Uma psicanálise lacaniana, ao considerar a histeria, fala da histerossomática que é a disciplina que verifica como o inconsciente se inscreve no corpo em zonas histerógenas em que se dão os gozos dos sintomas (QUINET, 2005).

Em geral, as queixas somáticas constituem a principal justificativa apresentada pelas pessoas usuárias para a busca de consultas médicas na APS, mas para apenas uma fração delas se consegue encontrar explicações orgânicas confiáveis (KROENKE et al., 1973).

Os conceitos de somatização, de queixas somáticas inexplicáveis, de sintomas físicos sem explicação médica, de sintomas medicamente não explicáveis se sobrepõem. Esses quadros têm apresentações clínicas diferentes. Num grupo, o sofrimento mental é inespecífico, não preenchendo critérios para presença de transtorno mental. Num segundo grupo, há um transtorno mental comum, como ansiedade ou depressão, que pode explicar os sintomas físicos. E num terceiro grupo, o quadro clínico é crônico e apresenta síndromes psiquiátricas especificamente associadas à presença de sintomas somáticos inexplicáveis; as pessoas deste grupo são consideradas as somatizadoras verdadeiras (FORTES et al., 2013)

A atenção centrada na pessoa depende da habilidade de fazer conexões entre a generalidade da ciência biomédica e a experiência singular, objetiva ou subjetiva e consciente ou inconsciente, de uma pessoa portadora de doença ou de enfermidade (McWHINNEY, 1996). Assim, uma clínica excessivamente orientada para a doença não será capaz de lidar com o sentir-se mal ou com os sofrimentos não causados pelas doenças, ou seja, com as enfermidades.

Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002). Por isso, a enfermidade convoca uma clínica que abranja os campos das psicoterapias (GROOPMAN, 2001), da terapia comunitária (FONSECA et al., 2008) e/ou da psicanálise (QUINET, 2005).

O cuidado das pessoas portadoras de queixas somáticas sem explicação médica na APS envolve três estratégias: intervenções psicossomáticas, como a reatribuição e recodificação do sintoma, técnicas de solução de problemas associadas com intervenções de caráter cognitivo-comportamental, grupos terapêuticos, técnicas de

relaxamento, exercício físico e abordagem familiar; tratamento medicamentoso; e acompanhamento da pessoa quando for encaminhada para tratamento psicoterápico especializado (FORTES et al., 2013).

3.3.11. A DEMANDA NA APS APRESENTA VARIAÇÕES SAZONAIS E TEMPORAIS

Pesquisa feita numa unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição mostrou que a demanda na APS variou por estações sendo maior no outono e menor no verão (RADAELLI et al., 1990).

Em Florianópolis, houve variações entre as estações do ano, mas os dois problemas principais (hipertensão arterial sem complicações e prevenção/manutenção da saúde) se mantiveram constantes ao longo do ano. Já a tosse variou de 1,8% no verão para 4,4% no inverno.

Pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, indicou que as pessoas usuárias buscam consultas, com maior frequência, às segundas e sextas feiras em relação aos demais dias da semana (LANDSBERG et al., 2012).

3.3.12. A DEMANDA ADMINISTRATIVA É MUITO SIGNIFICATIVA NA APS

A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Os atestados médicos são de vários tipos: atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina, atestado médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito (LIMA et al., 2013).

Pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, evidenciou que 20% do total de consultas na APS foram devidas a demandas administrativas (LANDSBERG et al., 2012). Resultados semelhantes foram obtidos em Portugal (RODRIGUES, 2000) e no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RADAELLI et al., 1990).

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recursos da APS é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. Uma forma de fazer esta organização é por meio do gerenciamento de processos. Há que elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) desses processos, implantá-los e monitorá-los.

3.3.13. A DEMANDA POR CUIDADOS PREVENTIVOS É MUITO SIGNIFICATIVA NA APS

Os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, imunização e vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco individuais biopsicológicos, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e outras.

Pesquisa feita em Florianópolis indicou que prevenção e manutenção da saúde responderam por 5,7% do total de atendimentos na APS, sendo que esta média variou de 4,1% nas mulheres a 9,1% nos homens. Resultado semelhante se observou em Betim (LANDSBERG et al., 2012).

É possível que ocorra na APS praticada no SUS, o que se constatou em outros países, a suboferta de atendimentos preventivos. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, examinando o tempo médio gasto pelo médico de família médio, verificou um dispêndio de 3,0 horas por dia quando seriam necessárias 10,6 horas por dia para esses procedimentos (YARNALL et al., 2003). A solução está em delegar as ações preventivas a outros profissionais não médicos.

Há estudos que demonstram que a demanda por cuidados preventivos domina as preocupações das pessoas das pessoas usuárias na APS. Um estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, realizado na Austrália, chegou a resultados semelhantes (MENDES, 2012).

3.3.14. A DEMANDA POR ATENÇÃO DOMICILIAR É MUITO SIGNIFICATIVA NA APS

No Brasil, há experiências expressivas de atenção domiciliar focalizadas na atenção hospitalar, na humanização, na diminuição dos custos e menos na inversão do modelo. Silva e Seixas (2013) observaram um descompasso entre oferta e demanda de atenção domiciliar que se caracteriza por oferta limitada, direcionada a pequenos grupos, não inclusão de estratégias efetivas para o gerenciamento das condições crônicas e foco na desospitalização e na liberação de leitos nas unidades de saúde.

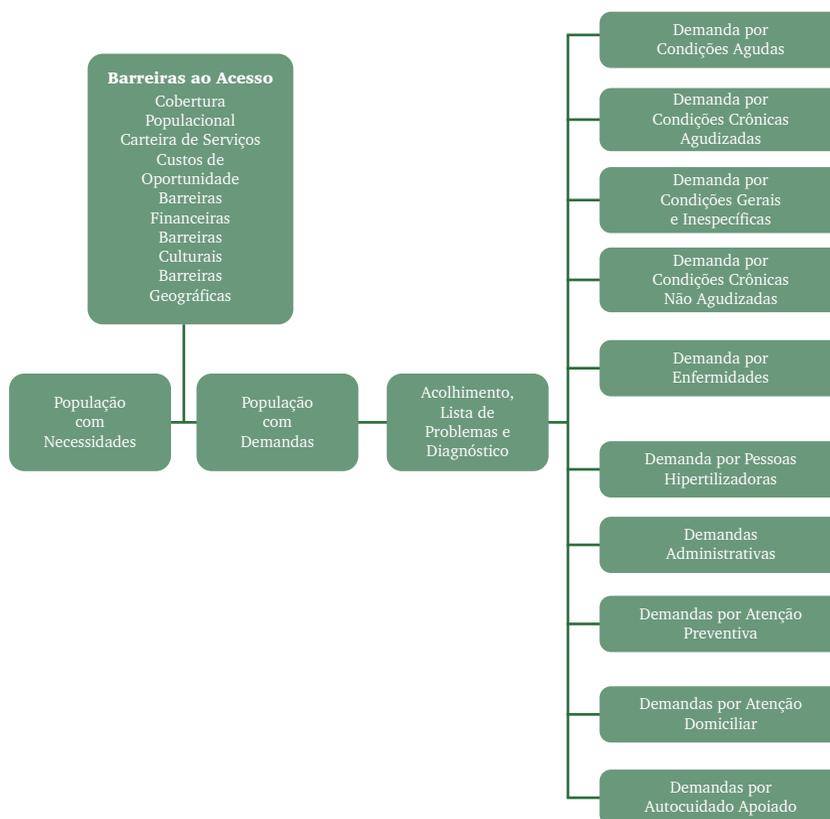
Na APS há um componente significativo de cuidados domiciliares. Na literatura brasileira sobre demanda na APS não foi possível encontrar dados quantitativos que

dimensionem esse importante tipo de demanda. Mas é uma tarefa rotineira das equipes da APS, especialmente dos agentes comunitários de saúde.

4. OS DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA NA APS

Os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser agrupados em nove grupos conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas pela APS. É o que se mostra na Figura 6.

Figura 6: Os diferentes perfis de demanda na APS



As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais) transformam-se em demandas efetivas que levam, na APS, ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos.

Essas listas de problemas e/ou diagnósticos estruturam diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em: demanda por condições agudas, demanda por condições crônicas agudizadas, demanda por condições gerais e inespecíficas, demanda por condições crônicas não agudizadas, demanda por enfermidades; demanda por pessoas hiperutilizadoras; demandas administrativas; demanda por atenção preventiva; demanda por atenção domiciliar; e demanda por autocuidado apoiado.

Como se nota a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática social dos cuidados primários, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: demanda espontânea que cobre os eventos agudos (as condições agudas e as agudizações das condições crônicas); demanda programada que se limita as condições crônicas não agudizadas, em geral, estruturada em programas; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; e demandas por visitas domiciliares. Essa estrutura de demanda restrita gera um desequilíbrio entre as estruturas de demanda e oferta, um grave problema a ser superado na construção social da APS.

CAPÍTULO 3. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

1. O AJUSTE ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS.

A construção social da APS implica o estabelecimento da coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular. Ou seja, há que se harmonizar a estrutura de demanda com a estrutura de oferta.

Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, por consequência, é, também, muito restrita. O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários mostradas no Capítulo 2. Ou seja, a estrutura de oferta que se tem, não dá conta de responder a todas as demandas da APS.

No Quadro 1 mostra-se o desequilíbrio entre as estruturas de demanda e de oferta na APS

Quadro 1: O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
<i>Por condições agudas</i>	<i>Consultas médicas</i>
<i>Por condições crônicas agudizadas</i>	<i>Consultas de enfermagem</i>
<i>Por condições gerais e inespecíficas</i>	<i>Trabalhos em grupo</i>
<i>Por condições crônicas não agudizadas</i>	<i>Vacinação</i>
<i>Por enfermidades</i>	<i>Rastreamento de câncer de colo de útero</i>
<i>Por pessoas hiperutilizadoras</i>	<i>Visitas domiciliares</i>
<i>Por demandas administrativas</i>	<i>Dispensação de medicamentos</i>
<i>Por atenção preventiva</i>	<i>Solicitação, coleta e/ou realização de exames</i>
<i>Por atenção domiciliar</i>	<i>Fornecimento de atestados médicos</i>
<i>Por autocuidado apoiado</i>	

A análise do Quadro 1 indica que, em geral, fruto da redução do perfil da demanda, há uma estrutura de oferta que se compõe de consultas médicas, consultas

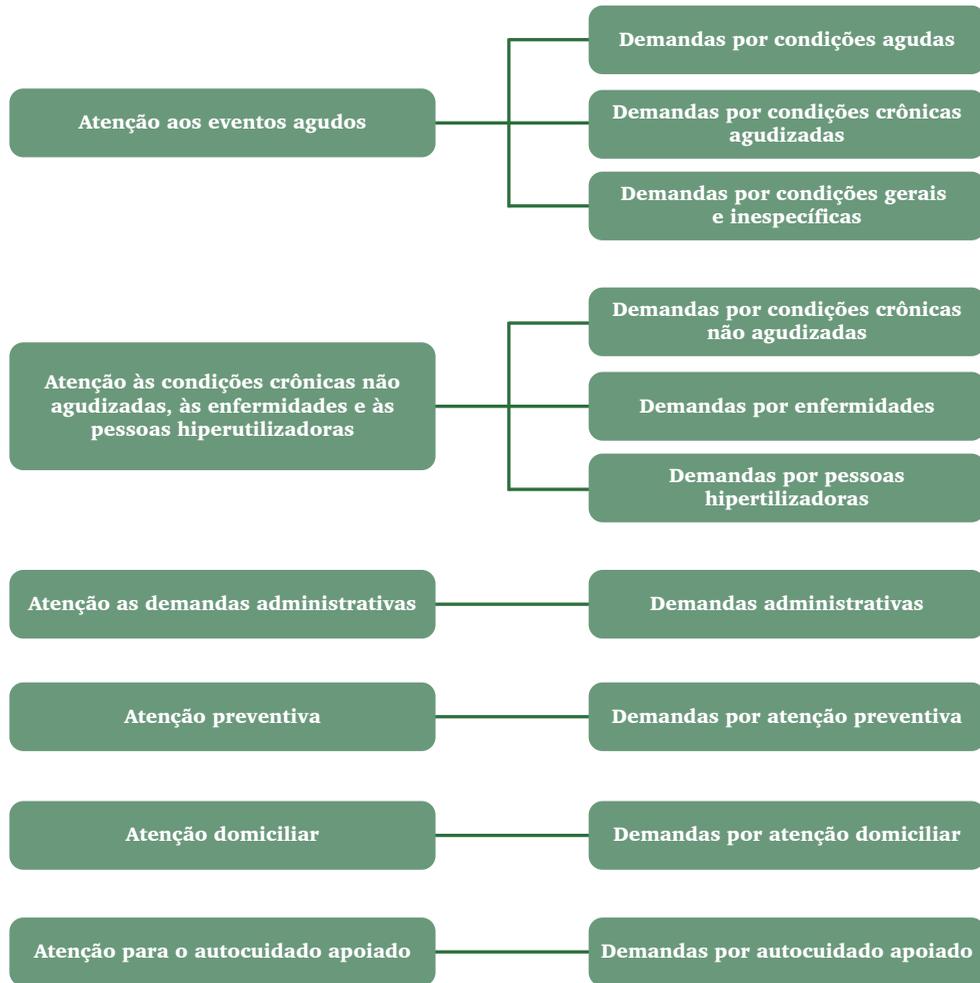
de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos.

Essa estrutura de oferta restrita só é capaz de responder integralmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas e de responder parcialmente às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar. Contudo, ela não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado. Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, um dos componentes da crise da APS.

Para solucionar essa crise há que atuar em dois pontos: agrupar as demandas que exigem perfis de oferta semelhantes e ampliar o perfil de oferta em função dos grupos de demandas. Isso significa promover um adensamento tecnológico da APS com mudanças na estrutura e em processos básicos de organização dos cuidados primários e redesenhando e/ou introduzindo novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda.

O agrupamento das demandas faz-se em função da similaridade das respostas sociais que convocam por parte da APS. Assim, as diferentes demandas na APS, podem ser agrupadas em seis perfis de oferta, conforme se observa na Figura 7: atenção aos eventos agudos que agrupa a demanda por condições agudas, por condições crônicas agudizadas e por condições gerais e inespecíficas; atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras que agrupa a demanda por condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), a demanda por enfermidades e a demanda por pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; e a atenção à demanda por autocuidado apoiado.

Figura 7: Os perfis de oferta e de demanda na APS



O processo de construção social da APS faz-se pelo desenvolvimento e implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais nos seis perfis de oferta.

2. AS BASES OPERACIONAIS DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

Para a construção social da APS são utilizados o modelo de Donabedian e a gestão por processos.

2.1. O MODELO DE DONABEDIAN

Donabedian (2003) desenvolveu um modelo para dar sustentação à avaliação da qualidade em saúde, calcado na tríade estrutura, processos e resultados. Esse modelo, mostrado na Figura 8, é muito próximo ao modelo da teoria geral de sistemas de *input-processo-output*.

Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade.

Figura 8: O modelo de Donabedian



Fonte: Donabedian (2003).

A estrutura é constituída por recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, considerados em suas dimensões qualitativa e quantitativa. São os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis, bem como os recursos humanos e financeiros disponíveis nas unidades prestadoras de serviços.

O processo resulta da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de atenção à saúde que envolve a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Referem-se ao que os profissionais de saúde são capazes de fazer pelas pessoas usuárias e as atitudes, habilidades e capacidades técnicas com que desempenham.

Os processos desenvolvidos por profissionais de saúde e ofertados às pessoas usuárias poderão produzir resultados sanitários avaliados quantitativa e qualitativamente e resultados econômicos. Em geral, referem-se à medição de níveis de

saúde e a satisfação com os cuidados recebidos pelas pessoas usuárias, bem como resultados de avaliações econômicas.

2.2. A GESTÃO POR PROCESSOS

Há muito se percebeu que o modelo de gestão fundamentado na divisão funcional da organização do trabalho, centrado na especialização, esgotou-se. Esse modelo foi substituído pela gestão por processos como forma de dar respostas às necessidades das organizações para que possam promover a melhoria no planejamento e na execução de processos cotidianos, fazendo-as aprender continuamente a gerir seus processos. A gestão por processos é uma mudança paradigmática e deve ser incorporada pela cultura da organização (LIMA et al., 2010).

O pressuposto dessa nova forma de gestão é que se eliminam barreiras dentro da empresa, possibilitando a visualização da organização como um todo e uma maior interrelação entre os diferentes agentes da cadeia de valor.

Há diferentes definições de processos. Hall (1982) define processo como uma série de atividades e tarefas lógicas inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para a realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis. Hammer e Champy (1994) definem processo como um grupo de atividades realizadas numa sequência lógica, com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Para outros, processos são quaisquer atividades que tomam *inputs*, adicionam valor a eles e fornecem um *output* a um cliente específico. Em síntese, processo é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas numa sequência determinada, vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e das expectativas das partes interessadas.

A modernização gerencial contemporânea propõe a organização do trabalho por meio de processos, permitindo a definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas. Nesse sentido, a organização por processos representa uma quebra de paradigma na gestão das organizações que rompe com a organização verticalizada e coloca em seu lugar a organização horizontalizada.

A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada dos recursos, eliminação de etapas redundantes e refinamento das interfaces entre os processos executados. Essa abordagem possibilita planejar e executar melhor as atividades por meio da definição de responsabilidade, utilização mais apropriada dos recursos com diminuição dos custos e dos desperdícios, reduzindo os custos da não qualidade e eliminando etapas

redundantes e evitando o retrabalho. Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais e aperfeiçoá-los para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de valor é, hoje, um grande diferencial na gestão das organizações, inclusive as da área da saúde (LIMA et al., 2010).

Na estrutura por processos, os recursos humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais e os fluxos de trabalho são organizados em função dos processos da organização. A introdução dessa metodologia implica a definição de macroprocessos organizacionais, alinhados ao negócio e direcionados pela estratégia. Em seguida, são definidos os processos finalísticos, os de apoio e os estratégicos, com seus respectivos responsáveis, permitindo a revisão dos fluxos de trabalho, visando à redução das atividades que não agregam valor e garantindo a organização, a divisão e a realização do trabalho, em alinhamento com os propósitos da organização. O conhecimento dos processos é de fundamental importância porque proporciona: melhor utilização dos recursos; melhoria na comunicação; redução dos custos administrativos; processos claramente definidos com base em atividades e em padrões de qualidade estabelecidos; facilidade na implementação de mudanças; e visão ampla e horizontal do negócio.

Os processos organizacionais podem ser divididos em processos estratégicos, finalísticos e de apoio. Os processos estratégicos são aqueles que definem o negócio da organização e direcionam os processos finalísticos e, por essa razão, estão ligados diretamente à missão da organização. Os processos finalísticos são aqueles que geram os produtos ou serviços finais da organização e que são os que são entregues e atendem às necessidades e às expectativas das partes interessadas, gerando valor para a sociedade e, por esta razão, estão ligados diretamente à visão da organização. Os processos de apoio são aqueles que dão suporte direto aos processos finalísticos, fornecendo ou criando as condições necessárias para que a organização possa gerar seus produtos e serviços que vão atender às necessidades dos clientes ou da sociedade (LIMA et al., 2010).

A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e o monitoramento dos processos redesenhados.

O mapeamento do processo objetiva registrar situação atual para compreender os trabalhos e resultados, a forma de organização das pessoas para executá-los e as principais oportunidades de melhoria relacionadas ao processo, principalmente aquelas que possibilitam ganhos de produtividade e tempo. Algumas tecnologias podem ser utilizadas nessa etapa como diagramas de escopo e interfaces dos processos e fluxos atuais dos processos com fluxogramas de coluna.

O redesenho dos processos é feito com as pessoas que nele estão envolvidas englobando: geração, seleção e priorização de ideias (*brainstorming*) para melhoria e inovação dos processos; elaboração de novos mapas dos processos redesenhados; identificação das tarefas críticas dos processos redesenhados e elaboração de procedimentos operacionais padrões (POP's); definição dos indicadores de desempenho dos processos redesenhados; treinamento dos gestores na realização das análises de desvios de metas, proposição de contramedidas e elaboração de POP's.

A implantação dos processos redesenhados exige a elaboração dos planos de implantação dos novos processos. Uma forma de implantar os novos processos é por meio de uma atividade de tutoria em que o tutor que tem o domínio do processo interage, numa situação educacional de aprender fazendo junto, com as pessoas que irão executá-lo no dia a dia.

O monitoramento dos processos é feito por auditores internos e externos que periodicamente fazem uma avaliação de tipo *checklist* dos processos implantados.

3. A ESTRATÉGIA EDUCACIONAL DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

O processo de mudanças na APS implica adensá-la tecnologicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. Nesse sentido, envolve um conjunto de ações que se dão em dois componentes do Modelo de Donabedian: a estrutura e os processos.

As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física, a ampliação da equipe de saúde e a adequação dos recursos materiais e financeiros.

As mudanças nos processos envolvem a organização oferta por meio de: os macro e microprocessos básicos; os macroprocessos de atenção aos eventos agudos; os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; os macroprocessos da atenção preventiva; os macroprocessos das demandas administrativas; os macroprocessos da atenção domiciliar; e os macroprocessos do autocuidado apoiado.

A implantação dessas mudanças implica a utilização de uma estratégia educacional que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos e auditoria de produtos. As oficinas tutoriais alternam momentos presenciais e de dispersão, estes com tarefas bem definidas a serem executadas.

O trabalho de mudança inicia-se com a escolha de unidades laboratórios que são aquelas em que serão implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação de um tutor externo que desenvolve uma estratégia educacional de fazer junto.

As unidades laboratórios cumprem duas funções principais. A primeira é de gerar, a partir da metodologia geral aqui proposta, um padrão customizado para a realidade do local em que se trabalha. A segunda é tornar-se um ponto de visita para as demais unidades acenando que a proposta é viável na realidade específica daquele local.

Em todas as circunstâncias começa-se o trabalho com uma unidade laboratório. Em municípios grandes, onde haja regionais ou distritos sanitários, num segundo momento, devem ser estabelecidas unidades laboratório em cada região ou distrito.

O trabalho com unidades laboratórios é diferente de um trabalho piloto porque ela constitui, apenas, um primeiro momento de intervenção num processo de implantação em escala que já está estabelecido.

Alguns critérios devem ser obedecidos para a escolha das unidades laboratório: ser uma unidade de ESF, com equipe completa; ter uma relação adequada de população por equipe (em torno de 3.500 pessoas por equipe); ter um gerente com capacidade de liderança; ter NASF; ter condições adequadas de infraestrutura; e ter um espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo.

As figuras-chave desses processos de implantação são os tutores que desenvolvem um trabalho educacional nas unidades-laboratório utilizando a estratégia de fazer junto com as equipes da ESF.

Os tutores devem conhecer a metodologia e ter domínio sobre os processos que vão implantar na APS. Ou seja, caracterizam-se pela experiência de chão de fábrica em unidades de APS. Ainda que o trabalho de tutoria aqui recomendado, baseado na tutoria presencial em ambiente de trabalho, seja diferente da tutoria da educação à distância, algumas competências semelhantes devem ser consideradas na seleção dos tutores (LIMA e ROSATELLI, 2005): conhecer a metodologia; ter domínio sobre os processos a serem implantados; possuir atitude crítica e criativa no desenvolvimento de suas atribuições; desenvolver a capacidade de estimular a resolução de problemas; possibilitar uma aprendizagem dinâmica; ser capaz de abrir caminhos para a expressão e a comunicação; fundamentar-se na produção de conhecimentos; apresentar atitude pesquisadora; possuir uma clara concepção de aprendizagem; estabelecer relações empáticas com seus interlocutores; possuir capacidade de inovação; e facilitar a construção de conhecimentos.

O trabalho feito nas unidades laboratórias é difundido pelos tutores para outras unidades de APS, na fase de expansão do processo de construção social da APS.

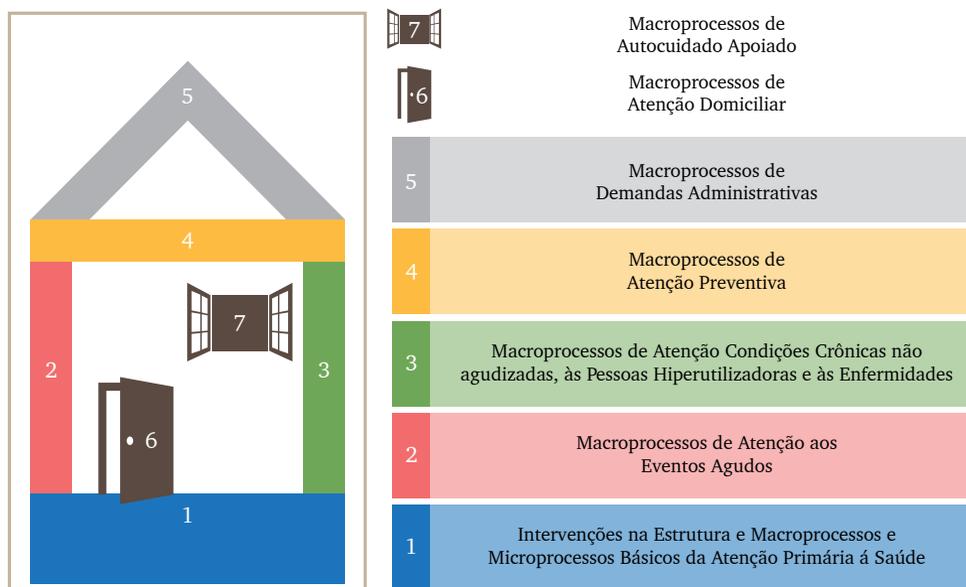
Em alguns processos mais complexos, além das oficinas tutoriais, há que se complementar com cursos breves. Por exemplo, uma oficina tutorial não é suficiente para um processo como da estratificação de risco das condições crônicas, sendo, portanto, necessário, ofertar um curso breve sobre o tema para capacitar as equipes da ESF.

Os processos implantados são auditados, por meio de auditorias internas e externas, periodicamente, segundo a natureza singular de cada processo.

4. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: A METÁFORA DA CASA

O processo da construção social da APS que se propõe pode ser mais bem entendido utilizando a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na Figura 9. Primeiro, há que se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.

Figura 9: A metáfora da casa na construção social da APS



Utilizando-se da metáfora da construção da casa da APS, vários momentos de mudança na APS serão implantados.

4.1. A CONSTRUÇÃO DO ALICERCE DA CASA: AS INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA E NOS MACROPROCESSOS E NOS MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS

4.1.1. AS INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA

Nesse momento as condições estruturais vão ser consideradas, partindo-se de um diagnóstico estrutural da APS e elaborando-se um plano de intervenções.

No aspecto da infraestrutura, pode-se necessitar de reformas ou, até mesmo, da construção de uma nova unidade. Ainda nesse plano infraestrutural será necessário garantir consultórios para consultas individuais da equipe multiprofissional, espaço para atividades de grupo que suportam as novas tecnologias a serem incluídas, sala para primeiro atendimento a eventos agudos e outros espaços fundamentais para a organização dos macroprocesso assistenciais.

Em relação a recursos humanos, deverá ser garantida uma equipe multiprofissional que além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, agregue novos profissionais como assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A atuação desses profissionais não será de mero apoio ou matriciamento, mas de efetiva inserção como membros da equipe multiprofissional da APS. Esses novos profissionais podem estar dimensionados numa relação de um para cada três equipes de ESF.

Todos os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos.

Os recursos financeiros deverão assegurar a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho, bem como a provisão de insumos, medicamentos e exames contidos na carteira de serviços.

4.1.2. OS MACROPROCESSOS E OS MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS

Os macroprocessos básicos são aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização.

O resultado da implantação dos macroprocessos deve ser monitorado e, alguns deles, devem ser auditados temporariamente. Há, contudo, dois marcadores que indicam se esses macroprocessos foram implantados eficazmente que são o selo de qualidade da unidade e a implantação da agenda com hora marcada para atendimento às pessoas usuárias.

Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.

A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento desses microprocessos, o seu redesenho, a elaboração dos POP's; a implantação dos POP's; e a auditoria periódica, interna e externa, dos POP's.

O resultado da implantação dos microprocessos deve ser monitorado regularmente e deve ter um marcador que é o selo de qualidade da unidade em que foram implantados.

4.2. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Na metáfora da casa esse momento corresponde à construção de uma das paredes da casa.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes o padrão da resposta social é único e informado por um modelo de atenção aos eventos agudos considerado na Figura 3, Capítulo 1.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco. Ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

Há resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS. Contudo, na teoria de redes, aplicada às RAS, é central a utilização de uma linguagem comum por todos os nós das redes. Na atenção aos eventos agudos essa linguagem comum é um sistema de classificação de risco que deve ser o mesmo em todos os pontos de atenção das RAS.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores.

4.3. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS, ÀS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS E ÀS ENFERMIDADES

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção de outra parede.

Esses macroprocessos são colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza.

A implantação desses macroprocessos exige um modelo de atenção às condições crônicas. Esses modelos estão detalhados no Capítulo 5.

As condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades exigem respostas sociais articuladas de forma inovadora e que se expressam num conjunto variado de tecnologias de intervenção.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde; a gestão de caso; os grupos operativos; o mapa de recursos comunitários; o autocuidado apoiado; e os novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas e a atenção à distância.

4.4. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PREVENTIVA

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção do teto da casa.

O foco desses macroprocessos é na prevenção dos fatores de risco proximais e dos fatores de risco individuais biopsicológicos.

Na APS há uma demanda significativa por ações preventivas relativas aos fatores de risco definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Em termos de cuidados primários destacam-se os fatores de risco proximais e os fatores de risco individuais, segundo a proposição do Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991).

Os fatores de risco proximais são considerados fatores de risco modificáveis como a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o tabagismo e outros. Esses fatores de risco devem ser enfrentados nos âmbitos macro, meso e microssociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Na APS as ações se concentram relativamente no âmbito microssocial de uma unidade de saúde prestadora de cuidados primários.

Os fatores de risco proximais são muito ligados aos comportamentos e estilos de vida. Por essa razão as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam. A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições

de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia. Mudança de comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada na APS.

Mudar comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige o domínio, pelos profissionais da APS, de diferentes abordagens que apresentam evidências de que são úteis. Dentre elas destacam-se o modelo transteórico de mudança (PROCHASKA e DiCLEMENTE, 1983), a entrevista motivacional (ROLLNICK et al., 2009), o grupo operativo (PICHON-RIVIERE, 2009) e a técnica de solução de problema (NEW HEALTH PARTNERSHIP, 2008).

Os fatores de risco individuais biopsicológico, abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis. Dentre eles mencionam-se: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-diabéticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Os cuidados preventivos na APS não se limitam à prevenção primária, secundária e terciária, segundo o modelo da história natural das doenças proposto por Leavell e Clark (1976). Recentemente foi incorporado um novo conceito, o de prevenção quaternária. A proposta da prevenção quaternária surgiu em função dos estudos que mostravam o potencial iatrogênico de procedimentos médicos preventivos e curativos (BROWNLEE, 2008; WELCH et al., 2011).

A prevenção quaternária foi proposta pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e incorpora as ações tomadas para identificar pessoas e populações em riscos de medicalização excessiva, para protegê-las de intervenções médicas invasivas e para prover serviços que sejam científica e medicamente aceitáveis. A prevenção quaternária volta-se à proteção das pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento de doenças, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e de adoecimento autolimitados, aos pedidos de exames e tratamentos solicitados pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (JAMOULLE et al., 2002; JAMOULLE e GUSSO, 2012).

A organização desses macroprocessos implica implantar os seguintes processos: as tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais como controle do tabagismo, reeducação alimentar, atividades físicas, controle do álcool e outras drogas, manejo

do sobrepeso ou obesidade; rastreamentos suportados por evidências científicas; controle de fatores de risco individuais modificáveis; e prevenção quaternária.

4.5. OS MACROPROCESSOS DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção do teto.

A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames.

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recurso da APS é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. A organização dos macroprocessos das demandas administrativas faz-se por meio do mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares e de renovações de receitas, de redesenho desses processos, de elaboração dos POP's relativos a eles, da implantação dos POP's e de sua auditoria periódica, interna e externa.

4.6. OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à colocação das portas.

Se o domicílio é identificado como o próprio ambiente familiar é, nele, que se manifesta um conjunto de forças poderosas que influenciam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e de suas famílias, especialmente quando se pratica a ESF em que esta unidade sociológica é, também, uma unidade de cuidado pelas equipes de APS (MAHMUD et al., 2012).

A atenção domiciliar ou cuidado domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, sua família e com o cuidador, quando está presente, e se constitui num conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada segundo a necessidade das pessoas e famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998).

A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com

o intuito de subsidiar intervenções. A internação domiciliar envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação específica. O acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe, como pessoas portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A vigilância domiciliar faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adstrita à APS (MAHMUD et al., 2012).

Há alguns critérios que devem ser observados para a assistência familiar: situação de emergência em que a pessoa usuária não pode ser transportada rapidamente para o hospital; atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam a pessoa usuária a vir à unidade de saúde; intercorrências dos portadores de condições crônicas, de pessoas em fase terminal de doença e ou em internação domiciliar; visita periódica para pessoas com incapacidades funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos; visitas a pessoas egressas de hospitais; e confirmação de óbito (MAHMUD et al., 2012).

A organização dos macroprocessos da atenção domiciliar é realizada em relação aos seus principais componentes envolvidos na APS: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. Para cada um desses processos faz-se o mapeamento dos processos, o redesenho desses processos, a elaboração dos POP's, a implantação dos POP's e sua auditoria periódica, interna e externa.

4.7. OS MACROPROCESSOS DO AUTOCUIDADO APOIADO

Na metáfora da casa esses macroprocessos significam a colocação das janelas.

As condições crônicas que dominam a carga de doenças em nosso País têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS, da atenção à sua saúde. Isso significa que em relação a pessoas portadoras de condições crônicas não cabe utilizar a categoria paciente.

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, 2005).

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.

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 (LORIG et al., 2006). Assim, a organização dos macroprocessos do autocuidado apoiado faz-se sobre esses três componentes desenhando esses processos (já que não há tradição de utilização das tecnologias de autocuidado entre nós), elaborando os POP's a eles referentes, implantando os POP's e os auditando periodicamente, interna e externamente.

5.0 RESULTADO FINAL DO PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS: EQUILÍBRIO ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E A ESTRUTURA DA OFERTA

Como resultado final da melhoria da estrutura para os cuidados primários e da implantação de todos os macroprocessos estabelecidos no processo da construção social da APS, se estabelecerá uma situação de equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2: O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na APS

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
<p><i>Por eventos agudos</i> <i>Por condições crônicas não agudizadas</i> <i>Por condições gerais e inespecíficas</i> <i>Por enfermidades</i> <i>Por pessoas hiperutilizadoras</i> <i>Por demandas administrativas</i> <i>Por atenção preventiva</i> <i>Por atenção domiciliar</i> <i>Por autocuidado apoiado</i></p>	<p><i>Acolhimento</i> <i>Consultas médicas</i> <i>Consultas de enfermagem</i> <i>Consultas de outros profissionais</i> <i>Grupos operativos</i> <i>Grupos terapêuticos</i> <i>Educação popular</i> <i>Vacinação</i> <i>Rastreamento de doenças</i> <i>Atenção domiciliar</i> <i>Dispensação de medicamentos</i> <i>Solicitação, coleta e/ou realização de exames</i> <i>Fornecimento de atestados médicos</i> <i>Atendimentos compartilhados a grupos</i> <i>Atendimentos contínuos</i> <i>Atendimentos à distância</i> <i>Atendimentos por pares</i> <i>Apoio ao autocuidado</i> <i>Gestão de casos</i> <i>Matriciamento de especialistas e generalistas</i> <i>Acesso à segunda opinião</i> <i>Acesso a serviços comunitários</i></p>

Como se observa no Quadro 2, adequada a estrutura e implantados os macro-processos, haverá um forte adensamento tecnológico da APS com incorporação de novos profissionais e de novas tecnologias.

Desse processo da construção social da APS resultará uma nova clínica que se caracterizará por alguns movimentos: da cura para o cuidado; da queixa problema para o plano de cuidado interdisciplinar; da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família e na comunidade; no equilíbrio entre a atenção programada e a atenção não programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional e interdisciplinar; na introdução de novas formas de encontro clínico; no estabelecimento de novas formas de relação entre a atenção especializada e a APS; no equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção à distância; no equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por pares; e no fortalecimento do autocuidado apoiado (MENDES, 2012).

CAPÍTULO 4. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. OS MODELOS DE COORDENAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES: O MODELO DE MINTZBERG

A coordenação das RAS, como se viu no Capítulo 1, é uma das funções da APS. É por isso que se fala em RAS coordenadas pela APS. Contudo, capacitar a APS para coordenar as RAS é uma tarefa complexa que exige adotar mecanismos de coordenação organizacional, sem o que a função coordenadora dos cuidados primários torna-se um mero slogan destituído de sentido prático. Infelizmente, é o que, comumente, ocorre na APS.

Como consequência, para exercitar de fato a coordenação de RAS a APS tem de utilizar mecanismos potentes de coordenação organizacional que se articulam em modelos de coordenação.

Há na literatura específica das organizações diferentes modelos de coordenação organizacional, dentre eles, os propostos por Galbraith (1973) e Mintzberg (2003).

Nas organizações de saúde tem sido utilizado, com frequência, o modelo de Mintzberg (2003). Para esse autor toda atividade humana organizada origina duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e a coordenação dessas tarefas para a realização da atividade. Assim, a estrutura de uma organização pode ser definida como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas.

Esse autor propõe um conjunto de cinco mecanismos básicos usados para obter a coordenação entre tarefas separadas: o ajustamento mútuo, a supervisão direta, a padronização dos processos de trabalho, a padronização dos resultados do trabalho e a padronização das habilidades dos trabalhadores.

O ajustamento mútuo obtém a coordenação do trabalho pelo simples processo de comunicação informal. Pelo fato de ser um mecanismo simples é muito usado nas organizações menos complexas, mas, paradoxalmente, é utilizado também em organizações

mais complexas. Como exemplo, uma pequena equipe de canoagem coordena-se fortemente pelo ajustamento mútuo.

Na medida em que uma organização se torna mais complexa, com um número maior de trabalhadores, as organizações tendem a passar para o mecanismo de coordenação de supervisão direta. A supervisão direta assume a coordenação quando uma pessoa passa a ser responsável pelo trabalho de outras, dando-lhes instruções e monitorando suas ações. O autor se refere a um exemplo de coordenação de uma equipe de futebol americano em que 11 jogadores são identificados pelo trabalho que desenvolvem, pela posição no campo e pelas exigências físicas. Nessas equipes os ajustamentos mútuos não são suficientes para coordenar o trabalho de toda equipe e, por esta razão, estabelece-se um líder de campo (*quarterback*) para coordenar o trabalho de todos os jogadores da equipe.

O trabalho pode ser também coordenado sem ajustamento mútuo ou supervisão direta. Para isso, é necessário estabelecer padronizações que são realizadas antes do trabalho se concretizar. Operários em linha de montagem ou cirurgiões na sala de operações não necessitam de coordenação de seus colegas em circunstâncias ordinárias porque sabem exatamente o que se espera deles e procedem de forma adequada seguindo orientações preestabelecidas em normas ou protocolos. Há três tipos de padronizações para a coordenação: padronização de habilidades, padronização de processos e padronização de produtos (MINTZBERG, 2003).

Os processos de trabalho são padronizados quando o conteúdo do trabalho for especificado ou programado; os produtos são padronizados quando os resultados do trabalho, como as dimensões do produto ou o desempenho, forem especificados. Às vezes não há como padronizar nem o processo de trabalho, nem o produto, mas, ainda assim, a coordenação pela padronização pode estar presente. Nesse caso, há como padronizar as habilidades dos trabalhadores. As habilidades e o conhecimento são padronizados quando o tipo de treinamento exigido no desempenho do trabalho for especificado. A padronização das habilidades atinge indiretamente o que a padronização dos processos ou dos produtos faz diretamente: controlar e coordenar o trabalho. Quando um cirurgião e um anestesiológista se encontram numa sala para fazer uma cirurgia precisam de muita comunicação, mas, em função de seus treinamentos, sabem o que se espera do outro. Suas habilidades padronizadas são responsáveis pela maior parte da coordenação (MINTZBERG, 2003).

Os cinco mecanismos de coordenação costumam apresentar certa ordem. Na medida que o trabalho organizacional vai se tornando mais complexo, há uma tendência do processo de coordenação passar do ajustamento mútuo para a supervisão direta e daí, para a padronização, retornando ao ajustamento mútuo. Quando

uma pessoa trabalha só, a coordenação ocorre unicamente num cérebro. Quando o trabalho envolve mais pessoas que trabalham em pequenos grupos surge uma adaptação informal e o ajustamento mútuo torna-se a forma mais importante de coordenação. Quando o grupo cresce há uma dificuldade da coordenação informal, impondo-se uma liderança e a coordenação passa a ser feita por um líder por meio do mecanismo da supervisão direta. Se a complexidade organizacional aumenta ocorre uma transição rumo à padronização. Quando as tarefas são simples prevalecerá a padronização dos processos de trabalho. Trabalhos mais complexos podem exigir a padronização dos produtos por meio da especificação dos resultados. Trabalhos muito complexos em que há dificuldades de padronização de produtos convocam a padronização das habilidades dos trabalhadores. Contudo, em situações em que é difícil padronizar tarefas separadas, a organização pode retornar ao ajustamento mútuo (MINTZBERG, 2003).

Na prática social, as organizações operam com um *mix* desses cinco mecanismos de coordenação.

As escolas de administração das organizações valorizam, diferentemente, esses mecanismos de coordenação. A escola dos princípios da administração, o modelo fayolista, assenta-se na autoridade formal expressa nos mecanismos de supervisão direta. A escola da administração científica de Taylor e as burocracias weberianas tendem a enfatizar os mecanismos de padronização do trabalho. A escola de relações humanas mostrou a presença de estruturas informais nas organizações, o que realçou a importância dos mecanismos de ajustamento mútuo. Pesquisas mais recentes demonstraram que as estruturas formais e informais são entrelaçadas e indistinguíveis, o que reforça a presença dos cinco mecanismos de coordenação nas organizações (MINTZBERG, 2003).

2. A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

2.1. OS PROBLEMAS DA FALTA DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A falta de coordenação da atenção à saúde manifesta-se por meio de um conjunto de situações frequentes como: as barreiras de acesso aos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares; as filas de espera por serviços de saúde; a falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados; a ineficiência na gestão dos recursos utilizados como exames complementares duplicados, referências desnecessárias, reinternações hospitalares, taxas médias de permanência nos hospitais elevadas e utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência; ausência

de um sentimento de continuidade assistencial pelas pessoas usuárias; e ausência de um ponto de atenção identificável e com responsabilização coordenadora na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias (VARGAS et al., 2010).

A falta de coordenação é um dos problemas mais agudos que se manifesta nos sistemas de atenção à saúde (SMITH et al., 2013).

Por falta de coordenação, assim que as pessoas usuárias movem-se dentre os diferentes pontos de atenção à saúde, elas se sujeitam a erros de diagnóstico e tratamento e a sobre ou subprestação de serviços. Pesquisas demonstraram que para 20% das pessoas usuárias os resultados de exames ou as informações médicas não estavam disponíveis na data da consulta médica agendada e 25% das pessoas usuárias disseram que os profissionais de saúde repetiram exames que já haviam sido feitos por solicitação de outros profissionais. Numa pesquisa de opinião, sobre a atenção à saúde, aproximadamente 50% das pessoas usuárias disseram ter experimentado desperdício ou ineficiência no sistema e 33% afirmaram que o sistema é organizado de forma pobre. As pessoas usuárias diagnosticaram que a comunicação deficiente entre os profissionais da APS e da atenção especializada foi responsável pelo incremento das visitas aos médicos (STREMIKIS et al., 2011).

Esses problemas derivados da descoordenação da atenção são estimulados pela fragmentação vigente entre os diferentes serviços, característica marcante da conformação vigente dos sistemas fragmentados que leva a uma perambulação desorientada por diversos prestadores de serviços. Como exemplo, uma pessoa usuária do *Medicare*, o sistema de atende aos idosos nos Estados Unidos, consulta, em média, por ano, sete médicos diferentes, sendo cinco especialistas, em quatro diferentes clínicas (PHAM et al., 2007). Essa tendência é exacerbada pelo fenômeno da comorbidade cada vez mais presente, especialmente nas doenças crônicas em pessoas idosas. Um estudo mostrou que enquanto uma pessoa usuária do *Medicare*, com uma única doença, é atendida, em média, por 5,6 médicos por ano, outra pessoa com 10 comorbidades é atendida, em média, por 28,2 médicos (NIEFELD et al., 2003). Outro estudo verificou que no *Medicare* pago por unidade de serviço, o médico de APS relaciona-se, num ano, com 229 outros médicos que trabalham em 117 diferentes clínicas (PHAM et al., 2009). Além disso, verificou-se que a taxa de referência entre médicos dobrou na última década nos Estados Unidos, enquanto que o número de referências realizadas por médicos da APS aumentou em aproximadamente 160% no mesmo período (BARNETT et al., 2012).

As falhas de coordenação aumentam em função do grande número de profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde, o que inclui mais de 50 especialidades médicas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, equipes de saúde bucal, nu-

tricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos e muitos outros (LEAPE e BERWICK, 2005).

A coordenação deficiente está presente na atenção hospitalar. Uma pesquisa mostrou que 75% das pessoas internadas em hospitais foram incapazes de identificar o profissional responsável por seu cuidado (ARORA et al., 2009). Ademais, o número de profissionais que atendem as pessoas usuárias nos hospitais está aumentando; no período de 1970 a 2000, esse aumento foi de 2,5 para 15 profissionais (GAWANDE, 2011). Um estudo verificou que as pessoas usuárias são atendidas nas internações hospitalares clínicas, em média, por 18 profissionais diferentes e nas internações cirúrgicas por 27 diferentes profissionais em média: 9 médicos, 17 enfermeiros e 1 outro profissional (WHITT et al., 2007). As transições intra-hospitalares são descoordenadas. Somente 26% dos médicos que recebem as pessoas usuárias se comunicaram com os médicos que lhes referiram essas pessoas (LI et al., 2011). O mesmo ocorre nas referências entre hospitais e outros pontos de atenção à saúde, o que aumenta significativamente as taxas de permanências hospitalares. Estudo feito sobre sumários de alta hospitalares mostrou que 33% deles não registravam informações das pessoas usuárias (WERE et al., 2009). Essa falha de comunicação fez com que as equipes de APS não pudessem dar uma atenção adequada às pessoas pós-altas hospitalares (LEAPE e BERWICK, 2005). Os resultados mais exuberantes da descoordenação da atenção à saúde manifestam-se nas reinternações hospitalares. A razão principal está na precariedade da transição entre a atenção hospitalar para outros pontos de atenção e o resultado disso é que metade das pessoas usuárias que são reinternadas não foram vistas por um profissional de saúde no período pós-alta (JENCKS et al., 2009). Um estudo demonstrou que 20% das pessoas usuárias foram reinternadas em até 30 dias após a alta (JENCKS et al., 2009). Metade das pessoas usuárias pós-altas hospitalares não têm um seguimento pelas equipes de APS (SMITH et al., 2013). As reinternações hospitalares foram responsáveis por 15 bilhões de dólares no Medicare, no ano de 2005 (MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2008).

2.2. AS TAXAS DE REFERÊNCIA E A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Um fator importante na coordenação da atenção são as taxas de referência dentro dos sistemas de atenção à saúde. Entre outras razões porque as referências significam transições nos cuidados que são eventos que estão associados a problemas na atenção à saúde.

As taxas de referência dos médicos de APS a outros especialistas variam consideravelmente, apresentando valores, em média, de 5% (CHRISTENSEN et al., 1989).

Essas variações podem ocorrer em função da idade (PECHANSKY et al., 1970); outras são determinadas pelo tipo de organização de saúde (FRANKS e CLANCY, 1997). Em geral, os médicos de família encaminham menos que os clínicos gerais e nas organizações que se articulam por sistemas de pré-pagamento as referências da APS à atenção especializada são menores. Contudo, há uma importante variabilidade nas taxas de referência, mesmo quando essas variáveis são controladas. Estudos mostraram uma variabilidade de até quatro vezes maior nas referências por profissionais de APS, tanto nos Estados Unidos como na Inglaterra (WILKIN e DORNAN, 1990). Mas há uma associação entre os números de referências a especialistas e os números de especialistas que existem numa região ou organização; contrariamente, os números de referências a especialistas estão apenas fracamente associados às taxas de doenças, medidas pela relação padronizada de mortalidade e pelo número médio de prescrições feitas por profissionais da APS (ROLAND e MORRIS, 1988). Na Dinamarca, verificou-se que a taxa de referência a especialistas em um condado estava altamente relacionada aos números de especialistas em diferentes áreas deste condado (CHRISTENSEN et al., 1989). Nos Estados Unidos, onde muitas pessoas podem buscar atendimento de outros especialistas sem um encaminhamento de um médico de APS, as taxas de consultas aos especialistas são diretamente proporcionais à capacidade das pessoas irem e voltarem a um especialista sem o aconselhamento ou orientação de um médico de APS (PERKOFF, 1978; STARFIELD, 1983).

Pesquisas feitas no Brasil sobre o percentual de referências para a atenção especializada demonstraram, como se viu no Capítulo 2, a alta capacidade de resolução da APS: 12,5% em Florianópolis e 9% em Porto Alegre (GUSSO, 2009; TAKEDA, 2013).

Os bons percentuais obtidos no Brasil são provenientes de unidades de APS em que existem médicos de família e comunidade; é provável que esses índices sejam maiores em organizações do SUS em que a APS não esteja organizada com o componente de medicina de família e comunidade.

2.3. A IMPORTÂNCIA DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A melhoria na coordenação dos serviços de saúde converteu-se numa prioridade dos sistemas de atenção à saúde em todo mundo.

Em função dos problemas colocados pela descoordenação da atenção parece impor-se a coordenação da atenção, especialmente quando se trabalha com as RAS. Para Ortún e López-Casnovas (2002) a atenção coordenada a uma determinada população sobre cuja saúde se tem responsabilidade e cujos consumos sanitários implicam riscos financeiros, apresenta mais vantagens sanitárias e econômicas que inconvenientes. Esse posicionamento é reforçado por autores de diferentes países

(INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; CUELLAR e GERTLER, 2006; HOFMARCHER et al., 2007; NUÑO, 2008; VARGAS et al., 2011).

A coordenação da atenção é benéfica, especialmente, para: pessoas portadoras de doenças crônicas que têm múltiplos contatos com o sistema de atenção à saúde e que são atendidas por vários prestadores de serviços diferentes; nos momentos de transição do cuidado entre diferentes serviços de saúde; pessoas portadoras de condições de saúde muito complexas; e pessoas idosas (HOFMARCHER et al., 2007).

As razões para a coordenação da atenção são várias: a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde que (des)organiza os múltiplos pontos de atenção em silos que não se comunicam entre si; o crescimento relativo das condições crônicas e, em especial, das doenças crônicas, no perfil epidemiológico das populações; a prevalência de fatores de risco ligados a comportamentos e estilos de vida que são produtores sociais de doenças; a existência da lei da concentração da severidade das doenças e dos gastos com serviços de saúde que mostra a concentração dos gastos dos serviços de saúde nos estratos populacionais de maiores riscos (NEWHOUSE et al., 1982); as pessoas idosas e as pessoas portadoras de condições crônicas são as que mais sofrem com a descoordenação da atenção (HOFMARCHER et al., 2007).

2.4. O CONCEITO DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A ideia de coordenação da atenção pode ser expressa pela perplexidade de uma pessoa na sala de urgência, quando diz: *"Fui a tantos médicos nos últimos meses, preciso de um médico que junte tudo"* (STARFIELD, 2002).

Para Starfield (2002) a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum e a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às disponibilidades. Isso não é comum nos sistemas de atenção à saúde.

Starfield (2002) descreve diferentes rotas que as pessoas usuárias podem utilizar nos sistemas de atenção à saúde organizados com base na APS: a rota 1 reflete as situações em que as pessoas usuárias buscam atendimentos diretos fora da APS; a rota 2 mostra os encaminhamentos como resultado da incerteza ou incapacidade do profissional da APS para levar um problema ao diagnóstico, sendo que o encaminhamento é feito com o propósito de obter orientação ou confirmação de um especialista; a rota 3 ocorre quando um diagnóstico foi feito, mas a orientação ou a segunda opinião a respeito da terapia adequada é necessária; a rota 4 ocorre quando as pessoas usuárias necessitam de reavaliação e manejo continuados que

os profissionais da APS são incapazes de oferecer; as rotas 5 a 9 representam o retorno das pessoas usuárias dos especialistas para a APS; nas rotas 10 e 11 as pessoas usuárias são encaminhadas de um especialista para outros, sem (rota 10) ou com (rota 11) o conhecimento dos profissionais de APS. Com base nessas rotas estabelece os desafios da coordenação nos sistemas de atenção à saúde: dentro da unidade de APS, quando as pessoas usuárias são vistas por vários membros da equipe e as informações clínicas são geradas em diferentes pontos de atenção, incluindo a assistência farmacêutica e os laboratórios de patologia clínica; com especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração; com outros especialistas que tratam de uma pessoa usuária por longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.

A organização racional dessas diferentes rotas nas RAS cabe às equipes da APS. O papel essencial do profissional da APS é moderar a tendência em relação à dominância na tomada de decisões da pessoa usuária, evitar a duplicação desnecessária de exames e procedimentos, garantir uma transição adequada em toda a RAS e minimizar a expressão, para a pessoa usuária, de diferenças insignificantes no julgamento com outro profissional que esteja envolvido (STARFIELD, 2002).

A coordenação da atenção à saúde pode ser definida como a concertação das diferentes atividades requeridas para atender às pessoas usuárias ao longo do contínuo assistencial ou dos pontos de atenção de uma RAS (LAMB, 1997). Outra definição, produzida num seminário da OECD, define a coordenação da atenção à saúde como as iniciativas sistêmicas e/ou as políticas específicas dirigidas a assegurar que as pessoas usuárias recebam os serviços apropriados às suas necessidades e de forma coerente através do tempo e dos distintos entornos da provisão de cuidados (HOFMARCHER et al., 2007).

A coordenação da atenção à saúde diferencia-se de outro conceito que lhe é próximo, o de continuidade da atenção que expressa o resultado de uma atenção coordenada, mas na perspectiva das pessoas usuárias (REID et al., 2002).

A coordenação da atenção à saúde admite três variantes de coordenação: coordenação da informação, coordenação da gestão da atenção e coordenação administrativa (VARGAS et al., 2011).

A coordenação da informação refere-se à transferência de informações das pessoas usuárias compreendendo duas dimensões: a transferência de informação que se manifesta em mecanismos formais e informais de intercâmbio de informações das pessoas usuárias para que ocorra a coordenação das ações entre diferentes prestadores de serviços; e a utilização da informação que se refere ao uso da informação

sobre circunstâncias e eventos de pessoas usuárias atendidas previamente num prestador de serviços para orientar as decisões clínicas de um prestador.

A coordenação da gestão da atenção refere-se à coordenação dos cuidados das pessoas usuárias por parte dos profissionais que intervêm em sua atenção. Tem como objetivo a prestação de serviços sequenciais e complementares conforme um plano de cuidado compartilhado por diferentes profissionais de saúde. A coordenação da gestão da atenção compreende duas dimensões: o seguimento das pessoas usuárias nos momentos de transição de um serviço a outro; e a consistência da atenção que implica a existência de objetivos de intervenções similares entre os diferentes profissionais de saúde que prestam atenção a uma pessoa usuária.

A coordenação administrativa da atenção diz respeito à coordenação dos procedimentos administrativos para o acesso das pessoas usuárias ao longo dos serviços de uma RAS. Essa coordenação relaciona-se com a regulação dos fluxos assistenciais entre os serviços da RAS.

3. OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A coordenação da atenção à saúde, em geral, faz-se utilizando uma combinação de instrumentos destinados a harmonizar as intervenções sanitárias providas às pessoas usuárias.

As organizações de saúde têm utilizado vários mecanismos de coordenação. Mais frequentemente utilizam os mecanismos de normalização das habilidades dos seus profissionais. Em decorrência das pressões de custos e dos programas de melhoria de qualidade da atenção à saúde começaram-se a padronizar os processos e os resultados e em função da especialização crescente e das interdependências entre as atividades sanitárias utilizaram-se estratégias de coordenação baseadas no ajustamento mútuo (LONGEST e YOUNG, 2000; VARGAS et al., 2011).

Com base teórica no modelo de coordenação de Mintzberg (2003), Vargas et al (2011) propuseram um tipo de coordenação da atenção à saúde que é adaptado, pelo autor, no Quadro 3.

Quadro 3: Tipos de mecanismos de coordenação da atenção à saúde

MECANISMOS TEÓRICOS DE COORDENAÇÃO	MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
<i>Normalização de habilidades</i>	<i>Sistema de educação permanente</i>
<i>Normalização de processos de trabalho</i>	<i>Diretrizes clínicas baseadas em evidências Gestão por processos Sistema de programação</i>
<i>Normalização dos resultados</i>	<i>Sistema de contratualização</i>
<i>Ajustamento mútuo por comunicação Informal</i>	<i>Correio eletrônico Telefone Correio Internet Reuniões informais</i>
<i>Ajustamento mútuo por grupos de trabalho</i>	<i>Grupos de trabalho multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares</i>
<i>Ajustamento mútuo por postos de enlçamento</i>	<i>Central de regulação Gestão de caso</i>
<i>Ajustamento mútuo por comitês permanentes</i>	<i>Comitês de gestão interníveis das RAS's</i>
<i>Ajustamento mútuo por matriciamento</i>	<i>Estrutura matricial Matriciamento entre profissionais</i>
<i>Ajustamento mútuo pelo sistema de informação clínica</i>	<i>Sistema de informação clínica vertical: prontuário clínico</i>
<i>Supervisão direta</i>	<i>Diretor assistencial</i>

Fonte: Adaptado de Vargas et al (2011).

3.1. A NORMALIZAÇÃO DAS HABILIDADES

A normalização das habilidades faz-se por mecanismos de educação permanente dos profissionais de saúde. Há tempo, os processos de educação permanente têm demonstrado ser eficazes para a incorporação de práticas definidas em diretrizes clínicas e, por consequência, são instrumentos importantes para a coordenação por padronização de habilidades.

Para alcançar esse objetivo a educação permanente deve se fazer a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional nos domínios técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; o movimento da educação baseada em evidência; e a

sua base operacional nos princípios da andragogia ou da educação de adultos. As principais características da andragogia são: centralidade 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 fonte rica de aprendizagem por meio da discussão e da solução de problemas em grupos (MAMEDE, 2005).

Para Vargas et al. (2011) a educação permanente deve servir para estruturar um sistema de expertise que se constitui de estratégias que contribuem para incrementar o conhecimento dos profissionais da APS e, como consequência, melhoram a coordenação entre os níveis assistenciais de uma RAS.

Esse sistema de expertise é especialmente virtuoso na coordenação entre APS e atenção ambulatorial especializada. Nele, os especialistas tornam-se educadores dos profissionais da APS por meio de cursos formais, discussões de casos, consultas compartilhadas e outras atividades educacionais (Wagner et al., 1996; Grol, 2004)

3.2. A NORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

A normalização dos processos de trabalho faz-se por meio de diretrizes clínicas e da gestão por processos.

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 (MBE), avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade (EDDY, 1990).

As diretrizes clínicas assentam-se na 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 (SACKETT et al., 1997).

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, 2001).

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 (MENDES, 2011).

Diferentemente, 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 de cuidados paliativos, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade (MENDES, 2011). Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas.

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 (MENDES, 2011). 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, risco intermediário e de alto risco; os portadores de hipertensão podem ser agrupados em riscos baixo, médio, alto e muito alto.

Uma linha-guia, para cumprir bem sua função gerencial de instrumento de coordenação assistencial, 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 (MENDES, 2011). Por exemplo, um protocolo clínico pode ser desenvolvido para a medicação antilipídica em pessoas portadoras de altos índices de colesterol na APS.

Um tipo específico de diretrizes clínicas são os circuitos de diagnóstico e tratamento rápido para doenças crônicas específicas que pretende tornar mais ágil a referência de pessoas com diagnóstico, da APS para a atenção especializada, estabelecendo tempos máximos para o tratamento (VARGAS et al., 2011).

As diretrizes clínicas devem refletir, em seu corpo, o processo de elaboração, mas a *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).

Outros instrumentos fundamentais para a normalização dos processos de trabalho são a gestão por processos, já discutida neste Capítulo 3, e o sistema de programação, analisado no Capítulo 5.

3.3. A NORMALIZAÇÃO DOS RESULTADOS

A normalização dos resultados pode se obter com um bom sistema de contratualização.

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 num jogo de ganha-ganha (COOTER e ULEN, 1988). A melhor forma de negociar e acordar é através de contratos firmados entre partes diferentes.

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.

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).

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 ou 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).

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. Neste caso, aplica-se, mais, a expressão contrato de gestão.

Na organização da APS são muitos comuns os contratos internos entre a instituição contratadora e as equipes de cuidados primários.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos na ESF: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidades aos gerentes locais; permi-

tem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo da equipe da ESF; dão maior consequência ao planejamento da ESF 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 nas necessidades e nos interesses da população; e tornam a ESF mais transparente e mais permeável ao controle social (SAVAS et al., 1998).

Ainda que se possam fazer contratos de gestão com incentivos morais, é melhor que o contrato de gestão contenha um sistema de pagamento por desempenho para os profissionais da ESF. Isso significa que a maior parte dos salários corresponde a um valor fixo, mas que haverá uma parte vinculada ao desempenho de cada equipe da ESF, medido pelos indicadores selecionados. Esse valor variável deve ser bem calibrado para ser percebido como um incentivo que estimula o desempenho da equipe da ESF.

Há experiências relevantes em Portugal (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL, 2006) e também no Brasil. Uma experiência bem sucedida de contrato de gestão na APS é da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (MARTY, 2011).

3.4. O AJUSTAMENTO MÚTUO POR COMUNICAÇÃO INFORMAL

Em situações menos complexas a coordenação da atenção à saúde se beneficia muito de mecanismos informais de comunicação como correio eletrônico, telefone, correio, internet e reuniões informais (VON KORFF et al., 1997; VARGAS et al., 2011).

O telefone, juntamente com as reuniões informais, têm sido meios de comunicação informais muito utilizados nos sistemas de atenção à saúde. A expansão da telefonia móvel tornou esse meio de uso corrente nos serviços de saúde.

Mais recentemente, a internet tem sido utilizada crescentemente na coordenação da atenção à saúde, especialmente os correios eletrônicos e outras mídias eletrônicas.

As redes sociais têm sido um instrumento eficaz de ajustamento mútuo e tem sido muito aplicado no campo da saúde.

3.5. O AJUSTAMENTO MÚTUO POR GRUPOS DE TRABALHO

Na coordenação da atenção à saúde os grupos de trabalho são constituídos por um pequeno número de pessoas com habilidades complementares e estruturados em torno de objetivos comuns (VARGAS et al., 2011).

Segundo o grau de cooperação que se estabelece esses grupos podem caracterizar-se como multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares (MICKAN e RODGER, 2000).

Os grupos multidisciplinares, os mais comuns nas organizações de saúde, são aqueles em que diferentes profissionais trabalham de maneira paralela, com uma definição clara de papéis, tarefas e linhas hierárquicas de autoridade, mantêm elevados níveis de autonomia profissional e baixa colaboração. Os grupos interdisciplinares são aqueles em que diferentes profissionais se reúnem regularmente para coordenar a atenção às pessoas usuárias, fixam os objetivos e realizam intervenções conjuntamente. Os grupos transdisciplinares são aqueles que buscando maximizar a prática colaborativa e minimizar a autonomia, juntam diferentes profissionais que contribuem consensualmente para a elaboração e monitoramento de um plano de cuidado de uma pessoa usuária dos serviços de saúde.

Os grupos interdisciplinares e transdisciplinares melhoram a coordenação da atenção à saúde já que permitem que os diferentes profissionais desenvolvam uma visão global das necessidades das pessoas usuárias e promovam consensos sobre as intervenções a serem feitas. Mas a efetividade desses grupos depende do número de profissionais envolvidos – que deve ser pequeno –, do compromisso de seus membros com os objetivos definidos e da existência de uma comunicação adequada e regular para solucionar problemas, tomar decisões e dirimir conflitos (MICKAN e TODGER, 2000).

3.6. O AJUSTAMENTO MÚTUO POR POSTOS DE ENLAÇAMENTO

O ajustamento mútuo por postos de enlaçamento dá-se quando profissionais de saúde atuam como fonte de informação central que direciona a comunicação e assegura a coordenação entre diferentes pontos de atenção à saúde (VARGAS et al., 2011).

Há diversas experiências de ajustamento por postos de enlaçamento: médicos internistas que colaboram com equipes de APS na gestão de pessoas portadoras de doenças crônicas nos hospitais (RICO et al., 2003); o enfermeiro que faz a ponte entre a comunidade, a equipe de APS e o hospital nas situações de alta hospitalar (VARGAS et al., 2011); e os grupos multidisciplinares que coordenam com os serviços de saúde na alta hospitalar de pessoas idosas (GÓMEZ-BATISTE et al., 1996).

Contudo, há dois instrumentos de ajustamento mútuo que são crescentemente utilizados: os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e a gestão de caso.

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 (MENDES, 2011).

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 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 RAS.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de um software de regulação e de uma infraestrutura 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 RAS, construídas com o centro de comunicação na APS, como se demonstra no Capítulo 5, os acessos internáveis para os procedimentos eletivos serão regulados, principalmente, por este nível de atenção à saúde, articulados com centrais de agendamento eletrônico. Já nas redes de urgência e emergência os profissionais de enlaçamento são médicos reguladores, operando 24 horas todos os dias, com base em protocolos de atendimento.

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. Esses médicos reguladores podem intervir no agendamento de consultas e exames especializados e em situações de urgência e emergência a fim de checar as evidências clínicas do caso e encaminhar a pessoa usuária a um serviço adequado à sua situação de saúde.

Outro mecanismo muito efetivo de ajustamento mútuo por postos de enlçamento é a gestão de caso.

A gestão de caso é uma tecnologia da gestão da clínica que se indica a pessoas portadoras de condições crônicas de muito alta complexidade. Essa tecnologia é discutida no Capítulo 5.

3.7. O AJUSTAMENTO MÚTUO POR COMITÊS PERMANENTES

Para Mintzberg (2003) os comitês permanentes diferenciam-se dos grupos de trabalho por terem uma duração mais longa.

Os comitês permanentes se caracterizam por contar com profissionais em função de liderança em diferentes pontos de atenção de uma RAS. Esses comitês são importantes para definir estratégias e políticas globais de uma RAS e trocar informações (VARGAS et al., 2011).

3.8. O AJUSTAMENTO MÚTUO POR MATRICIAMENTO

O ajustamento por matriciamento pode ser feito por meio de estrutura matricial e por matriciamento entre profissionais.

A estrutura matricial consiste na utilização simultânea de diversas formas de estrutura sobre os mesmos membros de uma organização. Ela se aplica a organizações complexas ou a organizações orientadas por projetos e combina a verticalização das estruturas hierárquicas, com uma estrutura horizontal constituída por diferentes membros das estruturas verticais.

O que caracteriza uma estrutura matricial é uma subordinação múltipla, a condição de flexibilidade e a capacidade para adaptar-se às mudanças ambientais.

Na estrutura matricial os recursos necessários para levar ao objetivo de um projeto são separados, formando-se unidades independentes dirigidas por um gerente ad-hoc. Assim, uma organização cria dentro de si uma estrutura temporária e menor com clara compreensão de seu objetivo concreto. Como ela opera num ambiente pequeno e de união podem ser usados mecanismos de comunicação informal que facilitam a concretização dos objetivos que unem seus membros (PICCHIAI, 2010).

Outra forma de ajustamento é pelo matriciamento entre profissionais.

O matriciamento funciona especialmente entre especialistas e generalistas, presupondo uma relação de retaguarda assistencial e de apoio pedagógico entre os especialistas e a equipe de APS.

A relação de matriciamento deve ser, além de técnica quando diferentes saberes se encontram, também de vínculo pessoal sendo imprescindível o conhecimento mútuo entre especialistas e equipe da APS, ancorado em trabalho clínico conjunto.

O sujeito desse processo de matriciamento é a pessoa usuária e o objeto de trabalho conjunto entre especialista e equipe da APS é o plano de cuidado individual (WAGNER, 1998; PORTER, 2007).

Há evidências robustas de que o matriciamento melhora o nível de saúde das pessoas, produz serviços mais eficientes e de maior qualidade e incentiva o autocuidado (WAGNER, 1998; SINGH, 2005).

3.9. O AJUSTAMENTO PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

O ajustamento mútuo pelo sistema de informação clínica faz-se pela integração vertical das RAS por um prontuário clínico eletrônico.

Os prontuários clínicos são definidos pelo Conselho Federal de Medicina (2002) 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"*.

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.

Os prontuários clínicos eletrônicos 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 mesmo prontuário clínico eletrônico implantado em rede, ou seja, no conjunto de pontos de atenção e nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e no sistema de assistência farmacêutica, representa um instrumento poderoso para garantir a coordenação da atenção à saúde.

Para que os prontuários clínicos sejam implantados haverá que se investir na criação de uma infoestrutura 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 prestados aos profissionais de saúde para que isso possa ocorrer (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

3.10. O AJUSTAMENTO MÚTUO PELA SUPERVISÃO DIRETA

O ajustamento mútuo pela supervisão direta implica dotar uma direção com autoridade formal para supervisionar a coordenação da atenção à saúde.

O diretor integrador busca harmonizar os diferentes pontos de atenção de uma RAS e alinhar os objetivos específicos de cada ponto de atenção com os objetivos globais da rede. É o caso de gerentes de regiões ou de distritos sanitários que articulam os responsáveis por diferentes serviços de saúde no seu território ou de gestores assistenciais que cuidam de garantir a continuidade dos cuidados ao longo da RAS (VARGAS et al., 2011).

4. OS MODELOS DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Para solucionar o problema da falta de coordenação da atenção à saúde desenvolveram-se alguns modelos que apresentam evidências de sua efetividade quando aplicados na prática social.

Dentre eles, mencionam-se o modelo da atenção transicional (NAYLOR et al., 2004), o modelo da atenção guiada (BOYD, 2010; BOULT et al., 2011) e algumas

variações de propostas de organização da APS por meio da instituição de medical homes (ROSENTHAL, 2008).

Vai-se considerar aqui o modelo da coordenação do cuidado com sua aplicação na coordenação entre a APS e a atenção ambulatorial especializada (THE COMMONWEALTH FUND, s/data).

As evidências indicam que é fundamental operar, nas RAS, com relações produtivas entre os generalistas e os especialistas para se obterem os melhores resultados sanitários. Isso é fundamental para garantir o cuidado adequado das condições crônicas.

Contudo, nos sistemas fragmentados vigentes, essas relações dificilmente são construídas e desenvolvidas de forma consistente e coordenada. Em geral, não há comunicação entre os generalistas e os especialistas, o que implica baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas. É o que se relata no Boxe 1.

Boxe 1. O caso da Sra G.

A Sra. G. é uma mulher de 58 anos de idade, já avó, com história, há 15 anos, de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão. Ela tem um índice de massa corporal de 37 e luta para fazer o controle de peso, desde jovem. Numa consulta recente ao seu médico de família queixou-se de fadiga e tristeza. No exame clínico, verificou-se que ela estava com a hemoglobina glicada de 9,7%, com pressão arterial 190/106 e com sintomas de depressão maior, apesar de estar tomando medicação antidepressiva. O médico de família postergou o ajuste das medicações hipoglicemiantes e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou-a ao ambulatório especializado de saúde mental para revisão da depressão. A Sra. G. teve muita dificuldade em agendar uma consulta com um psiquiatra que nunca tinha visto antes e que não conhecia seu médico de família. No dia da consulta psiquiátrica, sua pressão arterial estava em 220/124 e ela se queixava de dor de cabeça e fadiga. O psiquiatra, que nunca tinha tido contato anterior com a Sra. G., alarmou-se com sua pressão arterial e a referiu a um cardiologista que, também, ela não conhecia. O cardiologista disse-lhe que sua medicação antihipertensiva era inadequada e que ela necessitava de uma medicação mais poderosa. Receitou, então, dois novos medicamentos antihipertensivos, mas nada lhe informou sobre o que fazer com os medicamentos que ela estava tomando e qual médico ela deveria consultar em caso de algum problema.

Uma semana depois, a Sra G. teve uma síncope, foi chamada a ambulância e ela foi internada num hospital. Constatou-se que ela tinha um déficit neurológico e fez-se o diagnóstico de um acidente vascular encefálico (AVE). Com o ajuste da medicação no hospital, a pressão arterial estabilizou-se e ela teve alta para ir para a casa, com a recomendação de que deveria procurar o ambulatório de saúde mental porque sua depressão havia piorado. Em casa, ficou mais deprimida e disfuncional, não tendo energia para solicitar atendimento no ambulatório de saúde mental. Deixou de tomar a medicação e três semanas depois teve novo AVE grave.

A irmã da Sra. G. procurou o médico de família para orientação. Ele ficou consternado com o ocorrido e disse que nada sabia do que havia acontecido com aquela senhora após a última consulta. Ela ficou totalmente decepcionada com o tipo de cuidado que sua irmã recebeu daqueles profissionais.

Fonte: Adaptado de The Commonwealth Fund (s/data).

O caso da Sra. G. desvela uma forma de relação entre a ESF e a AAE definida como relação em silos. É a forma mais encontrada nos sistemas fragmentados de atenção à saúde e significa que não há uma coordenação do cuidado às pessoas usuárias.

Contudo, há outras formas de relação entre a ESF e a AAE, sendo as mais comuns a relação de referência e contrarreferência, a relação de visitas periódicas de especialistas a generalistas (BODENHEIMER et al., 2002), a relação mediada por gestor de caso (FRIEDMAN et al., 1998) e a relação da coordenação do cuidado (KATON et al., 1995). Mais que formas distintas de relações, elas refletem, na realidade, diferentes gradações da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE que se move de uma total ausência de coordenação (atenção em silos) para uma forte coordenação (coordenação do cuidado).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a ESF e a AAE é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas. A forma da referência e contrarreferência, a mais conhecida no SUS, é uma condição necessária, mas não suficiente para a coordenação do cuidado, já que não envolve, necessariamente, o apoio nos momentos de transição. Além disso, não implica as visitas periódicas de especialistas a generalistas, o trabalho clínico conjunto entre especialistas e generalistas e a intermediação por gestor de caso. Todos esses elementos são incorporados no modelo da coordenação do cuidado que se diferencia, radicalmente, da atenção em silos, mas que agrega, como partes suas, a referência e a contrarreferência, as visitas periódicas de especialistas a generalistas, o trabalho clínico conjunto de especialistas e generalistas e a intermediação de gestor de caso em certas circunstâncias.

A coordenação do cuidado é definida como a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade (THE COMMONWEALTH FUND, s/data). A coordenação do cuidado faz-se em diferentes dimensões, mas, aqui, se foca na dimensão da relação entre a ESF e a AAE.

A coordenação do cuidado engloba um conjunto de atividades que têm importância para atingir o cuidado coordenado, o que tem sido indicado como domínios da coordenação do cuidado. Esses domínios são estabelecidos em duas grandes categorias: a coordenação das atividades e os enfoques gerais (McDONALD et al., 2010).

Os domínios de coordenação das atividades são: estabelecer e negociar responsabilidades; garantir a comunicação, interpessoal e de transferência de informações; facilitar a transição por meio de transferência de responsabilidades e de informações entre a ESF e a AAE; avaliar as necessidades e metas determinando as necessidades das pessoas usuárias em termos de cuidado e de coordenação da atenção; elaborar planos de cuidados proativos feitos de forma cooperativa pelas pessoas, suas famílias e equipe de saúde e definindo metas de saúde e de coordenação a serem atingidas; monitorar o plano de cuidado feito sobre resultados sanitários e de coordenação; apoiar o autocuidado das pessoas usuárias; estabelecer relações com a comunidade para facilitar o atingimento das metas definidas nos planos de cuidado; e alinhar os recursos organizacionais com as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias.

Os domínios dos enfoques gerais são: equipes de saúde focadas na coordenação do cuidado das pessoas usuárias; equipes de saúde capacitadas a prestar atenção centrada nas pessoas e nas famílias, ou seja, é a necessidade das pessoas usuárias que organiza a coordenação do cuidado, com um papel central de uma ESF capaz de exercitar os seus princípios e funções clássicos; a gestão do cuidado por meio de

tecnologias de gestão da clínica; a gestão de medicamentos; e a coordenação dos sistemas de informação clínica eletrônicos.

A partir desses domínios foram elaborados sistemas de avaliação da coordenação do cuidado com diferentes questionários de avaliação, validados cientificamente, que têm sido utilizados em relação a cada um dos domínios (McDONALD et al., 2010).

A coordenação do cuidado pode ser analisada em diferentes perspectivas: a perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a perspectiva dos profissionais de saúde e a perspectiva do sistema de atenção à saúde (McDONALD et al., 2010).

Na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a coordenação do cuidado constitui qualquer atividade que ajuda assegurar que as necessidades e as preferências dessas pessoas por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais, pessoas e locais de atendimento, sejam realizados de forma oportuna. As falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde a outra, no caso entre a ESF e a unidade de AAE, e manifestam-se por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, há que se considerar que a coordenação do cuidado é uma atividade centrada nas pessoas e nas famílias, destinada a atender às necessidades dessas pessoas, apoiando-as a se moverem, de modo eficiente e efetivo, através do sistema de atenção à saúde. Isso implica a coordenação clínica que envolve determinar a quem e aonde referir as pessoas usuárias, que informações são necessárias transferir na referência e na contrarreferência e que responsabilidades são imputadas aos diversos membros das equipes de saúde. Além disso, há uma coordenação logística que envolve sistemas de apoio e de informação, de transportes e, até mesmo, sistemas financeiros (ANTONELLI et al., 2009). As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva dos profissionais surgem quando a pessoa são referidas a um profissional não adequado ou a uma unidade de saúde errada ou quando se atingem resultados ruins em função de um mau manejo clínico ou de fluxos de informações inadequados

Na perspectiva do sistema de atenção à saúde, a coordenação do cuidado tem como objetivo integrar recursos humanos, materiais e informações necessários para dar suporte às atividades dentro e dentre os diferentes pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e sistemas logísticos. As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva do sistema de atenção à saúde manifestam-se em serviços inefetivos e ineficientes que resultam de problemas clínicos determinados pela fragmentação da atenção à saúde (McDONALD et al., 2007).

O caso da Sra. G. ilustra a ausência de coordenação entre a APS e a AAE, característica da atenção em silos, que teve efeitos devastadores para aquela senhora e para sua família. As razões da descoordenação estão sempre ancoradas nos problemas dos sistemas fragmentados de atenção à saúde (MENDES, 2011). Ao lerem o caso da Sra. G., muitos hão de identificar situações que são frequentes no SUS.

As relações descoordenadas ou com baixo grau de coordenação entre a APS e a AAE trazem muita insatisfação às pessoas usuárias e suas famílias e aos profissionais de saúde. Estudos realizados mostraram que 47% das pessoas entrevistadas reportaram estarem insatisfeitas com a atenção especializada recebida; 63% dos médicos generalistas e 35% dos médicos especialistas estavam muito insatisfeitos com a atenção prestada; e 68% dos médicos especialistas relataram não receberem as informações adequadas ou receberem referências inadequadas de parte dos generalistas. De sua parte, os generalistas reclamaram que não recebiam, de volta, as informações dos especialistas e que não eram notificados quando as pessoas sob sua responsabilidade eram atendidas nas unidades de urgência ou de especialidades ou eram internadas em hospitais (GANDI et al., 2010). Uma pesquisa entrevistou 4.720 médicos generalistas e especialistas, nos Estados Unidos, e verificou que 69,3% dos médicos generalistas relataram encaminhar as pessoas usuárias “sempre” ou “na maior parte das vezes” com a história clínica e a razão da referência, mas somente 34,8% dos especialistas disseram que “sempre” ou “na maior parte das vezes”, receberam esses relatórios (McDONALD, 2010).

Nas relações entre a ESF e a AAE, diferentes situações se manifestam: o generalista não conhece o especialista a quem refere a pessoa usuária e o especialista não conhece o generalista a quem a contrarrefere (quando o faz); o generalista e o especialista nunca partilharam atividades clínicas ou educacionais; o especialista não tem as informações adequadas do generalista ao receber a pessoa encaminhada; o generalista não recebe as orientações do especialista ao ter de volta a pessoa; a pessoa se queixa de que o especialista parecia não saber porque ela estava ali com ele; o especialista não resolve o problema para o qual o generalista encaminhou; o especialista se apossa definitivamente da pessoa na atenção especializada; o especialista repete exames que já haviam sido feitos na ESF; uma mesma pessoa adstrita a uma equipe da ESF é encaminhada, por uma central de regulação, a diferentes especialistas de uma mesma especialidade, em tempos diferentes, com o critério de onde tem vaga; o especialista recebe pessoas que não deveriam ser referidas a ele; o especialista se queixa de que o médico de família encaminha errado porque tem poucos conhecimentos; as relações entre os generalistas e os especialistas são impessoais e de desconfiança mútua; a consulta com especialista demora muito tempo para ser realizada, sendo uma fonte de insatisfação da população e gerando filas; as pessoas se sentem abandonadas quando chegam à unidade de AAE por

falta de apoio na transição; e a atenção especializada é concentrada no médico, sem participação protagoniza de outros profissionais de uma equipe multiprofissional. Tudo isso, contribui para que haja pouca agregação de valor para as pessoas que necessitam de cuidados especializados ambulatoriais, mesmo quando os recebem.

Essas situações têm várias causas, com o pano de fundo na fragmentação do sistema de atenção à saúde: a ESF não está estruturada para dar conta da coordenação da relação com a AAE; os generalistas e os especialistas atuam em silos que não se comunicam; a ESF não regula a AAE, o que é feito por centrais de regulação absolutamente impessoais e burocráticas; não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que definam as situações em que as pessoas devem ser encaminhadas aos especialistas; não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que orientem as intervenções dos especialistas; não há estratificação de riscos na ESF que permita os encaminhamentos de pessoas que efetivamente se beneficiam da AAE, segundo as evidências produzidas pelo MPR; as centrais de regulação trabalham com as agendas livres, o que faz com que uma mesma pessoa possa ser referida, em tempos diferentes, a diversos especialistas de uma mesma especialidade, para um mesmo problema; as relações entre os médicos de família e os especialistas são impessoais não permitindo o trabalho clínico conjunto; a AAE é fortemente concentrada na consulta médica; em geral, não há um sistema de referência e contrarreferência estruturado com base em prontuários clínicos eletrônicos e em planos de cuidados; não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição; e não há uma vinculação entre os médicos de família e os especialistas, o que significa a inexistência da territorialização da AAE.

A relação entre a ESF e a AAE tem dois elementos centrais. Um, o fluxo das pessoas entre a ESF e a AAE, outro, o apoio nos pontos de transição. É preciso ter claro que os momentos de transição geram muita insegurança para as pessoas e são áreas críticas para a segurança da atenção à saúde. As transições ocorrem quando as informações ou as responsabilidades sobre as pessoas usuárias são transferidas entre duas ou mais unidades de saúde, no caso, entre a unidade da ESF e a unidade da AAE, ou ainda, quando é mantida, por um bom tempo, por uma unidade de saúde. Um bom sistema de apoio à transição baseia-se na transferência conjunta de informações e responsabilidades e, por isso, há dois tipos de transição: a transição entre unidades de saúde e a transição temporal (McDONALD et al., 2010). A transição entre unidades de saúde é feita transferindo-se informações e responsabilidades intraunidade, por exemplo, entre diferentes profissionais de uma equipe, ou interunidades, por exemplo, entre a ESF e a unidade de AAE. A transição temporal é feita transferindo-se informações e responsabilidades entre episódios de cuidados, por exemplo, consulta inicial e consultas de monitoramento, ou por ciclos de vida, crianças para pediatras, pessoas idosas para geriatras etc. No caso, o ponto

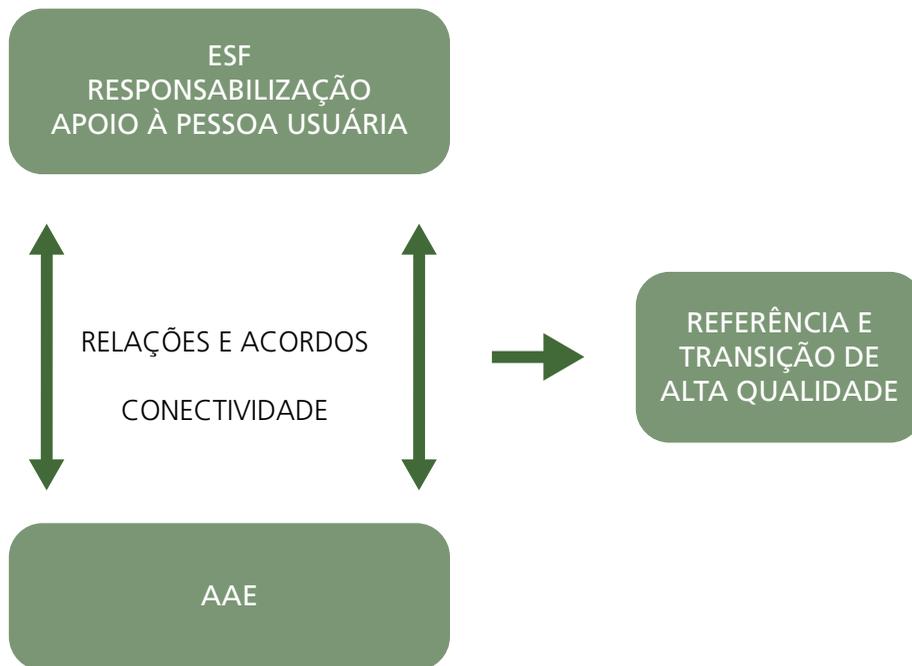
de transição mais importante a ser considerado é a transferência de informações e responsabilidades entre a ESF e AAE.

A relação entre a ESF e a AAE deve ter alta qualidade, o que significa atingir os seguintes objetivos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001): ser segura: planejada para evitar danos às pessoas; efetiva: focada em diretrizes clínicas baseadas em evidências; pronta: as pessoas recebem a AAE em tempo oportuno; centrada nas pessoas: as pessoas recebem a atenção adequada às suas necessidades; eficiente: limitada a referências necessárias segundo os riscos e evitando a duplicação de serviços; equitativa: independente das características sanitárias, econômicas ou sociais das pessoas; e coordenada: os generalistas da ESF e os especialistas da AAE se conhecem, conhecem as necessidades das pessoas e atuam conjuntamente, por meio de um plano de cuidado compartilhado, sob a coordenação da ESF. Para que a relação entre a ESF e a AAE seja de alta qualidade ela deve garantir fluxos e transição balizados por esses objetivos. Um dos modelos desenvolvidos para atingir estes objetivos é o modelo da coordenação do cuidado, proposto pelo *Mac Coll Institute for Healthcare Innovation*, o mesmo grupo que desenvolveu o CCM (THE COMMONWEALTH FUND, s/data).

O modelo da coordenação do cuidado é proposto na perspectiva da APS. Ele considera a AAE e suas relações com a APS e sumariza os elementos que contribuem para o atingimento de fluxos de referência e transição de alta qualidade. São quatro os elementos do modelo: assegurar a responsabilização (*accountability*); prover apoio à pessoa usuária; desenvolver relações e acordos entre a APS e a AAE; e desenvolver conectividade pela via de sistemas de informação clínica, preferivelmente eletrônicos, que propiciem informações oportunas e efetivas entre a APS e a AAE. Esses elementos, quando aplicados, permitem que os prestadores recebam as informações de que necessitam em tempo oportuno, que os profissionais saibam a situação de referência e transição das pessoas sob sua responsabilidade e que as pessoas usuárias sintam que recebem uma atenção coordenada.

O Modelo da Coordenação do Cuidado está representado na Figura 10.

Figura 10: O Modelo da Coordenação do Cuidado



Fonte: Adaptado de The Commonwealth Fund (s/data).

A descrição do modelo da coordenação do cuidado que se faz é uma adaptação da proposta original a situações estabelecidas pela proposta de RAS e à realidade do SUS.

A responsabilização pela coordenação do cuidado, nesse modelo e na perspectiva das RAS, é uma função da APS. É a equipe da APS que deve, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas, considerando a estratificação de riscos das condições crônicas, definir que pessoas se beneficiam da AAE e referi-las. Para tal, é necessário que a APS desenvolva infraestrutura, relações e processos que tornem possíveis referências e transições de qualidade. Isso implica que os profissionais de saúde envolvidos no processo se conheçam e conheçam as expectativas de cada qual e que a unidade da APS tenha pessoal preparado e sistemas de informação adequados.

A existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, que interliguem a APS e a AAE é fundamental. A existência de um instrumento de referência pa-

dronizado, planos de cuidados compartilhados por especialistas e generalistas, com dados da pessoa e de sua história clínica é imprescindível. A responsabilização pela transição é da unidade de AAE que deve apoiar as pessoas ali atendidas e tem de se comunicar com a APS sobre o que está sendo feito. Um relatório padronizado de contrarreferência é importante para garantir a boa comunicação e deve constituir-se de um plano de cuidados interdisciplinar. A APS deve ser preparada para dar conta de exercitar a coordenação do cuidado. Isso envolve a introdução ou mudança de muitos processos como a estratificação de riscos das condições crônicas, a identificação dos especialistas, a definição de critérios de referência e contrarreferência, a montagem do sistema eletrônico ou em papel e outros. Para isso, a equipe da APS deve ser capacitada por processos de educação permanente. O sistema deve ser programado por meio de indicadores de qualidade do cuidado coordenado, por exemplo, garantir que 100% das pessoas enviadas de volta pelos especialistas tenham relatório de contrarreferência feito segundo o sistema padronizado de planos de cuidados interdisciplinares. Há padrões de qualidade para a coordenação do cuidado, por exemplo, os definidos pelo *NCQA's Patient-Centered Medical Home* (2011).

O apoio às pessoas usuárias existe em função dos desafios que a referência e a transição determinam nas pessoas e nas famílias. Há questões que necessitam ser respondidas, há agendamentos que precisam ser feitos e há ansiedades e problemas logísticos que carecem ser manejados. Por isso, sugere-se que haja, nas unidades da APS, profissionais da equipe que se encarreguem do apoio às pessoas que necessitam da AAE. Esta não é uma função clínica e pode ser exercida por um coordenador do cuidado que tem as seguintes funções: identificar e ajudar a resolver barreiras logísticas à atenção especializada; ajudar a fazer agendamentos oportunos; assegurar a transferência das informações das pessoas para os especialistas; e monitorar a atenção e apoiar as pessoas que apresentam dificuldades. Ainda que algumas equipes da APS tenham dividido entre os profissionais as tarefas da coordenação do cuidado, outras optam por ter um profissional específico encarregado de dar conta dos aspectos logísticos e de suporte associados com a referência, a contrarreferência e a transição do cuidado.

As relações e os acordos devem estar bem estabelecidos entre a APS e a AAE. As referências e as transições funcionam melhor se os generalistas, os especialistas e as pessoas usuárias concordam com os propósitos da referência e se os papéis de cada profissional estão bem estabelecidos. Bons acordos derivam de certas relações entre os generalistas e os especialistas que envolvem: assumir que todos os profissionais têm interesse em prover atenção de qualidade às pessoas, estabelecer objetivos comuns e trabalhar cooperativamente neles e evitar confrontação. As expectativas dos generalistas e dos especialistas devem ser orientadas pela definição de que pessoas devem ser referidas, pelas informações que devem ser providas aos especialistas antes

do atendimento (histórico clínico, exames complementares, planos de cuidado), pelas informações que os generalistas desejam na contrarreferência (planos de cuidado) e pelos papéis dos generalistas e dos especialistas depois do atendimento especializado.

As informações essenciais de um sistema de referência são: nome da pessoa, data de nascimento, informação de contato, nome do especialista e informação de contato, razão da referência, breve descrição do problema, resultados de exames mais recentes, tratamentos e condutas recomendados, sua duração e situação, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de cuidado desenvolvido com a pessoa, monitoramento proposto pelo especialista e data (BERTA et al., 2009). Com o exemplo, um formulário de referência é proposto por Reichman (2007).

Ao longo do tempo, conforme os cuidados vão se coordenando, as relações entre os generalistas e os especialistas deixam de ser de desconfiança e de distância para transformarem-se em parcerias próximas. Essa aproximação vai se dando gradativamente e se aprofundando em diálogos que envolvem: a definição conjunta de critérios de referência; a padronização das informações no momento da referência sob a forma de um plano de cuidado; a padronização das informações de contrarreferência na forma de um plano de cuidado; os acordos sobre os exames complementares de forma a reduzir duplicações; e a discussão aberta sobre pontos de conflito (por exemplo, os especialistas assumem as pessoas usuárias quando os generalistas solicitaram uma interconsulta ou os especialistas referem as pessoas usuárias a outros especialista sem consultarem os generalistas). Numa fase avançada da coordenação do cuidado, os generalistas e os especialistas se conhecem pessoalmente, fazem atendimentos conjuntos, compartilham planos de cuidado e discutem casos clínicos relativos a pessoas que foram referidas à AAE. Os especialistas devem se envolver em atividades educacionais de generalistas e na teleassistência, com ações de atendimento à distância e de segunda opinião.

Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado do cuidado compartilhado, há que se partilharem os planos de cuidados e discuti-los em algumas circunstâncias. A função do plano de cuidado compartilhado é garantir que os profissionais da APS e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos (CURRY e HAM, 2010).

Tudo isso, pressupõe que as referências e as contrarreferências não sejam burocráticas e impessoais, mas que sejam feitas entre pessoas que se conhecem e trabalham juntas em algumas ocasiões. O sistema de regulação feito no SUS, por centrais de regulação, além de retirar da APS a coordenação da atenção à saúde dos eventos eletivos, vai na contramão do modelo da coordenação do cuidado. Para

superar esse problema, muitas vezes há que haver uma territorialização da AAE, de tal forma que haja uma vinculação dos generalistas, num determinado território (distrito sanitário em grandes municípios e microrregiões de saúde em municípios médios e pequenos), a especialistas. O sistema tradicional, hegemônico no SUS, de referir a um especialista que tenha vaga, definida pela central de regulação, num determinado dia, que provavelmente não será o mesmo que a pessoa irá consultar num segundo momento, e que não conhece os generalistas, conforme mostram as evidências, é caro e não agrega valor para as pessoas.

A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas e significa que os profissionais de saúde envolvidos dispõem da informação de que necessitam e de um sistema de comunicação fluido para prestar os cuidados adequados. De um lado, os generalistas devem estar seguros de que os especialistas sabem as razões das referências e tenham a informações necessárias para que possam desempenhar suas funções (referência/plano de cuidado); de outro, os especialistas devem prover as informações de volta que respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas (contrarreferência/plano de cuidado). Isso num ambiente em que os profissionais mantenham as pessoas usuárias informadas e confiantes de que eles estão comunicando entre si, em benefício dessas pessoas.

Uma boa conectividade implica: o sistema assegura que as informações requeridas são transmitidas aos destinatários corretos; eventos críticos no processo de referência e contrarreferência são identificados e monitorados; e os generalistas e os especialistas podem se comunicar eficazmente entre eles, formal e/ou informalmente. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, assegura que esta informação crítica flui de forma oportuna. Esse sistema deve incorporar os critérios de referência e de transição que estão estabelecidos em linhas-guia baseadas em evidência. Não obstante, profissionais de saúde entrevistados mostraram que os sistemas de informações clínicos não são capazes de dar suporte à coordenação do cuidado (O'MALLEY et al., 2010). Na inexistência de sistemas eletrônicos, pode-se operar com papel e usar telefone ou fax para a comunicação. Mestzer e Zywlak (2008) relataram alguns estudos de caso sobre sistemas de referência e contrarreferência eletrônicos.

A correta aplicação do modelo da coordenação do cuidado traz resultados positivos para as pessoas usuárias (THE COMMONWEALTH FUND, s/data). É o que se mostra no Boxe 2.

Boxe 2: O caso da Sra. H.

A Sra. H., irmã da Sra. G, é uma mulher de 59 anos de idade, avó, com 12 anos de história de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão maior. Ela tem um índice de massa corporal de 36 e tem lutado para controlar seu peso desde o início de sua idade adulta. Numa consulta recente com seu médico de família verificou-se que ela estava com hemoglobina glicada de 8,9%, com pressão arterial de 148/88 e com sintomas que sugeriam depressão. O Dr. M., médico de família postergou o ajuste das medicações hipoglicemiante e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou ao ambulatório especializado em saúde mental. O Dr. M entrou em contato com o Dr. P., psiquiatra de referência para aquela unidade da ESF, que ele conhecia de longa data e que, regularmente, se encontravam para discutir casos clínicos de interesse comum. O Dr. M., usando o prontuário eletrônico que estava em rede com a unidade de saúde mental, preencheu o campo concernente à referência para especialista e agendou a consulta com o Dr. P., orientando Sra. H. que buscasse o comprovante do agendamento com a coordenadora de cuidado da unidade, um técnico em enfermagem. A Sra. H. teve problemas com seus netos e não pode estar presente à consulta agendada. O técnico em enfermagem verificou no sistema eletrônico que a Sra. H. não comparecera e fez um novo agendamento com o psiquiatra e lhe comunicou a nova data e horário. Quando a Sra. H. encontrou o psiquiatra ele já tinha, à sua frente, o formulário de referência enviado pelo Dr. M. O Dr. P fez a consulta e ajustou a medicação antidepressiva, mas verificou, também, que a Sra. H. estava com pressão elevada, dor de cabeça e fadiga. Por isso, providenciou para que ela fosse agendada, naquele mesmo dia, à tarde, com o Dr. M. na unidade da ESF. O Dr. M. a atendeu prontamente e ajustou a medicação antihipertensiva e pediu que ela retornasse dias depois. Quando retornou, estava melhorando da depressão e sua pressão estava se normalizando.

Fonte: Adaptado de The Commonwealth Fund (s/data).

Este caso reflete alguns dos resultados positivos que se tem encontrado sobre o modelo da coordenação do cuidado entre a APS e a AAE.

Parafraseando J. Fry pode-se afirmar que a coordenação do cuidado nas relações entre a APS e a AAE é importante para proteger as pessoas usuárias dos especialistas inadequados e os especialistas das pessoas usuárias inadequadas (GUSSO, 2005).

Há evidências de que a coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas melhora a atenção à saúde pela redução do uso de recursos, pela maior satisfação das pessoas usuárias e pela melhoria da da comunicação (McINNES e MCGHEE, 1995; EASTWOOD e SHELDON, 1996; MORMAN et al., 2001; KASPER, 2002; BYNG et al., 2004; MAISLOS e WEISMAN, 2004; REA et al., 2004)

O modelo da coordenação do cuidado pode ser aplicado ao SUS, como base de uma nova forma de relação entre a APS e a AAE. Dessa forma, rompe-se com a forma hegemônica, a atenção em silos, fruto da fragmentação do sistema e que não gera valor para as pessoas usuárias de nosso sistema público de saúde. Algumas experiências radicalizam o modelo da coordenação do cuidado entre os generalistas

e os especialistas colocando-os trabalhando juntos, num mesmo espaço físico, como é o caso da Kaiser Permanente (PORTER e KELLOGG, 2008).

Como se viu, a introdução da coordenação do cuidado entre a APS e a AAE exigirá mudanças muito profundas na relação atualmente predominante e, isso, repercutirá fortemente na organização da APS.

Muitas mudanças, algumas na estrutura e outras nos processos, deverão ser feitas na APS para a construção do modelo da coordenação do cuidado. Dentre elas destacam-se: o fortalecimento da APS como coordenadora da relação com os especialistas; a possibilidade de agendamento direto, pela equipe da APS, dos atendimentos especializados; o fortalecimento do trabalho multiprofissional na APS; a existência de linhas-guia que definam os parâmetros de referência aos especialistas; a introdução do manejo clínico das condições crônicas por estratos de riscos, segundo o MPR; a instituição na APS de coordenadores de cuidado; a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, formatados para dar conta da referência e da contrarreferência; o centramento da coordenação do cuidado em planos de cuidados elaborados, cooperativamente, por generalistas e especialistas; um sistema padronizado de informações para os especialistas; a vinculação dos membros da equipe da APS a especialistas, preferivelmente com territorialização; a existência de relações pessoais entre os generalistas e os especialistas; e a cultura de trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da APS e os especialistas, envolvendo atividades educacionais, de supervisão, de pesquisa, de teleassistência e de segunda opinião.

CAPÍTULO 5. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

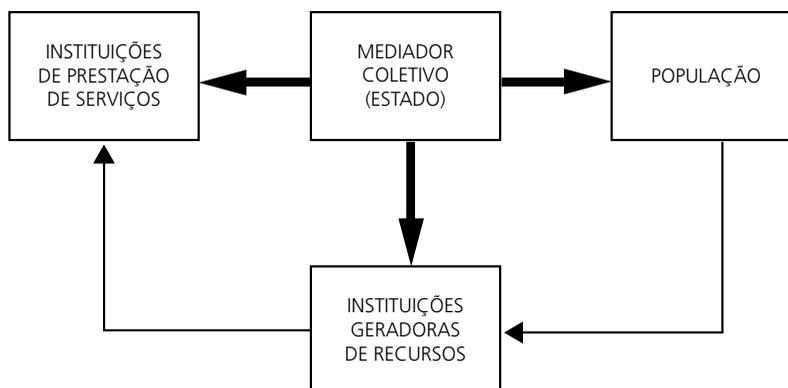
1. OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto das atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Daí que se estruturam como respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

Por constituírem-se como sistemas sociais, os sistemas de atenção à saúde apresentam uma arquitetura e uma fisiologia. A arquitetura refere-se ao conjunto de elementos que o compõem e à estrutura de suas relações e, como fisiologia, esses sistemas se movem no sentido de dar uma resposta social às condições de saúde da população.

A Figura 11, adaptada de Frenk (1994), mostra os componentes e as relações que se estabelecem nos sistemas públicos de atenção à saúde.

Figura 11: Os componentes e as relações nos sistemas públicos de atenção à saúde



A Figura 11 mostra que os sistemas de atenção à saúde se materializam numa relação entre instituições prestadoras de serviços e uma população. Mas nem as instituições prestadoras de serviços de saúde, nem a população, atuam isoladamente e, tampouco, constituem categorias homogêneas. As relações entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e a população não são diretas, mas mediadas por um ator coletivo sendo que este agente de mediação é, nos sistemas públicos, o Estado.

Cabe ao Estado definir os critérios para a elegibilidade de diferentes grupos populacionais em relação aos serviços de saúde, num gradiente que pode variar de um direito social, como no sistemas públicos universais, até à oferta de uma cesta básica de serviços aos mais pobres, nos sistemas segmentados ou nos sistemas de cobertura universal em saúde.

Os sistemas de atenção à saúde não estão limitados aos três componentes centrais mostrados na Figura 11 porque há outros atores sociais de importância presentes na arena sanitária. Especialmente relevantes são as instituições geradoras de recursos: as universidades e institutos de pesquisa, geradoras de recursos humanos e de conhecimentos e de tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria farmacêutica.

Por fim, os diferentes atores sociais em situação nos sistemas de atenção à saúde mantêm conexões entre si, extremamente diferenciadas, como interações de serviços, de recursos, de participação e simbólicas.

2. A ESTRUTURA FUNCIONAL DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: AS MACROFUNÇÕES DE REGULAÇÃO, FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Para alcançar seus objetivos, os sistemas de atenção à saúde devem desempenhar certas funções. Essas funções podem ser catalogadas de diferentes formas: um documento preparado para a Organização Mundial da Saúde define nove funções essenciais para a saúde pública (BETTCHER et al., 1998); a Organização Pan-Americana da Saúde estabelece onze funções essenciais (MUÑOZ et al., 2000); e Berman e Bossert (2000) propõem cinco funções.

Pode-se, entretanto, agrupar as diferentes funções dos sistemas de atenção à saúde em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde.

2.1. A MACROFUNÇÃO DE REGULAÇÃO

O sistema de atenção à saúde está sujeito a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica (LOMAS e CONTANDRIOPOULOS, 1994).

Essas formas de regulação dão origem, respectivamente a quatro modelos regulatórios: o modelo tecnocrático, o modelo de autorregulação profissional, o modelo democrático e o modelo baseado no livre mercado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1998).

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de atenção à saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população. Esse modelo tecnocrático de regulação está baseado na análise normativa produzida por expertos e deve ser capaz de estruturar, monitorar e avaliar as atividades do sistema de atenção à saúde de modo a verificar em que extensão os objetivos deste sistema foram alcançados.

A autorregulação dá-se quando os profissionais de saúde, organizados em instituições corporativas, estabelecem limites para o exercício ético e eficaz das práticas de saúde e tentam manter os profissionais da categoria específica dentro desses limites. Esse modelo de autorregulação profissional assume que parte do controle do sistema de atenção à saúde deve ser delegado às profissões de saúde.

A regulação democrática manifesta-se quando os cidadãos, organizados em instituições formais de controle público, e apoiados numa ambiência democrática eficaz (Ministério Público, Sistema Judiciário, Mídia, Ouvidorias, movimentos sociais etc.), participam das decisões políticas da saúde e de sua implementação e avaliação, mas como entes externos ao aparelho de Estado. Esse modelo de regulação supõe que cada cidadão tem o direito e a responsabilidade de influenciar as decisões sociopolíticas e as ações do sistema de atenção à saúde no interior da sociedade.

A regulação mercadológica dá-se, normalmente nos sistemas privados, mediante a competição entre entes administradores e prestadores de serviços de saúde. Esse

modelo de regulação baseado no mercado está relacionado com o que é denominado de uma alocação Pareto-ótima de recursos, no sentido de que é impossível mudar uma alocação sem penalizar, pelo menos, um agente econômico.

Ainda que reconhecendo essas quatro formas de regulação, o que vai se considerar, aqui, é a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado num sistema público de atenção à saúde.

2.2. A MACROFUNÇÃO DE FINANCIAMENTO

O financiamento dos sistemas de atenção à saúde consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou de fontes secundárias (governos federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação em fundos reais ou virtuais (poupança familiar, orçamento público, fundos etc.) e sua distribuição através de uma variedade de arranjos institucionais, para produzir serviços de saúde.

Um bom sistema de financiamento dos sistemas de 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 e que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde da população.

O papel extrativo do financiamento dos sistemas de atenção à saúde consiste na mobilização dos recursos pela via de impostos, taxas, prêmios etc. Os recursos públicos provêm, principalmente, de impostos e contribuições, inclusive contribuições obrigatórias à previdência social pública, e são acumulados em orçamentos ou em fundos específicos. Os recursos privados compõem-se, principalmente, de pagamentos de prêmios, por indivíduos, famílias e/ou empresas, para seguros privados voluntários de saúde e dos gastos do bolso de indivíduos e famílias para compra direta de serviços e bens de saúde.

O papel acumulativo do financiamento dos sistemas de atenção à saúde consiste em depositar os recursos extraídos das diversas fontes em fundos financeiros, reais ou virtuais.

Esses recursos acumulados em fundos devem ser geridos de forma a garantir que os riscos de pagar por serviços de saúde sejam rateados por todos os membros segurados e não por cada contribuinte em particular. Por isso, os fundos desempenham, num sistema de atenção à saúde, uma função de seguro, seja através de seguros explícitos (as pessoas ou famílias filiam-se a uma seguradora e pagam um prêmio), ou implícitos, como se dá quando o fundo é constituído por recursos originários de

impostos gerais cobrados de todos os cidadãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O papel alocativo do financiamento dos sistemas de atenção à saúde consiste na forma como esses recursos são distribuídos para outros gestores ou para instituições prestadoras de serviços de saúde. A distribuição de recursos financeiros entre gestores aplica-se no financiamento estatal e dá-se entre níveis de governo.

Há dois princípios fundamentais que devem orientar a distribuição dos recursos estatais nos sistemas de atenção à saúde: a equidade e a eficiência. Mas, nem sempre, é possível evitar o *trade-off* entre esses dois objetivos.

Há que se considerar, no papel alocativo do financiamento dos sistemas de atenção à saúde, as diferentes formas que podem se dar nas relações entre os gestores estatais, públicos não estatais ou privados, e os prestadores de serviços de saúde.

Esse papel alocativo materializa-se através de formas de pagamento distintas, expressas nos seguintes tipos: unidade de serviço, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, diária, capitação simples ou ajustada, salário, pacotes de serviços, ciclo completo de atenção a uma condição de saúde, elemento de despesa orçamentário ou orçamento global.

2.3. A MACROFUNÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A prestação de serviços de saúde refere-se a uma combinação de recursos num processo de produção desenvolvido numa estrutura organizacional particular que leva a alguns produtos (*outputs*) que, por sua vez, podem determinar resultados (*outcomes*), isto é, alterações no estado de saúde das pessoas usuárias.

A prestação de serviços é feita por profissionais de saúde trabalhando isoladamente ou em instituições, em espaços ambulatoriais, hospitalares, domiciliares ou comunitários. Envolve serviços de atenção ambulatorial, de atenção hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e outros.

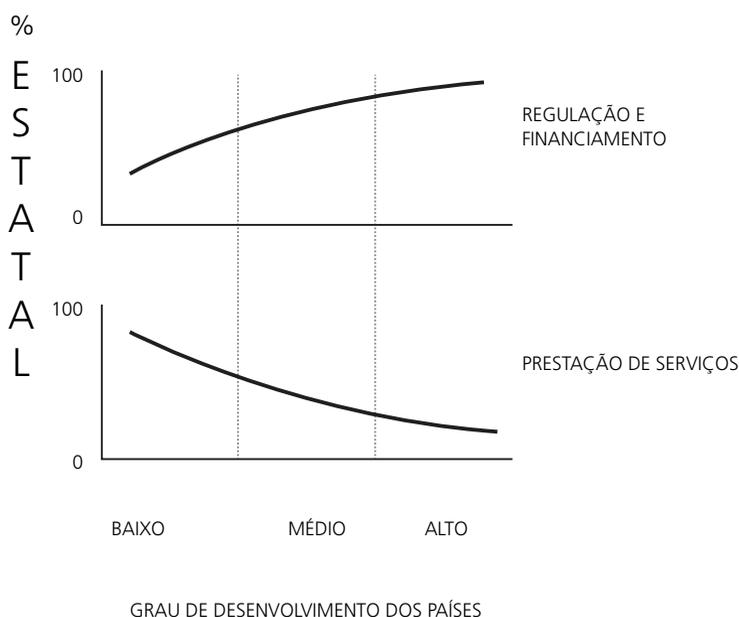
2.4. A DINÂMICA DAS MACROFUNÇÕES DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As três macrofunções dos sistemas de atenção à saúde exercitam-se, na prática social, através de um *mix* estatal/privado. Não há nenhum país em que exista um modelo puro, seja de exercício exclusivamente estatal, seja de exercício exclusivamente privado.

O *mix* estatal/privado varia, na sua composição interna, num dado momento, entre grupos diferentes de países, mas, mais importante, há evidências nos padrões de evolução deste *mix* estatal/privado nas três macrofunções quando, numa visão longitudinal, se discriminam os países de acordo com seus graus de desenvolvimento: baixo, médio e alto desenvolvimento.

Chernichovsky (1995), observando uma amostra de diferentes países com baixo, médio e alto grau de desenvolvimento, constatou que à medida que o desenvolvimento vai se dando — de baixo para médio e para alto —, as macrofunções de regulação e financiamento deixam de ser privadas e passam a ser, predominantemente, estatais; contrariamente, uma tendência inversa se dá na macrofunção de prestação de serviços em que, com maior desenvolvimento, há uma tendência a que a prestação deixe de ser estatal para ser privada, lucrativa ou não lucrativa. É o que está representado na Figura 12, uma adaptação da proposta original daquele autor, e que reflete, em grande parte, a política de separação das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde que vem se consolidando nos países desenvolvidos.

Figura 12: A evolução do *mix* estatal/privado das três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde conforme o grau de desenvolvimento dos países



Fonte: Chernichovsky (1995).

3. OS PAPÉIS DA REGULAÇÃO ESTATAL DO SUS

O SUS como sistema público exercita a regulação estatal. Contudo, a regulação dos sistemas de atenção à saúde pode ser analisada numa perspectiva ampla e numa perspectiva restrita.

Na perspectiva ampla corresponde ao exercício pleno do conjunto de papéis regulatórios que constituem a macrofunção de regulação estatal. No sentido restrito significa o exercício de um dos papéis dessa macrofunção, especificamente a regulação assistencial.

A macrofunção de regulação estatal explicita-se no nosso sistema público de atenção à saúde, por meio de um conjunto de papéis regulatórios; por sua vez, esses papéis regulatórios são implementados na prática social por meio de instrumentos regulatórios.

Os principais papéis regulatórios do SUS são: a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico (MENDES, 2002).

4. O SISTEMA DE ACESSO REGULADO À ATENÇÃO À SAÚDE

A observação dos papéis regulatórios indica que a macrofunção de regulação contém um papel regulatório que se expressa no sistema de acesso regulado à atenção à saúde, o qual, por sua vez, envolve, como seu componente-chave, a regulação assistencial (MENDES, 2011).

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 os graus de riscos e as normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais predefinidos.

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 os 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 de 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 as RAS.

Nas RAS 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 convocam um *software* de regulação e uma *infra* 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 RAS, 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 um 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.

Para operar o sistema de acesso regulado 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 cogestão do estado e representação dos municípios da região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A central de regulação deve operar com protocolos de atendimento e, nos eventos agudos, com opinião de médico regulador, disponível no sistema 24 horas por dia. Esse regulador pode intervir no agendamento de consultas e exames especializados em situações de urgências e emergências. Sua função é checar as conformidades da demanda com as diretrizes clínicas e encaminhar a pessoa usuária a um serviço adequado a fim de garantir a melhor opção de atenção possível.

Os sistemas informatizados do complexo regulador devem ter os seguintes objetivos: tornar transparentes 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 a referência em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; identificar as áreas de desequilíbrio entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na programação; 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 APS; 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 das ações e serviços de saúde 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, 2011).

5. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

5.1. O CONCEITO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

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 intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles segundo diferentes perfis de demanda e de oferta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; CONASS, 2011).

A regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na programação de ações e serviços de saúde e da disponibilidade de recursos financeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; CONASS, 2011).

A regulação assistencial é um ponto essencial na articulação das RAS. Por essa razão, os sistemas de atenção à saúde que se (des)organizam de forma fragmentada, impossibilitam uma regulação assistencial consequente.

A função de regulação assistencial nas RAS é imputada a um centro de comunicação que por meio de uma inteligência regulatória ordena os fluxos e contrafluxos da assistência nos pontos de atenção à saúde, nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, nos sistemas de assistência farmacêutica e nos sistemas logísticos.

A regulação assistencial nas RAS tem como objetivo geral garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa. Esse objetivo geral se desdobra nos seguintes objetivos específicos: qualificar a demanda por serviços de saúde, quantitativa e qualitativamente; qualificar a oferta de serviços de saúde, quantitativa e qualitativamente; e ajustar a capacidade de oferta à demanda pelos serviços de saúde. Portanto, a regulação assistencial deve se organizar nos dois polos da atenção à saúde, no polo da oferta e no polo da demanda por serviços de saúde. Somente quando isso ocorre, é possível chegar-se a uma regulação assistencial efetiva e eficiente. Além disso, há que se racionalizarem os sistemas logísticos.

5.2. OS LUGARES DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NAS RAS

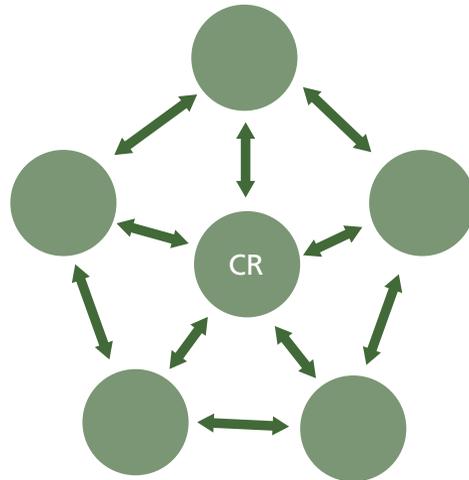
O centro de comunicação será diferente segundo a natureza das condições de saúde que estruturam as RAS. Para entender esse ponto fundamental da regulação assistencial há que se reportar ao conceito de condições de saúde, uma tipologia recentemente introduzida pela Organização Mundial da Saúde (2003) e discutida no Capítulo 1.

A integração dos sistemas de atenção à saúde em RAS e a utilização dos conceitos de eventos agudos e de condições crônicas manifestam-se no campo da regulação em saúde.

Em função das características próprias dos eventos agudos e das condições crônicas não agudizadas, as RAS estruturadas como respostas sociais a essas condições, apresentam centros de comunicação distintos. É o que se mostra na Figura 13.

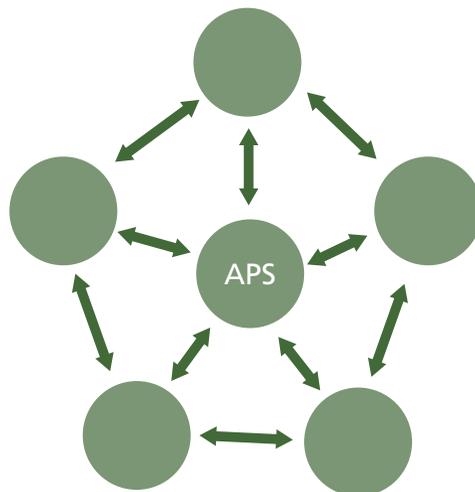
Figura 13: A regulação assistencial na atenção aos eventos agudos e na atenção às condições crônicas não agudizadas

A regulação assistencial nas redes de atenção aos eventos agudos (Rede de Atenção às Urgências e Emergências)



CR: Central de Regulação

A regulação assistencial nas redes de atenção às condições crônicas não agudizadas



APS: Atenção Primária à Saúde
Fonte: Mendes (2011).

Uma das características mais marcantes da atenção aos eventos agudos é o tempo-resposta do sistema e a capacidade tecnológica de pontos de atenção para atender a cada tipo de risco. Considera-se que 95% das pessoas em situação de urgência e emergência devam ser atendidas e ter alta num período máximo de 4 horas (THE KING'S FUND, 2014). Contudo, esse tempo médio pode variar conforme o grau de risco das pessoas usuárias. No Sistema Manchester de Classificação de Risco esses tempos são: verde, não urgente, 240 minutos; azul, pouco urgente, 120 minutos; amarelo, urgente, 60 minutos; laranja, muito urgente, 10 minutos; e vermelho, emergente, 0 minuto (MACKWAY-JONES et al., 2010).

Em função dos tempos-resposta, não há sentido em passar uma pessoa por uma unidade de APS, antes de encaminhá-la, quando necessário, a uma unidade de maior densidade tecnológica. Isso poderá significar riscos para a saúde e para a vida das pessoas. Em consequência, a regulação assistencial dos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas), realizada nas redes de atenção às urgências e emergências, tem seu centro de comunicação numa central de regulação.

A central de regulação de eventos agudos é definida como a estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma RAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nas redes de atenção às urgências e emergências as unidades de APS não constituem seus centros de comunicação, mas desempenham uma função importante de ser um dos seus pontos de atenção, responsável pelo atendimento da maior parte dos eventos agudos. Nas redes de atenção às urgências e emergências, a APS deve classificar os riscos das pessoas que se apresentam neste ponto de atenção com queixa de evento agudo, deve atender às urgências menores (azuis e verdes) e deve prestar os primeiros atendimentos às urgências maiores (amarelos, laranjas e vermelhos), encaminhando-as, por meio da central de regulação, aos outros pontos de atenção resolutivos para essas situações.

Diferentemente, a regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas tem, necessariamente, seu centro de comunicação na APS. Isso decorre da natureza dessas condições que são de curso longo, às vezes permanente, e que devem ser manejadas segundo estratos de risco com coordenação entre a APS e AAE ou atenção hospitalar. Nas condições crônicas não agudizadas, o tempo-resposta não é uma variável-chave para desenho do sistema de regulação assistencial, ainda que

seja importante. Isso coloca as condições crônicas não agudizadas como passíveis de atendimentos programados ou eletivos.

Nas redes de atenção às condições crônicas não agudizadas, a APS desempenha um duplo papel, o de resolver 90% das condições que se apresentam nesse nível de atenção e de regular os fluxos e contrafluxos de pessoas usuárias entre ela e os demais pontos de atenção à saúde, conforme a estratificação de risco. Ou seja, ela desempenha, nessas redes, as funções de resolutividade e de coordenação do cuidado (MENDES, 2012).

Essa função da APS em relação às condições crônicas não agudizadas, rompe com a tradição regulatória do SUS que, quase sempre, faz-se por meio de centrais de regulação. O que se propõe, aqui, é diferente. Nas RAS, as condições crônicas não agudizadas serão reguladas, conforme se vê na Figura 13, diretamente pela APS.

O ato decisório de enviar uma pessoa usuária a um serviço de atenção secundária ou terciária, nas situações de condições crônicas não agudizadas, na perspectiva das RAS, é competência da APS. Isso decorre do fato de que é na APS que as pessoas usuárias estão vinculadas, estão estratificadas por risco e são programadas para o atendimento em outros pontos de atenção ou de apoio diagnóstico e terapêutico.

A APS, no exercício desse papel regulatório das condições crônicas não agudizadas, pode utilizar a infovia das centrais de regulação, mas o ato regulatório cabe à equipe de cuidados primários.

6. A MUDANÇA DO MODELO DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: DO MODELO DA GESTÃO DA OFERTA PARA O MODELO DA GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

As organizações de saúde estruturam-se em diferentes modelos: o modelo político, denominado de modelo de gestão; o modelo econômico, denominado de modelo de financiamento; e o modelo técnico, denominado de modelo de atenção à saúde (TOBAR, 2002). Esses três modelos devem guardar coerência entre si.

O modelo de gestão é um marco de referência para a administração de uma organização com a finalidade de desenvolver políticas e ações que levem aos resultados desejados. Assim, em organizações públicas como o SUS, os modelos de

gestão devem levar, necessariamente, à geração de valor para seus beneficiários, em termos econômicos, sanitários e de equidade.

O modelo de gestão que se pratica no SUS – o modelo da gestão da oferta –, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. Isso decorre do fato de que o modelo da gestão de oferta tem uma preocupação fundamental na organização dos serviços de saúde, com foco nas instituições prestadoras e não nas pessoas usuárias.

O modelo da gestão da oferta opera com indivíduos não estratificados por riscos diferenciados. Esse modelo é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas que refletem mais os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo.

O modelo da gestão da oferta não tem ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias e leva a uma espiral de crescimento da oferta porque desconsidera a mudança do modelo de atenção à saúde e a importância dos mecanismos de racionalização da demanda.

Há vários problemas que decorrem da utilização do modelo da gestão da oferta.

Um problema do modelo da gestão da oferta é o critério populacional. Nesse modelo a população é uma população genérica, normalmente definida pelas projeções demográficas do IBGE. Além disso, essa população é artificialmente homogeneizada, o que significa desconhecer as diferenças entre subpopulações nos campos dos riscos sanitários e do acesso aos serviços de saúde. Ou seja, na prática social, não são estratificados os riscos sanitários, nem estabelecidas desigualdades no acesso aos serviços.

Além disso, o modelo da gestão da oferta opera com uma população que é uma soma de indivíduos, não cria vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e pessoas usuárias, não envolve intervenções sobre determinantes sociais da saúde, não estabelece registros potentes das pessoas usuárias e não estabelece parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias.

Outro problema é que esse modelo de gestão opera por meio de parâmetros de oferta, constituídos por valores médios estabelecidos com base em séries históricas e sem discriminar os diferentes estratos de risco e os acessos diferenciados entre grupos de pessoas usuárias.

Os parâmetros de oferta, muitas vezes, expressam-se em número de atividades por população ou habitantes e não guardam relação com as reais necessidades das pessoas usuárias. Em sua construção parte-se de um raciocínio equivocados: a oferta de serviços deve ser assim hoje porque foi assim no passado; e deverá ser assim no futuro porque é assim no presente.

Essa lógica perversa de construção dos parâmetros de oferta assenta-se em percursos históricos singulares, muitas vezes estruturados por razões culturais, pelo poder político concentrado em determinados prestadores de serviços e/ou por representações de interesses da indústria da saúde. De outra parte, os parâmetros são acolhidos na premissa do *ceteris paribus*, ou seja, mantidas inalteradas todas as outras coisas, especialmente os modelos de gestão e de atenção à saúde.

Como parâmetros de oferta, utilizados internacional e nacionalmente, podem ser citados: número de leitos por mil pessoas, número de médicos por mil pessoas, número de enfermeiros por mil pessoas, número de odontólogos por mil pessoas, número de exames de patologia clínica por pessoa, número de consultas médicas de generalistas por pessoa, número de consultas médicas de especialistas por pessoa, número de consultas de enfermagem por pessoa, número de consultas odontológicas por pessoa e outros tantos.

Um exemplo paradigmático de parâmetro de oferta manifesta-se na Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde que dispõe sobre os parâmetros assistenciais do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nessa portaria fixam-se os parâmetros de 2 a 3 consultas médicas por mil habitantes, sendo 12% de consultas básicas de urgência, 3% de consultas de urgência pré-hospitalar e de urgência, 63% de consultas médicas básicas e 22% de consultas médicas especializadas.

O que esses parâmetros dizem? Há alguma evidência científica comprovada em seus números? Ou pode ser que esses parâmetros foram definidos em 2002 porque eram aproximadamente assim vinte anos antes, em 1982, na Portaria INAMPS nº 3.046, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), concebida numa perspectiva de controle contábil dos gastos em saúde, no início dos anos 90?

Em outro exemplo, pode-se perguntar que validade tem um parâmetro como o de 22% de consultas com especialistas, originário do modelo de ambulatorios de especialidades praticado nos Postos de Assistência Médica (PAM's) do INAMPS?

Os estudos apresentados no Capítulo 4 demonstraram que as referências a especialistas não estão associadas com a taxa de prevalência de enfermidades; que estão

fortemente associadas com o número de especialistas que existe numa organização ou numa região sanitária; que são influenciados pela forma de remuneração dos serviços médicos; que em países europeus é de 5% e no Brasil de 9% a 12,5% (CHRISTENSEN et al., 1989; STARFIELD, 2002; GUSSO, 2009; TAKEDA, 2003). Esses valores estão bem distantes dos 22% da Portaria nº 1.101/2002.

Outro exemplo a ser examinado pode ser de um parâmetro largamente utilizado, o de número de médicos por mil habitantes, no que cabe a mesma pergunta: que validade tem esse parâmetro para orientar a definição de políticas de saúde?

Dados da OECD mostram que o número de médicos por mil habitantes varia fortemente nos países membro em relação a um valor médio de 3,4: Grécia, 6,2; Áustria, 4,9; Suécia, 3,9; Dinamarca, 3,5; Estados Unidos, 3,4; França, 3,3; Reino Unido, 2,8; Irlanda, 2,7; Polônia, 2,2; Turquia, 1,7. Esses números indicam que a Grécia tem mais que o dobro de médicos por mil habitantes que o Reino Unido e quase o dobro que os Estados Unidos (OECD, 2014). É difícil associar esses números com os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, alcançados por esses diferentes países.

Esses valores médios na relação médicos por mil pessoas escondem variações intrapaíses muito significativas. Nos Estados Unidos, a Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde que cobre 9 milhões de pessoas, opera com uma relação de médicos por mil beneficiários, num valor bem inferior à média daquele país de 3,4 e muito próximo do valor prevalecente, hoje, no Brasil (KAISER PERMANENTE, 2013; OECD, 2014). Não obstante apresentar um valor próximo à metade da média nacional, a KP apresenta resultados sanitários e econômicos muito melhores em relação às médias nacionais em termos de: internações hospitalares; tagabagismo; rastreamento de câncer de mama e de câncer colorretal; vacinação de crianças; controle de pressão arterial; controle da glicemia; controle de colesterol; controle oftalmológico de pessoas com diabetes; controle de asma; e controle de insuficiência cardíaca (HAM, 2003; PORTER, 2007). Da mesma forma, a KP, quando comparada com outros países apresenta, também, resultados sanitários e econômicos muito favoráveis, não obstante ter menos médicos por mil habitantes que esses países. Um estudo comparativo da KP com o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido evidenciou que apesar de operar com uma relação bem mais baixa de médicos por mil habitantes em relação a 2,8 no Reino Unido apresenta melhores resultados: 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 do Reino Unido usa mais leitos-dia que a KP; as internações hospitalares são três vezes mais frequentes no Reino Unido que na KP (FEACHAM et al., 2002; HAM et al., 2003). Outro estudo comparou os resultados da KP com

o sistema de atenção à saúde da Dinamarca (FROLICH et al., 2008). Apesar de os valores médios de médico por mil pessoas serem quase a metade na KP em relação à Dinamarca (OECD, 2014), os resultados sanitários são superiores na KP.

Os melhores resultados da KP, sejam no cenário nacional dos Estados Unidos, sejam no cenário internacional, se dão apesar de uma relação médico por mil habitantes baixa nos padrões internacionais em países desenvolvidos. A razão está nos modelos de gestão e de atenção à saúde praticados na KP que permitem obter excelentes resultados com menos médicos por mil pessoas.

O modelo da gestão da oferta fracassou universalmente e esse fracasso foi assim expresso por Porter e Teisberg (2007): “a revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias desses sistemas”.

O esgotamento do modelo de gestão da oferta convoca outro modelo de gestão, denominado de gestão da saúde da população. Esse novo modelo estrutura-se com base no conceito de saúde da população.

O conceito de saúde da população surgiu no Canadá, onde tem sido usado frequentemente. Sua origem está no livro de Evans et al (1994) que leva o nome sugestivo de “Por que algumas pessoas são saudáveis e outras não? Os determinantes da saúde das populações”. Desse livro emergiram ideias que sustentam que a saúde da população é um campo de estudo ou de pesquisa focado nos determinantes sociais da saúde.

Não é fácil estabelecer claramente as diferenças entre os conceitos de saúde da população, saúde pública e promoção da saúde, mas pode-se dizer que a saúde da população é um conceito mais amplo que os outros dois que, contudo, lhe são próximos.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu uma estratégia global de serviços de saúde centrados nas pessoas e integrados que tem como base o enfoque de saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Há na literatura, várias definições de saúde da população. Frank (2002) define-a como uma nova estratégia de pesquisa para compreender a saúde das populações. Health Canada (1998) afirma que o objetivo global de um enfoque de saúde da população é manter ou melhorar a saúde de uma população inteira e reduzir as desigualdades em saúde entre grupos populacionais. Killing e Stoddart (2003) admitem três possibilidades ao considerar a saúde da população: ela somente diz respeito às

variáveis independentes, ou seja, aos múltiplos determinantes (sistema de atenção à saúde, comportamentos individuais, ambiente social, ambiente físico e genética); ela somente diz respeito às variáveis dependentes, ou seja, aos resultados sanitários (mortalidade, morbidade e qualidade de vida); e ela diz respeito, comumente, à definição e à medida dos resultados sanitários e aos papéis dos determinantes. Essa terceira alternativa é a mais correta e leva à definição que esses autores fazem de saúde da população como os resultados sanitários de um grupo de indivíduos, incluindo a distribuição desses resultados dentro desse grupo, o que envolve os resultados sanitários, os padrões dos determinantes da saúde e as políticas e intervenções que os ligam.

A Organização Mundial da Saúde expressa o conceito de saúde da população como “um enfoque que conscientemente adota as perspectivas de indivíduos, famílias e comunidades e que os vê, ao mesmo tempo, como participantes e beneficiários de sistemas de saúde que respondem às suas necessidades e preferências de maneira humana e holística” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As populações podem ser expressas por regiões geográficas, como nações ou comunidades, mas podem ser outros grupos como empregados de empresas ou categorias profissionais, grupos étnicos, pessoas com deficiência, pessoas pertencentes a movimentos sociais, beneficiários de uma empresa de saúde etc. Tais populações são de relevância para formuladores de políticas e podem ser divididas em populações definidas geograficamente e populações discretas de abrangência de um sistema de atenção à saúde. As populações discretas são grupos de indivíduos que recebem cuidados de uma organização de atenção à saúde às quais estão filiadas, independentemente de sua localização geográfica; é o caso mais comum de populações vinculadas a sistemas privados de atenção à saúde. As populações definidas geograficamente são populações inclusivas por seu pertencimento a um espaço geográfico determinado como estado, município, região etc. São mais comumente usadas em sistemas públicos de atenção à saúde e estão ligadas à ideia da regionalização da atenção à saúde (LEWIS, 2014).

Têm sido utilizados dois conceitos de população: a população total e as subpopulações. Em geral, a população total refere-se às pessoas residentes numa área geográfica ou ao total de pessoas vinculadas a um sistema de atenção à saúde, em relação às quais podem ser definidas subpopulações específicas por critérios como raça, etnia, renda, doença e outros (JACOBSON e TEUTSCH, 2012).

No seu emprego corrente a saúde da população utiliza um conjunto de métodos e enfoques como o exame das diferenças sistemáticas nos resultados sanitários através da população, a complexidade das interações entre os determinantes, os fatores

biopsicológicos que ligam os determinantes aos resultados sanitários e a influência de diferentes determinantes ao longo do tempo e dos ciclos de vida (BERKMAN e KAWACHI, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Além disso, o enfoque da saúde da população pressupõe a atenção aos processos de alocação de recursos e a estudos de custo/efetividade de diversos tipos e combinações de investimentos utilizados na produção da saúde (KILLING e STODDART, 2003).

O conceito de saúde da população implica algumas características: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; reconhece a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como eles se relacionam e estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos (STOTO, 2013).

Esse conceito amplo de saúde da população tem sido mais aplicado no Canadá, país em que foi desenvolvido originalmente. A partir dali, o conceito vem se aplicando em outros países europeus e nos Estados Unidos, de uma forma mais ou menos abrangente, mas com variações conceituais significativas.

Nos Estados Unidos o conceito de saúde da população, numa versão que se aproveita do conceito elaborado por Evans e Stoddart (1990), foi disseminado pela proposta de organização dos sistemas de atenção à saúde, desenvolvida pelo *Institute for Healthcare Improvement* e denominada de Tripla Meta (*Triple Aim*). Essa proposta sugere que os sistemas de atenção à saúde devem ser orientados para obterem, simultaneamente, três metas: a melhoria da saúde da população; a melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos; e a redução ou controle do gasto per capita (BERWICK et al., 2008). Portanto, uma das metas centra-se na saúde da população, mas o conceito de população é interpretado como uma população afiliada a um sistema de atenção à saúde com uma vinculação sanitária e não meramente financeira. Essa população deve receber cuidados seguros, efetivos, oportunos, centrados nas pessoas e equitativos, providos com custos eficientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; STIELF e NOLAN, 2012). As mudanças recentes na legislação sanitária dos Estados Unidos, estabelecidas pelo *Obamacare* ou *Affordable Care Act*, parecem estar reforçando a utilização do conceito de saúde da população neste país (STOTO, 2013).

A aplicação do conceito de saúde da população gerou o modelo da gestão da saúde da população. Esse conceito tem sido utilizado crescentemente nos Estados Unidos e Lewis (2014) o associa ao desenvolvimento do modelo de atenção crônica

de Wagner (1998). A Organização Mundial da Saúde utiliza esse conceito articulado com os sistemas integrados ou RAS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso (CARL-ARDY et al., 2008).

A gestão da saúde da população tem esse nome porque se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Essa população é determinada, e não uma população geral, que guarda, com o sistema de atenção à saúde, uma relação de vínculo permanente e personalizado.

Na perspectiva das RAS, o seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. A população das RAS tem um espaço de vinculação qualificado que é a APS.

Nesse sentido, a população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (MENDES, 2011).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população, elemento essencial das RAS.

O objetivo da gestão da saúde da população é gerar valor para as pessoas usuárias de modo a melhorar a saúde definida de forma ampla, o que vai além da ausência de doenças, incluindo o bem-estar físico, mental e social (McALEARNEY, 2003).

A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar 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 gestão da saúde da população significa uma aplicação proativa de estratégias e de intervenções em determinados grupos populacionais por meio de um contínuo de cuidados que envolve a promoção da saúde, a prevenção das condições de

saúde e as ações curativas, reabilitadoras e paliativas, objetivando uma melhoria dos indicadores sanitários e econômicos e a oferta de serviços seguros, efetivos, eficientes e equitativos.

A gestão da saúde da população implica uma vinculação permanente de uma população, organizada socialmente em famílias, com a APS. Para isso, é necessário percorrer um trajeto institucional que envolve a organização de alguns macroprocessos básicos da APS como o processo de territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, a vinculação da população às equipes de APS, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação de subpopulações por estratos de risco nas condições crônicas.

A gestão da saúde da população envolve várias dimensões: definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica; estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações; ter um centro de comunicação na APS; conhecer profundamente essa população nos seus riscos sociais e sanitários; integrar em RAS as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde; operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde e sobre os determinantes biopsicológicos individuais; desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades com base em evidências científicas; dividir a população em subpopulações segundo estratos de risco; estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos; definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos; buscar a redução das desigualdades; monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade; implantar sistemas efetivos de informações em saúde; operar com equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, execução e monitoramento de planos de cuidados; e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado (McALEARNEY, 2002; LEWIS, 2014).

Além disso, a gestão da saúde da população exige a utilização de parâmetros assistenciais com ela coerentes. Por isso, é necessário superar os parâmetros de oferta e instituir parâmetros construídos a partir das necessidades reais das pessoas usuárias e das populações e subpopulações adstritas às RAS. É fundamental que esses parâmetros sejam construídos com base em evidências científicas.

Por exemplo, podem ser utilizados, em programas de controle do diabetes, parâmetros como: cobertura do programa de controle do diabetes; percentual dos portadores de diabetes cadastrados com dois exames de hemoglobina glicada realizados nos últimos doze meses; percentual dos portadores de diabetes cadastrados com hemoglobina glicada igual ou inferior a 7% nos últimos doze meses; percentual

dos portadores de diabetes cadastrados com pressão arterial inferior a 130/80 nos últimos doze meses; e percentual dos portadores de diabetes cadastrados com plano de autocuidado realizado e monitorado regularmente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

O Ministério da Saúde (2014) lançou, numa consulta pública, um conjunto de parâmetros que se orientam pelas necessidades de saúde da população. Essa proposta representa uma mudança doutrinária e operativa de ruptura com a gestão da oferta e coerente com a gestão da saúde da população. Foram propostos parâmetros para a atenção hospitalar, para a rede materno infantil, para a atenção à saúde bucal, para as doenças crônicas, para a atenção especializada, para os equipamentos de exames complementares de diagnóstico e para os eventos relevantes em saúde pública.

7. OS FUNDAMENTOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS

A regulação assistencial da saúde da população assenta-se em alguns fundamentos.

Como se trata aqui do papel regulador da APS nas RAS, os fundamentos estão vinculados à regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas, objeto regulatório privilegiado dos cuidados primários.

Dentre esses fundamentos vão ser considerados: o princípio da coordenação, o princípio da suficiência, a complementaridade entre a APS e a atenção especializada, a estratificação de riscos e as tecnologias de gestão da clínica no campo da regulação assistencial.

O princípio da coordenação foi discutido amplamente no Capítulo 4.

7.1. O PRINCÍPIO DA SUFICIÊNCIA

O princípio da suficiência das RAS é que garante a atenção no lugar certo e com o custo certo.

O princípio da suficiência diz que numa RAS não deve haver redundâncias ou retrabalhos entre a APS, os pontos de atenção secundários e terciários e os sistemas de apoio. Ou seja, o que um ponto de atenção ou um sistema faz, outro não fará. Esse é, também, um princípio muito aplicado nos programas de qualidade em saúde.

Nesse sentido, o princípio da suficiência convoca mecanismos de seleção de espaços ótimos da atenção à saúde, com repercussões sanitárias e econômicas.

Do ponto de vista sanitário, ações típicas da APS como o manejo de pessoas com condições crônicas menos complexas, não devem ser realizadas na atenção especializada porque, em alguns casos, geram iatrogenias e porque atendidas nestes níveis de maior densidade tecnológica são mais caros.

Economicamente, os custos diretos e indiretos da atenção à saúde apresentam diferentes custos de oportunidade. Custo de oportunidade é definido como o valor do recurso no seu melhor uso alternativo pressupondo uma alternativa viável, uma decisão efetiva sendo tomada o que, o sendo, acarreta o abandono de outras (BURCH e HENRY, 1974).

Em relação aos custos diretos, conforme se vê na Tabela 6, uma pessoa que pode ser atendida por um médico na APS custará menos para o sistema de atenção à saúde do que se for atendida, desnecessariamente, por um médico na atenção especializada. Da mesma forma, uma pessoa que for atendida na APS custará menos para o sistema de atenção à saúde do que se for atendida num hospital, como é o caso clássico das internações sensíveis à atenção ambulatorial. Estudo feito por Alfradique (2002) mostrou que no ano de 2001, do total de internações hospitalares realizadas pelo SUS no ano, 27,4% foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial; essas internações custaram, no ano, 1,03 bilhão de reais, 15% do gasto total de internações hospitalares.

Tabela 6: Custos da atenção em diferentes pontos de atenção à saúde

PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	CUSTO EM EUROS
<i>Autocuidado</i>	0
<i>Consulta médica por telefone</i>	10
<i>Consulta de enfermagem na APS</i>	25
<i>Consulta médica na APS</i>	35
<i>Consulta médica especializada</i>	50
<i>Gestão de caso</i>	100-150
<i>Internação domiciliar</i>	50-200
<i>Internação hospitalar</i>	400-900

Fonte: Gobierno Vasco (2010).

Em relação aos custos indiretos, há, também, diferenciais que podem ser medidos pelos tempos médios despendidos pelas pessoas em função demanda por atenção à saúde.

Estudo feito pelo Governo Vasco, na Espanha, mostrado na Tabela 7, evidencia que o tempo médio gasto pelas pessoas usuárias varia entre diferentes pontos de atenção à saúde. Em geral, à semelhança dos custos financeiros, há uma tendência de aumentar o tempo gasto com os incrementos das densidades tecnológicas dos pontos de atenção à saúde.

Tabela 7: Tempos gastos na atenção pelas pessoas usuárias em diferentes pontos de atenção à saúde

PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TEMPO GASTO NA ATENÇÃO (em horas)
<i>Autocuidado</i>	<i>Mínimo</i>
<i>Consulta médica por telefone</i>	<i>Limitado</i>
<i>Consulta de enfermagem na APS</i>	<i>1-3</i>
<i>Consulta médica na APS</i>	<i>1-3</i>
<i>Consulta médica especializada</i>	<i>2-5</i>
<i>Gestão de caso</i>	<i>Contato frequente</i>
<i>Internação domiciliar</i>	<i>Contato frequente</i>
<i>Internação hospitalar</i>	<i>Muito elevado</i>

Fonte: Gobierno Vasco (2010).

7.2. A COMPLEMENTARIDADE ENTRE A APS E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

As naturezas intrínsecas das clínicas da APS e da atenção especializada são diferentes entre si. Essa natureza singular de cada qual é que dá sentido à atenção que se presta em cada uma dessas clínicas para que se possa gerar valor para as pessoas usuárias. É o que se mostra no Quadro 4.

Quadro 4: As diferenças entre as clínicas da atenção primária à saúde e da atenção especializada

CAMPO	APS	ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AMBIENTE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Foco na pessoa • Foco na saúde • Foco em problemas pouco estruturados vistos no início • Ambiente pouco medicalizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco no órgão ou sistema • Foco em doenças • Foco em problemas bem definidos vistos mais tarde • Ambiente muito medicalizado
FORMAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Exames mais sensíveis que específicos • Aceitam-se falsos negativos que podem ser minimizados pela repetição de exames • Provas em série • Cuidado disperso em vários problemas, mas com concentração relativa num pequeno número de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Exames mais específicos que sensíveis • Aceitam-se sobrediagnóstico, mas não se aceitam falsos negativos • Provas em paralelo • Concentração do cuidado num único problema ou num número mínimo de problemas
CONTINUIDADE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade sustentada 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade relativa
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Menores custos e iatrogenias 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores custos e iatrogenias

Fontes: Cunillera (2012); Lopes (2012b).

O trabalho em RAS exige a atenção das pessoas usuárias no lugar certo e isso implica distribuí-las entre a APS e a atenção especializada, segundo as características dessas diferentes clínicas de modo que se beneficiem sanitariamente.

7.3. A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS

O processo de estratificação de riscos da população, em relação às condições crônicas não agudizadas, é central na regulação assistencial porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela APS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

A estratificação de riscos das pessoas usuárias é um elemento central da gestão da saúde da população. 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 humanos específicos para cada qual.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, em diretrizes clínicas baseadas em evidências, os tipos e lugares de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm suas condições centradas 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 coparticipação da APS e da atenção especializada.

Quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários aos portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários aos portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de abrir a agenda na APS 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 todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da APS e que expressa o seu papel, nas RAS, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode se limitar a cada indivíduo. Há que ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco socio-sanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos. A estratificação de riscos deve ser feita com base em evidências científicas e incorporada em diretrizes clínicas.

7.4. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Quando se analisa o modelo de regulação assistencial para as condições crônicas não agudizadas é importante conhecer e aplicar os modelos de atenção a essas condições, construídos com base em evidências científicas e rigorosamente avaliados.

Dentre os modelos principais, destacam-se o modelo de atenção crônica (*Chronic Care Model* – CCM) e o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR).

7.4.1. O CCM

O CCM foi desenvolvido nos Estados Unidos pelo *MacColl Institute for Healthcare Innovation* (WAGNER, 1998).

O CCM está representado na Figura 14.

Figura 14: O Modelo de Atenção Crônica



Fonte: Wagner (1998). Autorização de uso de imagem concedida ao autor pelo *American College of Physicians*. Tradução para o português de responsabilidade do autor.

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 interrelações 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.

O CCM tem sido aplicado em vários países e tem sido avaliado de forma sistemática, tendo produzido muitas evidências que devem ser consideradas por uma regulação assistencial de condições crônicas não agudizadas. No elemento desenho do sistema de prestação de serviços: clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional de saúde; incremento da atenção programada; e provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas. No elemento suporte às decisões: introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidências; e integração da APS com a atenção especializada com base em conhecimento e trabalho conjunto entre generalistas e especialistas. No elemento sistema de informação clínica: utilização rotineira de prontuários clí-

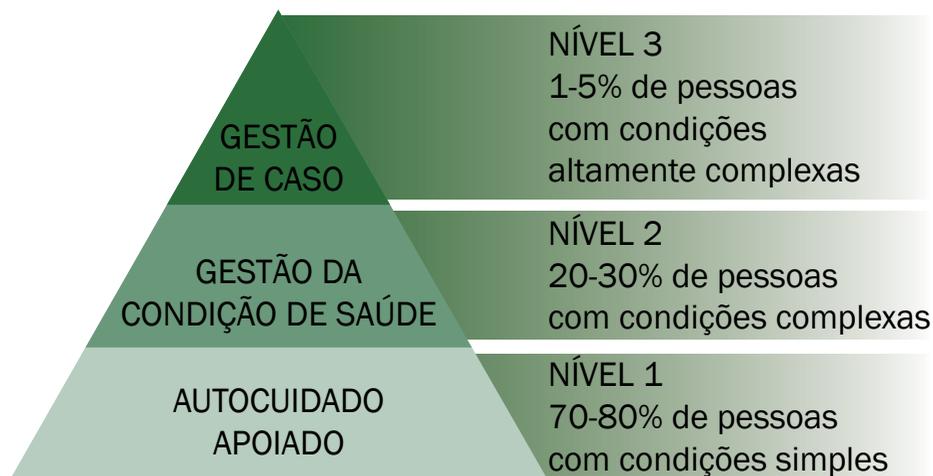
nicos informatizados; registro de subpopulações relevantes por riscos; e integração vertical das informações clínicas.

7.4.2. O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO (MPR)

Outro modelo importante para a organização da regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas é o MPR, desenvolvido originariamente pela Kaiser Permanente nos Estados Unidos e aplicado, posteriormente, em vários países. Esse modelo é fundamental para operacionalizar a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas.

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. O cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na Figura 15.

Figura 15: Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR)



Fontes: Department of Health (2005); Porter e Kellogg (2008).

A Figura 15 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são

pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

No nível 1 está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se autocuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica.

No nível 2 a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco biopsicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenha o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nesta população, um alto uso de recursos de atenção à saúde.

Finalmente, no nível 3 está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requer um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

Os níveis de complexidade definem composições relativas entre os cuidados da APS e da atenção especializada e dos cuidados de generalistas e de especialistas. Além disso, têm influências na definição das coberturas de atendimentos pelos profissionais porque à medida que a complexidade aumenta há uma maior concentração de cuidados profissionais especializados. Por exemplo, no nível 1, o cuidado é provido, em geral, por profissionais da APS, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidados profissionais. Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da APS. No nível 3, há uma presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso.

A aplicação do MPR no manejo das condições crônicas tem várias implicações práticas: a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional; a distribuição relativa da atenção profissional, por membros, na equipe multiprofissional; a distribuição relativa da atenção geral e especializada; e a racionalização da agenda dos profissionais de saúde.

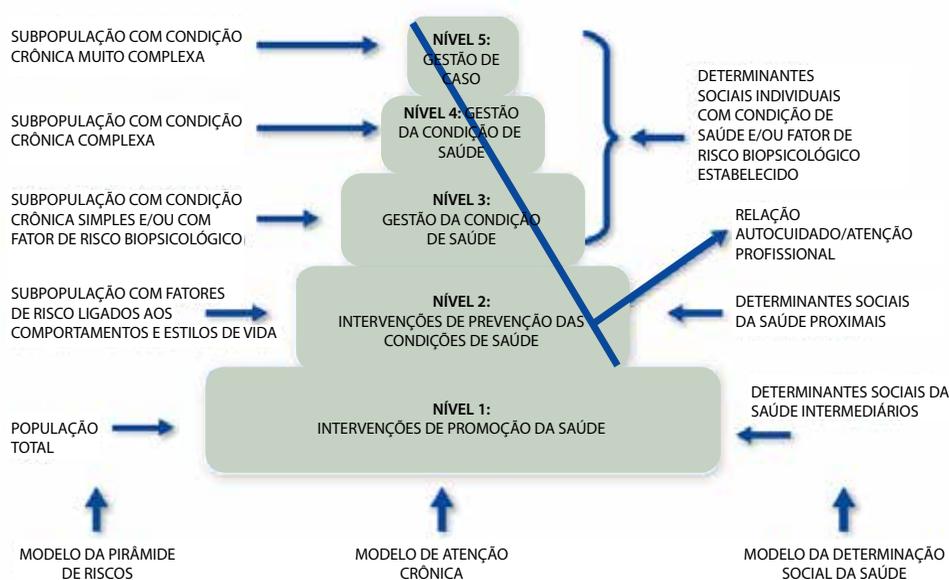
7.4.3. O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que Mendes (2011) desenvolvesse o MACC que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro.

Da literatura internacional aproveitou o CCM e o MPR, agregando o modelo da determinação social de Dahlgren e Whitehead (1991).

O MACC está representado, graficamente, na Figura 16.

Figura 16: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2011).

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo da determinação social da saúde, estão os diferentes níveis de determinação: os determinantes intermediários, proximais e individuais. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

O lado esquerdo da Figura 16 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS. Essa população e suas subpopulações são ali cadastradas e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: o nível 1 a população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2 as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3 as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4 as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 16 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

No nível 1 o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da APS, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc.

O meio da Figura 16 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1 as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem, no espaço micro, ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, de melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2007).

No nível 2 as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças, porque se podem prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo,

a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão da saúde da população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3 exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de riscos habitual, intermediário e alto).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 16 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, neste nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da APS e dos especialistas.

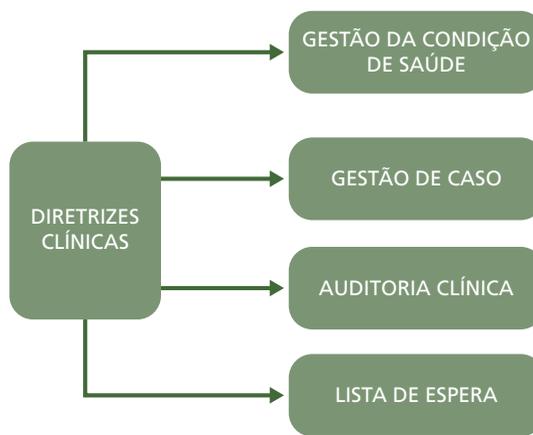
Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde (BERK e MONHEINT, 1992). Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso.

7.5. AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA NO CAMPO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e 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, 2011).

A gestão da clínica 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 17.

Figura 17: As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: Mendes (2011).

A análise da Figura 17 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.

Um novo modelo de regulação assistencial da saúde da população vai se utilizar principalmente das diretrizes clínicas, da gestão da condição de saúde, da gestão de caso e da lista de espera.

7.5.1. AS DIRETRIZES CLÍNICAS

As diretrizes clínicas foram discutidas no Capítulo 4 na normalização dos processos de trabalho. Os dois tipos principais de diretrizes clínicas, as linhas-guia e os protocolos clínicos, são fundamentais numa processo racional de regulação assistencial.

Diretrizes clínicas baseadas em evidências demonstraram ser eficazes em definir que intervenções devem ser ofertadas por 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 SH et al., 1999).

Todas as ações de regulação assistencial devem estar sustentadas por diretrizes clínicas baseadas em evidências.

7.5.2. A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e 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 (MENDES, 2011).

A gestão da condição de saúde é a tecnologia de gestão da clínica que se utiliza no manejo das condições crônicas das pessoas atendidas nos níveis 3 e 4 do MACC.

A gestão da condição de saúde faz-se em relação aos fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, pré-diabetes e outros) e em relação às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras). A divisão entre condição de saúde de nível 3 e condição de saúde de nível 4, conforme se mostra na Figura 15 do MACC, separa as condições crônicas de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o MPR.

A gestão da condição de saúde envolve cinco componentes: plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção, educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde.

O componente fundamental para a regulação assistencial é a programação da condição de saúde. Isso decorre do fato de que, por meio da programação feita na APS, o acesso regulado a outros pontos de atenção torna-se previsível, o que dificilmente ocorre no modelo vigente da regulação assistencial do SUS.

No modelo vigente, a demanda é definida a cada momento, sem nenhuma programação prévia ou é estabelecida por programações realizadas por meio de parâmetros de oferta, o que não permite que se racionalize o trabalho dos diferentes pontos de atenção das RAS. Com a introdução da programação da condição de saúde, com base em parâmetros de necessidades, os pontos de atenção especializados saberão, previamente e em períodos definidos de tempo, quantas demandas serão feitas, por quais unidades de APS, podendo se organizar para respondê-las. Ou seja, a programação dá previsibilidade ao processo de regulação assistencial, tornando-o mais racional.

A programação local faz-se em cada equipe da APS. Dada a função coordenadora que a APS tem nas RAS, 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 RAS, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação da APS é uma programação de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe de cuidados primários. Essa programação utiliza-se de parâmetros de necessidades que são baseados em evidências científicas e que são parte integrante das diretrizes clínicas e que se expressam em planilhas de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos.

A APS é o lugar privilegiado de programação das intervenções em todos os pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio das RAS. Ali não

se programam somente as intervenções da APS, mas as intervenções de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio como a patologia clínica e a assistência farmacêutica. Por exemplo, sabe-se quantas são as gestantes de alto risco vinculadas a uma equipe da APS e, de acordo com os parâmetros de necessidades, programam-se as consultas especializadas necessárias no centro de referência ambulatorial (atenção secundária), o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária) e o número de exames complementares que deverão ser realizados. Portanto, quase toda a programação das RAS, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na APS, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo o MPR e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guia da APS. Ou seja, não faz sentido programar intervenções únicas para os portadores de hipertensão arterial, mas para cada estrato separado, os de baixo, médio, alto e muito alto riscos. A razão é que as abordagens clínicas diferenciam-se por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. Assim, as consultas médicas são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos e mais frequentes nos estratos de alto e muito alto riscos, o que difere, substancialmente, de um parâmetro médio aplicado a todos os portadores de hipertensão arterial. Ademais, só serão programadas consultas especializadas em pessoas de alto ou muito alto riscos, o que reduz a pressão sobre as unidades especializadas. A programação por estratos de riscos tem um papel fundamental no aumento da eficiência das RAS e na racionalização da agenda dos profissionais de saúde.

A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar. As ações programadas para outros pontos de atenção e sistemas de apoio deverão ser discutidas e pactuadas com esses serviços.

O quadro 5 mostra uma planilha de programação da hipertensão arterial feita na APS e que envolve o dimensionamento neste nível de atenção e no ponto de atenção ambulatorial especializada por estratos de risco.

Quadro 5: Planilha de programação da hipertensão arterial

O QUÊ	QUANTO	QUEM
<i>Identificar usuários de risco de hipertensão na área de abrangência</i>	<i>100% de usuários de risco de hipertensão identificados na área de abrangência da unidade de APS</i>	ACS
<i>Realizar consulta de enfermagem para os usuários de risco de hipertensão identificados</i>	<i>100% dos usuários de risco identificados realizam 1 consulta de enfermagem para avaliação clínica e solicitação de exames de laboratório</i>	Enfermeiro
<i>Realizar a primeira consulta médica para hipertensos cadastrados</i>	<i>100% dos hipertensos cadastrados realizam a primeira consulta médica para avaliação clínica, estratificação de risco e elaboração de plano de cuidado</i>	Médico
<i>Estratificar risco dos hipertensos cadastrados</i>	<i>100% dos hipertensos cadastrados são estratificados por risco</i>	Médico
<i>Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco baixo cadastrados</i>	<i>100% dos hipertensos cadastrados realizam 2 consultas por ano, sendo 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem</i>	Enfermeiro e médico
<i>Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco moderado cadastrados</i>	<i>100% dos hipertensos cadastrados realizam 2 consultas por ano, sendo 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem</i>	Enfermeiro e médico
<i>Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco alto cadastrados</i>	<i>100% dos hipertensos cadastrados realizam 4 consultas por ano, sendo 2 consultas médicas e 2 consultas de enfermagem</i>	Enfermeiro e médico
<i>Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco muito alto cadastrados</i>	<i>100% dos hipertensos cadastrados realizam 4 consultas por ano, sendo 2 consultas médicas e 2 consultas de enfermagem</i>	Enfermeiro e médico
<i>Realizar avaliação interdisciplinar dos hipertensos de alto e muito alto risco no centro de atenção especializada e elaborar plano de cuidado</i>	<i>100% dos hipertensos avaliados e com plano de cuidados elaborados</i>	Equipe multiprofissional
<i>Realizar consultas de acompanhamento de todos os hipertensos de alto e muito alto risco com médicos especialistas</i>	<i>100% dos hipertensos com duas consultas com cardiologistas e/ou nefrologista realizadas</i>	Médico especialista
<i>Realizar grupos operativos para todos os hipertensos cadastrados que aceitem participar</i>	<i>100% dos hipertensos participando de grupos operativos</i>	Profissionais da equipe da APS

Fonte: Matos (2014).

7.5.3. A GESTÃO DE CASO

Outra tecnologia importante na regulação assistencial é a gestão de caso, conceituada como 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 (MENDES, 2011).

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).

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 da gestão de caso envolve várias etapas (ALLIOTA, 2001; POWELL, 2000): a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e implantação do plano de cuidado, o monitoramento do plano de cuidado.

7.5.4. A LISTA DE ESPERA

Outra tecnologia muito importante na regulação assistencial é a lista 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.

As listas de espera estão associadas com as filas que ocorrem nos sistemas de atenção à saúde. As filas são manifestações fenomênicas de uma descoordenação da atenção à saúde que refletem um desequilíbrio entre a demanda e a oferta dos serviços de saúde. Esses desequilíbrios podem ser causados por problemas no campo da demanda, no campo da oferta ou em ambos os campos e para solucioná-los, o modelo regulatório vigente, em geral, sobrevaloriza os problemas e as soluções do lado da oferta, o que, no limite, agrava o problema.

As filas no SUS apresentam certas características: são um problema que se apresenta, em geral, com uma dimensão quantitativa exuberante; não há critérios efetivos de inclusão e exclusão nas filas com base em diretrizes clínicas; são um problema que exige análise e resposta multidimensionais; são um problema que exige para sua solução ações concomitantes de racionalização nos campos da demanda, da oferta e dos sistemas logísticos; e são um problema que exige para sua solução ações de racionalização e comunicação entre APS, atenção especializada, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas logísticos.

As filas na saúde, quando imprescindíveis em função de evidentes desequilíbrios entre demanda e oferta de serviços, devem ser geridas de forma singular pela gestão das listas de espera, o que envolve sistema gerencial transparente e organizado por riscos.

Os tempos de espera constituem, hoje, um dos principais problemas 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 queixa 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 da pouca racionalidade na organização dos serviços e, do lado da oferta,

de uma capacidade insuficiente de oferta e da pouca racionalidade na organização dos serviços ofertados.

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 temporal 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, introduzindo diretrizes clínicas, 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 e de diretrizes clínicas.

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).

A lista de espera é uma tecnologia de gestão da clínica, sustentada por diretrizes clínicas baseadas em evidência, que objetiva racionalizar o acesso a serviços de saúde em que existam desequilíbrios de demanda e oferta normalizando os seus usos em determinado ponto de atenção por meio de critérios de ordenamento de riscos e da transparência (MENDES, 2011).

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. 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 cheque a integridade de um órgão, de um sistema ou da vida e, portanto, precisa ser atendida, primeiro, que outra que chegou anteriormente, mas que apresenta menor risco.

Para que o critério de ordenamento por necessidades e riscos funcione na prática, ele precisa ser sustentado por protocolos clínicos baseados em evidência que priorizem esses riscos.

8. UMA MUDANÇA NECESSÁRIA NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO SUS: DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA GESTÃO DA OFERTA PARA A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

8.1. O MODELO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA GESTÃO DA OFERTA E SEU ESGOTAMENTO

O fracasso do modelo da gestão da oferta levou ao esgotamento do modo regulatório por ele estruturado. Isso ocorreu em escala internacional e no Brasil.

O modelo da gestão da oferta orienta um modo de regulação assistencial com ele coerente — a regulação assistencial com base na gestão da oferta —, ainda hegemônico no SUS, mas que se esgotou, especialmente para regular as condições crônicas não agudizadas.

A regulação assistencial com base na gestão da oferta caracteriza-se por utilizar parâmetros de oferta, por ter foco na capacidade instalada, por orientar-se por uma

visão indiscriminada da demanda e por levar a soluções geralmente voltadas para o incremento da oferta desconsiderando, em geral, a racionalização da demanda.

Na prática, a regulação assistencial com base na gestão da oferta apresenta várias características que se mostram no Quadro 6.

Quadro 6: As características da regulação assistencial da gestão da oferta

CARACTERÍSTICAS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA GESTÃO DA OFERTA
<i>É feita sem coordenação da APS</i>
<i>É feita sem utilização de mecanismos de coordenação efetivos</i>
<i>É feita sem utilização de mecanismos de comunicação eficazes</i>
<i>É feita sem classificação de riscos nos eventos agudos</i>
<i>É feita sem estratificação de riscos nas condições crônicas não agudizadas</i>
<i>É feita com uma programação com parâmetros de oferta</i>
<i>É feita com ajuste entre oferta e demanda realizado, em geral, pelo incremento da oferta</i>
<i>É feita sem a utilização de mecanismos de racionalização da oferta</i>
<i>É feita sem utilização de mecanismos de racionalização da demanda</i>
<i>É feita, muitas vezes, sem utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências</i>
<i>É feita com baixa inteligência regulatória</i>
<i>É feita de forma burocrática e impessoal por centrais de regulação</i>
<i>É feita sem vinculação permanente entre a APS e a atenção especializada</i>
<i>É feita com forte presença do efeito velcro</i>
<i>É feita sem considerar as relações pessoais entre profissionais da APS e especialistas</i>
<i>É feita sem considerar mecanismos de redução de absenteísmo</i>
<i>É feita sem considerar a prevenção quaternária nas unidades de APS</i>
<i>É feita de modo a levar a ajustes perversos entre demanda e oferta por meio de filas ou de imposição de cotas</i>

Fontes: McAlearney (2002); Mendes (2012); Lewis (2014).

Esse conjunto de características que compõem a regulação assistencial com base na oferta apresenta vários problemas.

Essa regulação assistencial pode se fazer desde diferentes pontos de atenção à saúde, sem uma coordenação na APS nas condições crônicas não agudizadas, o que é imprescindível nas RAS. Ela não dispõe de mecanismos potentes de coordenação e de comunicação, indispensáveis nas RAS para assegurar um trabalho efetivo entre unidades e profissionais demandantes e ofertantes. Ela, em geral, não utiliza, em relação aos eventos agudos, uma linguagem comum expressa num sistema de classificação de riscos. Ela não utiliza rotineiramente, em relação às condições crônicas não agudizadas, a estratificação de riscos, o que leva a referências desnecessárias ou indevidas às unidades especializadas, gerando iatrogenias e aumentando custos. Ela se faz sem programação na APS ou com programação feita por parâmetros de oferta, o que leva a ineficiência. Ela faz o ajuste entre oferta e demanda, geralmente pelo incremento da oferta, o que leva a um movimento irracional de aumento constante da oferta. Ela não pressupõe, como regra, a utilização de mecanismos de racionalização da oferta e da demanda, nem dos sistemas logísticos, o que leva ao aumento da ineficiência. Ela se faz geralmente sem utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência que definem os critérios de encaminhamentos e de inclusão e exclusão em listas de espera. Ela se faz com baixa utilização de inteligência regulatória, o que pressupõe que todas as demandas feitas devam ser atendidas sem uma crítica por parte da unidade ofertante, o que gera iatrogenia e ineficiência. Ela se faz, em geral, por meio da utilização de centrais de regulação que operam de forma impessoal e burocrática e que ofertam os serviços que estão disponíveis no momento da solicitação, o que não garante vinculação das pessoas às unidades e aos profissionais especializados. Ela se faz, muitas vezes, com uma forte presença do efeito velcro que é a propensão a uma vinculação definitiva das pessoas usuárias às unidades especializadas. Ela desconsidera as necessidades de relações interpessoais e de trabalho conjunto entre profissionais da APS e da atenção especializada, um dos pontos importantes para garantir a estabilização das condições crônicas. Ela não considera, em geral, os mecanismos que levam ao diagnóstico e à superação dos absenteísmos na atenção especializada. E ela leva a ajustes perversos entre a oferta e a demanda por meio de filas não gerenciáveis e que se autoalimentam ou pela imposição de cotas como mecanismos de controle da demanda, o que é irracional (McALEARNEY, 2002; MENDES, 2012; LEWIS, 2014).

A regulação assistencial com base na gestão da oferta leva à atenção de baixa qualidade, produz iatrogenias, induz a excessos de diagnósticos e tratamentos e apresenta custos elevados. Ou seja, esse modo regulatório agrega pouco valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e custa caro ao sistema de atenção à saúde.

Estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que em função da regulação assistencial com base na gestão da oferta e do sistema de pagamento por proce-

dimentos, há uma sobreoferta de diagnósticos e de tratamentos, o que produz iatrogenias e impacta fortemente os custos do sistema de atenção à saúde, gerando enorme ineficiência.

Dois livros publicados nos Estados Unidos, um chamado de “*Overdiagnosed*” (WELCH et al., 2011) e outro denominado de “*Overtreated*” (BROWNLEE, 2007) desnudaram o excesso de diagnósticos e de tratamentos praticados neste país e avaliaram seus impactos sanitários e econômicos. O *overdiagnosis* é discutido além do conceito de diagnóstico excessivo e diz respeito a diagnósticos de condições de saúde que nunca causarão sintomas sérios ou mortes. Ou seja, a pessoa que, ao fim de sua vida, nunca desenvolveu um problema sério decorrente de sua condição de saúde foi *overdiagnosed*. O *overdiagnosis*, ainda que tenha um valor per si, é, também, um dos fatores determinantes do *overtreatment* que, como resultado de intervenções médicas desnecessárias, pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres.

Estudo do Institute of Medicine (2010) evidenciou que Estados Unidos gastaram com intervenções médicas injustificadas 30% a 50% do gasto total em saúde, o que significou entre 500 a 700 bilhões de dólares por ano; desse total, 340 bilhões foram por procedimentos desnecessários. Além disso, estima-se que os procedimentos desnecessários foram responsáveis por 30 mil mortes anuais (BROWNLEE, 2007).

O exemplo das tomografias computadorizadas é emblemático. Trata-se de um recurso diagnóstico que representou enorme avanço na medicina contemporânea. Mas há exageros em seu uso. Nos Estados Unidos fizeram-se, em 2000, aproximadamente 40 milhões de tomografias computadorizadas; em 2005, mais de 76 milhões; e, em 2010, mais de 100 milhões, o que dá um exame para cada 3 americanos; parte significativa dessas tomografias era injustificável e levou a mais procedimentos e submeteu as pessoas a radiações desnecessárias (BROWLEE, 2007).

Tomando-se o rastreamento de condições de saúde, ações aparentemente benéficas podem determinar problemas iatrogênicos. Por exemplo, há muitas discussões sobre a oportunidade do rastreamento do câncer de próstata utilizando o antígeno prostático específico (PSA) e a biópsia. Para alguns, esse rastreamento é um campo fértil de *overdiagnosis*. Um ilustre oncoepidemiologista americano mostrou que no seu hospital, cada 1.000 rastreamentos de câncer de próstata por meio do PSA gerava receitas financeiras de 4,9 milhões de dólares em intervenções médicas, como biópsias, testes, cirurgias e outras (NAPOLI, 2003; WELCH et al., 2011).

Em função dos excessos cometidos no campo da medicina, foi proposto o conceito de prevenção quaternária, adotado pela Organização Mundial de Médicos de

Família (WONCA), que significa as ações tomadas para identificar pessoas e populações em risco de medicalização excessiva, para protegê-las de intervenções médicas invasivas e para prover a elas serviços que sejam científica e medicamente aceitáveis (JAMOULLE et al., 2002). A prevenção quaternária deve fazer parte da regulação assistencial para superar os problemas da regulação com base na gestão da oferta.

A prevenção quaternária destina-se a proteger as pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames complementares em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimento autolimitados, às solicitações de exames e tratamentos pedidos pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (GÉRVAS, 2007).

8.2. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO

A instituição do modelo de gestão da saúde da população implica a estruturação de uma regulação assistencial com ele coerente. Isso convoca a instituição da regulação assistencial com base na saúde da população.

A regulação assistencial com base na saúde da população será diferente da regulação assistencial com base na gestão da oferta, implicando mudanças radicais nos processos regulatórios do SUS. Isso significa uma regulação programada por parâmetros de necessidades da população, que tenha foco em demandas populacionais discriminadas segundo riscos sociais e sanitários de subpopulações e que utilize soluções regulatórias que equilibrem a racionalização da demanda, a racionalização e/ou incremento da oferta e a racionalização dos sistemas logísticos.

Na prática, a regulação assistencial com base na gestão da saúde da população apresenta várias características que se mostram no Quadro 7.

Quadro 7: A regulação assistencial com base na gestão da saúde da população

**CARACTERÍSTICAS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM
BASE NA GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO**

É feita pela APS nas condições crônicas e na central de regulação nos eventos agudos

É feita utilizando mecanismos de regionalização das unidades especializadas

É feita utilizando mecanismos de coordenação eficazes

É feita utilizando mecanismos de comunicação eficazes

É feita com uma programação baseada em parâmetros de necessidades

É feita com classificação de riscos nos eventos agudos

É feita com estratificação de riscos nas condições crônicas não agudizadas

É feita diretamente pela APS nos serviços demandados

É feita com ajustes no lado da demanda, no lado da oferta e nos sistemas logísticos

É feita com base em diretrizes clínicas baseadas em evidências

É feita com alta inteligência regulatória

É feita com vinculação permanente entre a APS e a atenção especializada

É feita por meio de relações pessoais e com trabalho clínico conjunto de profissionais da RAS

É feita com ausência do efeito velcro

É feita de modo a levar à ausência de filas ou à existência de filas gerenciáveis por listas de espera e sem imposição de cotas

É feita com a utilização de sistemas de informação capazes de comunicação vertical

É feita com sistema de redução do absentismo

É feita incorporando a prevenção quaternária na APS

Fontes: McAlerney, 2002; Lewis, 2002; Mendes, 2014.

As características da regulação assistencial com base na gestão da saúde da população, tal com se vê no Quadro 7, são totalmente distintas daquelas da regulação assistencial com base na gestão da oferta, mostradas no Quadro 6.

Essa regulação assistencial tem sua coordenação na APS para as condições crônicas não agudizadas e na central de regulação para os eventos agudos. Ela pressupõe uma regionalização da atenção especializadas de forma a vincular, a ela, as unidades de APS. Ela dispõe e utiliza sistemas de coordenação que envolvem os mecanismos de normalização e de ajustamentos mútuos. Ela utiliza mecanismos

de comunicação formais e informais entre as unidades demandantes e ofertantes de serviços de saúde. Ela é programada na APS com a utilização de parâmetros de necessidades construídos com base em evidências científicas. Ela é feita, nos eventos agudos, com a utilização de um sistema de classificação de riscos que se expressa em algoritmos decisórios e que cria uma linguagem comum em toda a rede de atenção às urgências e às emergências. Ela é feita, nas condições crônicas não agudizadas, com a utilização de sistemas de estratificação de riscos definidos em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Ela é feita, nas condições crônicas não agudizadas, diretamente pela APS nos serviços especializados, utilizando-se o prontuário clínico eletrônico ou a infovia da central de regulação. Ela faz o ajuste entre demanda e oferta com ações racionalizadoras nos lados da demanda e da oferta e dos sistemas logísticos, iniciando-se pelas ações do lado da demanda, seguida da racionalização do lado da oferta e por fim das ações racionalizadoras dos sistemas logísticos. Ela é feita com suporte de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas. Ela opera com alta capacidade de inteligência, o que envolve a crítica permanente das demandas colocadas, o que pressupõe que nem todas elas serão acolhidas. Ela é feita com uma vinculação funcional permanente entre a APS e a atenção especializada. Ela é feita com base em evidências produzidas pelo Modelo de Atenção Crônica (CCM) que implicam, necessariamente, uma relação pessoal entre profissionais da APS e da atenção especializada, o trabalho conjunto entre eles e o compartilhamento de planos de cuidados. Ela é feita sem efeito velcro que pode ser controlado pela estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas e permite uma clara definição de papéis de profissionais generalistas e especialistas. Ela permite, em algumas situações, eliminar as filas e, em outras, em que há um forte desequilíbrio entre oferta e demanda, organizar filas gerenciáveis pela tecnologia de lista de espera e superar os problemas determinados pela imposição de cotas às unidades demandantes. Ela utiliza sistemas de informação clínica potentes, integrados verticalmente, e que permitem fazer os registros de toda a população segundo riscos sanitários e sociais. Ela opera com sistemas destinados a reduzir o absentismo. E ela incorpora a prevenção quaternária destinada a proteger as pessoas usuárias do uso indevido ou excessivo de procedimentos de saúde (McALERNEY, 2002; MENDES, 2012; LEWIS, 2014).

9. A APLICAÇÃO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL COM BASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NAS REFERÊNCIAS ENTRE A APS E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A regulação assistencial com base na saúde da população pode ser aplicada utilizando-se uma matriz de regulação da demanda e da oferta que incide suas intervenções no lado da demanda, no lado da oferta e nos sistemas logísticos.

Essa matriz pode ser utilizada na regulação assistencial conforme se mostra no Quadro 8.

Quadro 8: Matriz de regulação da demanda e da oferta nos sistemas de atenção à saúde

DEMANDA	LOGÍSTICA	OFERTA
<p>ANÁLISE DA DEMANDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por tipo de demanda: consulta, exame e internação • Por unidade de APS • Por médico para perfilização e identificação de <i>outliers</i> • Análise das pessoas hiperutilizadoras de serviços na APS • Quantificação da demanda <p>RACIONALIZAÇÃO DA DEMANDA:</p> <p>Normalização dos processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos clínicos das condições crônicas por estratos de risco • Protocolos clínicos das pessoas hiperutilizadoras <p>Normalização de habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de educação permanente <p>Programação da demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilha de programação segundo risco <p>Mecanismos de supervisão direta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão local, supervisão regional e supervisão central <p>Dispositivos de enlçamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento horizontal entre especialistas da APS • Segunda opinião à distância • Contatos telefônicos • Correio eletrônico entre profissionais e com as pessoas usuárias • Relatório padronizado de referência <p>Ações de controle do absenteísmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contato pré-atendimento • Contato pós ausência ao atendimento <p>Adensamento tecnológico da APS</p> <p>Prevenção quaternária</p> <p>Elaboração de lista de espera</p>	<p>ANÁLISE DA LOGÍSTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análise situacional dos sistemas logísticos relativos a tecnologias de informação nas relações entre Atenção Primária à Saúde e a atenção especializada • Análise situacional do transporte sanitário <p>RACIONALIZAÇÃO DA LOGÍSTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infovia da central de regulação • Prontuário eletrônico integrado • Sistema de transporte sanitário 	<p>ANÁLISE DA OFERTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por tipo de demanda: consultas, exames e internações • Por unidade de atenção especializada • Por médico especialista • Análise das pessoas hiperutilizadoras de serviços na atenção especializada • Quantificação da oferta por capacidade instalada <p>RACIONALIZAÇÃO DA OFERTA:</p> <p>Normalização dos processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos clínicos das condições crônicas por estratos de risco <p>Normalização de habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de educação permanente <p>Programação da demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilha de programação segundo risco dimensionada na APS <p>Mecanismos de supervisão direta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão local <p>Dispositivos de enlçamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionalização da atenção especializada • Matriciamento vertical de especialistas e generalistas: trabalho conjunto, segunda opinião e compartilhamento de plano de cuidado • Contatos telefônicos • Correio eletrônico • Relatório padronizado de contrareferência <p>Mecanismos de substituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substituição de competências: do especialista para o clínico e a equipe interdisciplinar • Substituição tecnológica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares e os grupos operativos • Eliminação do efeito velcro <p>Aumento da oferta de atenção especializada</p>

A ação regulatória sempre começa pela análise e racionalização da demanda, seguida pela análise e racionalização da oferta e, finalmente, pela análise e racionalização da logística.

A análise e a racionalização da demanda são feitas nas unidades demandantes, no caso, as unidades de APS, e envolvem uma análise quantitativa e uma análise qualitativa.

A análise quantitativa deve ser feita por tipo de demanda: número de consultas médicas, de avaliações interdisciplinares e de exames complementares; por tipos de demandas e por idade e sexo; por unidade demandante (unidade de APS) e por estratos de risco; por unidade demandante e por profissionais solicitantes, especialmente médicos; por unidade demandante e por encaminhamentos de pessoas hiperutilizadoras. Esse conjunto analítico permitirá quantificar a demanda por unidade de APS, identificar profissionais *outliers* e estabelecer uma programação das demandas a serem atendidas na unidade provedora (centro de atenção ambulatorial especializada).

Há que se ressaltar que um ponto essencial da racionalização da demanda é a estratificação de risco na APS. A estratificação de riscos nas condições crônicas permite estruturar as relações entre a APS e a atenção ambulatorial especializada segundo a modelo da pirâmide de risco (MPR). A aplicação do MPR permite reter na APS os 70 a 80% de portadores de condições crônicas de baixa complexidade que não se beneficiam da atenção especializada, contribuindo para a diminuição da pressão de demanda que se faz sobre este nível de atenção secundária.

A análise quantitativa deve ser complementada por uma análise qualitativa da demanda.

A análise qualitativa da demanda pode ser feita procurando-se responder a algumas questões fundamentais: O processo de referência está justificado em diretrizes clínicas baseadas em evidências? Há referências realizadas por solicitação das pessoas usuárias? Há relatórios de referência padronizados com síntese da história clínica e com solicitações específicas feitas pelos profissionais que referenciam aos profissionais especializados? Esses relatórios contemplam a estratificação de risco? A unidade demandante está vinculada no processo de territorialização a uma unidade de atenção ambulatorial especializada? A pessoa usuária é sempre referida aos mesmos profissionais especializados? Os profissionais da APS e da unidade de AAE se conhecem, trabalham juntos e compartilham planos de cuidados? Os profissionais da APS estão capacitados e reconhecem e a manejar as pessoas portadoras de enfermidades e as pessoas hiperutilizadoras? Os profissionais da APS estão capacitados para a prática da atenção quaternária?

Feita a análise quantitativa e qualitativa da demanda há que se passar ao passo seguinte que é o da proposição de intervenções de racionalização da demanda reali-

zada pela unidade de APS. Isso envolve a aplicação de mecanismos de coordenação das organizações. Aqui se vai aplicar a proposta de Mintzberg (2003) que envolve ações de normalização e de adaptação mútua.

É fundamental normalizar os processos e isso envolve estabelecer diretrizes clínicas baseadas em evidência para as condições de saúde a serem consideradas e os critérios de referência segundo estratos de risco. Como há uma tendência a se referirem exageradamente pessoas portadoras de enfermidades e pessoas hiperutilizadoras, as unidades de APS devem estar capacitadas a reconhecerem essas pessoas e a manejá-las adequadamente de modo a diminuir a sua pressão sobre os serviços especializados. Portanto, deve haver diretrizes clínicas específicas sobre o reconhecimento e o manejo das enfermidades e das pessoas hiperutilizadoras.

É importante normalizar as habilidades por meio de processos de educação permanente dos profissionais da APS. Com base nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, deve ser instituído um programa de educação permanente focado na estratificação e no manejo das pessoas usuárias por estratos de risco, especialmente os profissionais *outliers* identificados na análise das referências. As experiências mostram que os profissionais especializados são fundamentais na educação permanente dos profissionais generalistas. Esse processo de educação permanente deve ser feito segundo os princípios da educação de adultos ou da andragogia que valoriza uma aprendizagem ativa baseada em problemas de alta significação para os educandos. As atividades educacionais devem ser feitas na unidade de APS e na unidade de AAE.

É necessário que a unidade de APS faça a programação da demanda, por estratos de risco, à unidade de AAE, utilizando-se uma planilha de programação da demanda por atenção especializada, tal como se mostra no Quadro 5. Essa programação impõe-se em função de definir a agenda da unidade de APS e da unidade de AAE que passa a atuar com maior previsibilidade porque conhece, de antemão, as demandas de cada unidade de APS a ela vinculada.

Os mecanismos de adaptação mútua envolvem a supervisão direta e os dispositivos de enlaçamento.

A supervisão direta do processo de regulação pode ser feita em diferentes níveis: no nível local, por um servidor dedicado a organizar e controlar o processo de regulação na unidade de APS; nos municípios maiores quando existem regiões ou distritos de saúde, deve haver nessas estruturas mesorregionais um servidor encarregado de organizar e controlar o processo de regulação; e no nível central um núcleo de regulação assistencial.

Os dispositivos de enlaçamento são vários. Idealmente, deve haver um prontuário clínico eletrônico que comunique a APS e a AAE. Esse prontuário deve ter um campo específico para o relatório de referência da unidade de APS para a unidade de AAE, sob a forma de planos de cuidado. Um sistema de teleassistência deve garantir a segunda opinião à distância, feita por especialistas a pedido dos generalistas ou por médicos generalistas mais experientes. É importante o matriciamento entre especialistas e generalistas, o que envolve relações pessoais e trabalhos clínicos e atividades educacionais conjuntos. Os contatos telefônicos devem ser constantes, bem como os correios eletrônicos entre os profissionais e as pessoas usuárias. A ferramenta WhatsApp tem sido um poderoso instrumento de coordenação entre especialistas e generalistas.

Como o absenteísmo é uma variável importante na demanda por atenção ambulatorial especializada deve-se instituir um sistema de comunicação que envolva o contato pré-atendimento 24 horas antes do anteriormente marcado e o contato pós-atendimento para as pessoas faltantes para que se possa conhecer os problemas que geram o absenteísmo e se atuar preventivamente sobre eles.

O adensamento tecnológico da APS, especialmente pela via da teleassistência, ajuda a racionalizar a demanda ao deslocar certos serviços para a unidade de APS mais próxima à residência das pessoas. É o caso, por exemplo, da introdução do eletrocardiograma na APS com laudo à distância.

A capacitação dos profissionais da APS na prevenção quaternária permitirá racionalizar, com base em evidências científicas, a demanda por serviços especializados, desconsiderando aquelas referências que não geram valor para as pessoas usuárias ou que podem gerar iatrogenias.

Ao final desses processos de análise e racionalização da demanda pode se manifestar um desequilíbrio expresso numa quantidade de demanda maior que a capacidade de oferta (considerada após a racionalização da oferta). Nesse caso, há que se organizar uma lista de espera por critérios de risco, estruturada com base em critérios de transparência. Aqui se utiliza uma tecnologia de gestão da clínica, a lista de espera.

Feita a análise e a racionalização da demanda é tempo de realizar a análise e racionalização da oferta na unidade ofertante, no caso, a unidade de AAE.

A análise quantitativa deve ser feita por tipo de oferta: número de consultas médicas, de avaliações interdisciplinares, de planos de cuidados elaborados e de exames complementares; por tipos de oferta e por idade e sexo; por tipo de oferta e por

estratos de risco. Esse conjunto analítico permitirá quantificar a oferta da unidade de AAE e confrontá-la com a demanda agregada das unidades de APS a ela vinculadas.

A análise quantitativa deve ser complementada por uma análise qualitativa da oferta.

A análise qualitativa da oferta pode ser feita procurando-se responder a algumas questões fundamentais: Os serviços ofertados estão normalizados em diretrizes clínicas baseadas em evidências? A unidade de AAE envia um relatório de contrarreferência, sob a forma de um plano de cuidado de cada pessoa usuária, à unidade de APS? A unidade de AAE está vinculada às unidades de APS de seu território? A unidade de AAE especializada opera segundo a estratificação de risco definida nas diretrizes clínicas? A unidade de AAE controla o efeito velcro?

Feita a análise quantitativa e qualitativa da oferta há que se passar ao passo seguinte que é o da proposição de intervenções de racionalização da oferta realizada pela unidade de AAE. Aqui, também, se vai aplicar a proposta de Mintzberg (2003) que envolve ações de normalização e de adaptação mútua.

É fundamental normalizar os processos de trabalho da unidade de AAE, o que envolve estabelecer diretrizes clínicas baseadas em evidência para as condições de saúde a serem consideradas segundo os critérios de risco.

É importante normalizar as habilidades por meio de processos de educação permanente dos profissionais da unidade ambulatorial especializada, com base nas diretrizes clínicas baseadas em evidências. Como as unidades de atenção ambulatorial especializada não se limitam ao seu papel assistencial, mas participam também de funções de supervisão e educação permanente dos profissionais da APS, é necessário identificar se os seus profissionais têm essas habilidades desenvolvidas. Para isso, ao organizar a agenda dos profissionais da unidade de AAE é preciso garantir tempo e espaço para essas atividades.

A supervisão direta do processo de regulação deve ser feita por um profissional encarregado de supervisionar esse processo na unidade de AAE.

Os dispositivos de enlaçamento envolvem o prontuário clínico eletrônico que integre a APS e a unidade de AAE: esse prontuário deve ter um campo específico para o relatório de contrarreferência, expresso num plano de cuidado interdisciplinar, da unidade de AAE para a APS. Um sistema de teleassistência deve garantir a segunda opinião à distância, feita por especialistas ou por médicos generalistas mais experientes a pedido dos generalistas. É importante o matriciamento entre

especialistas e generalistas, o que envolve relações pessoais e trabalhos clínicos e atividades educacionais conjuntos. Os contatos telefônicos devem ser constantes incluindo WhatsApp, bem como os correios eletrônicos entre os profissionais da atenção ambulatorial especializada e da APS e as pessoas usuárias.

Uma estratégia útil da racionalização da oferta é o processo de substituição. A substituição é definida como o reagrupamento contínuo de recursos dentre 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 dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica (HAM, 2007). A substituição locacional muda o lugar em que a atenção é prestada, por exemplo, do hospital para o domicílio; a substituição 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. A racionalização da oferta na atenção ambulatorial especializada, por meio do processo de substituição, envolve dois mecanismos básicos: substituição de competências do médico especialista para o médico generalista e dos médicos especialistas para uma equipe multiprofissional; e a substituição tecnológica introduzindo-se novas tecnologias efetivas de encontros clínicos como a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares e o grupo operativo (MENDES, 2012).

Por fim, faz-se a análise e a racionalização dos sistemas logísticos com ênfase no prontuário eletrônico e no transporte sanitário eletivo. O transporte sanitário das urgências e emergências é de responsabilidade da regulação dos eventos agudos e faz-se por meio do SAMU e, por esta razão, não é aqui considerado.

A análise do prontuário clínico eletrônico irá permitir verificar se há uma integração vertical das informações clínicas entre a unidade de AAE e a APS e se há campos específicos para uma articulação efetiva entre esses dois níveis de atenção. Uma atenção especial deve ser dada à existência de campos para a referência e a contrarreferência, sob a forma de planos de cuidados.

A análise do sistema de transporte eletivo é muito importante porque estudos mostram que 40% das ausências a atendimentos especializados podem ser explicadas pela falta desse sistema logístico bem organizado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA

DA SAÚDE, 2010). Essa análise deve ser feita num espaço intramunicipal (municípios polo de AAE) ou nos deslocamentos intermunicipais em busca de AAE.

Esse modelo de regulação da demanda e da oferta com base na regulação assistencial da saúde da população deve cumprir esse roteiro de iniciar-se pelo lado da demanda, depois pelo lado da oferta, terminando pelo sistema logístico. Isso difere totalmente do modelo vigente da regulação da oferta que, quase sempre, é fortemente ancorado na oferta e que, por consequência, leva a um incremento da oferta sem a imprescindível racionalização da demanda e da logística.

Se ao final desse processo se concluir que há um desequilíbrio entre demanda e oferta deve-se, então, considerar o aumento da oferta. Isso se faz por meio de um projeto de investimento que aumente a capacidade instalada da unidade de AAE. Em certas circunstâncias podem ser consideradas estratégias de aumento concentrado da oferta por meio de mutirões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLIOTA SL. Case management of at-risk older people. In: COCHRANE D. Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001.
- AQUINO R et al. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*, 99: 87-93, 2009.
- AQUINO R et al. Avaliação do impacto da atenção primária em saúde no Brasil. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA/Programa Integrado de Avaliação e Formação em Atenção Básica, 2013.
- ANDRADE MV et al. Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1998-2003: um estudo comparativo das Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 2011.
- ANDRADE MV et al. Equidade na saúde: o programa de saúde da família em Minas Gerais. Belo Horizonte, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2013.
- ANTONELLI RC et al. Making care coordination a critical component of the pediatric healthcare system: a multidisciplinary framework. New York, The Commonwealth Fund, 2009.
- ARORA VS et al. Ability of hospitalized patients to identify their in-hospital physicians. *Archives of Internal Medicine*, 169: 199-201, 2009.
- ATUN RA. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network, 2004.
- BARBOSA ACQ. Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas, estudo amostral 2008. Belo Horizonte, FACE/UFMG, 2010.
- BARNETT ML et al. Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009. *Archives of Internal Medicine*, 172: 163-170, 2012.
- BAUER MS et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II, Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv*, 57: 937-945, 2006.
- BEASLEY JW et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? *AnnFamMed*, 2: 405-410, 2004.
- BEISECKER AE, BEISECKER TD. Patient information seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care*, 28:19-28, 1990.
- BENGOA R. Curar y cuidar. In: BENGOA R, NUÑO RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008.
- BERK ML, MONHEINT AC. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs*, 11: 145-149, 1992.
- BERKMAN L, KAWACHI I. Social epidemiology. New York, Oxford University Press, 2000.

- BERMAN PA, BOSSERT TJ. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Boston, Data for Decision Making Project, International Health System Group, Harvard School of Public Health, 2000.
- BERTA W et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Can Fam Physician*, 55: 621-625, 2009.
- BERWICK DM et al. The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*, 27: 759-769, 2008.
- BETTCHER DH et al. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*, 51:44-54, 1998.
- 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.
- BODENHEIMER T. A 63-year-old-man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*, 298: 2048-2055, 2007.
- BODENHEIMER T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine*, 359: 2086-2089, 2008.
- BODENHEIMER T et al. Improving care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288: 1775-1779, 2002.
- BODENHEIMER T, GRUMBACH K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.
- BODENHEIMER T, LAING BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*, 5: 457-461, 2007.
- BOULT CL et al. The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171: 460-466, 2011.
- BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de julho de 2011.
- BRITT H et al. General practice activity in Australia, 2004-05. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2005.
- BROUSSEAU E. L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises. Paris, PUF, 1993.
- BROWNLEE S. Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer. New York, Bloomsbury USA, 2008.
- BURCHEE, HENRY WR. Opportunity and incremental cost, attempts to define in systems terms: a comment. *The Accounting Review*, 49: 118-123, 1974.
- CAPILHEIRA MF, SANTOS IS. Individual factors associated with medical consultations by adults. *Rev Saúde Pública*, 40: 436-443, 2006.
- CARL-ARDY et al. The human resource challenge in chronic care. In: NOLTE e McKEE (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Maidenhead, Open University Press, 2008.
- CASTELLS M. A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª Ed., 2000.
- CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE. Physician survey, 2006. Disponível em: <http://www.hschange.com>.

- CHERNICHOVSKY D. What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? Or, is there some optimal path for health system development? In: BERMAN P (Editor). Health sector reform in developing countries: making health development sustainable. Boston, Harvard University Press, 1995.
- CHOMATAS E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Porto Alegre, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
- CHRISTENSEN B et al. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract*, 6: 19-22, 1989.
- COCHRANE D. Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE D (Editor). Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.638, de 10 de julho de 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Regulação em saúde. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2011.
- CONTANDRIOPOULOS AP et al. Values, norms and the reform of health care systems. In: SALTMAN RB et al. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.
- COOTER RD, ULLEN TS. Law and economics. London, Scott, Foreman and Co, 1988.
- CROMBIE DL. Diagnostic process. *J Coll Gen Practit*, 6: 579-589, 1963.
- CRUZ VKO et al. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 15: 67-86, 2003.
- CUELLAR AE, GERTLER PJ. Strategic integration of hospitals and physicians. *J Health Econ*, 25: 1-28, 2005.
- CUNILLERA R. Arquitetura e modelo de atenção: níveis e gestão de processos assistenciais. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2012.
- CURRY N, HAM C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London, The King's Fund, 2010.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Department of Health, 2005.
- DEVEUGELE M et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ Couns*, 54: 227-233, 2004.
- DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- DONOUGHTY RN et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur Heart J*, 23: 139-146, 2002.
- DUGDALE DC. Time and the physician-patient relationship. *J Gen Intern Med*, 14: 34-40, 1999.

- EASTWOOD AJ et al. 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*, 5: 134-143, 1996.
- ELIAS PE et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 11: 633-641, 2006.
- EVANS R et al. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- EVANS RG, STODART GL. Producing health, consuming health care. *Social Sciences and Medicine*, 31: 1347-1363, 1990.
- FACCHINI LA et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11: 669-681, 2006.
- FEACHAM GA et al. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 324: 135-143, 2002.
- FERNANDES CLC. Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS, 2013.
- FERNANDES LCL et al. Utilização de serviço de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 43: 595-603, 2009.
- FERRIS TG et al. Changes in daily practice of primary care for children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152: 227-233, 1998.
- FLEMING DM et al. The European study of referrals from primary to secondary care. London, Royal College of General Practitioners, 1992.
- FONSECA MLG et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*, 11: 285-294, 2008.
- FORTES S et al. Queixas somáticas sem explicação médica. In: DUNCAN BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.
- FRANK J. Canada Institute of Population and Public Health. Message from John Frank, scientific director, 2002. Disponível em: http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ipph/about_ipph/ipph_message_director_c.shtml
- FRANKS P, CLANCY C. Referral of adult patients from primary care: demographic disparities and their relationship to HMO insurance. *J Fam Pract*, 45: 47-53, 1997.
- FRIEDMAN NM et al. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems Episodes of care program. *Effective Clin Pract*, 1: 5-11, 1998.
- FRENK J. Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 27:19-34, 1994.
- FROLICH A et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research*, 8: 252, 2008.
- FRY J. Common diseases. London, MTP, 1974.
- GALBRAITH J. Organization design. Massachusetts, Adison-Wesley Publishing Company, 1973.

- GANDHI TK et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med*, 15: 626-631, 2000.
- GAWANDE A. *Complications: a surgeon's notes on an imperfect science*. London, Profile Books, 2002.
- GAWANDE A. Cowboys and pit crews. *New Yorker*, may 26, 2011.
- GÉRVAS J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac San Bilbao*, 104: 93-96, 2007.
- GILMER TP et al. Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29: 1242-1248, 2006.
- GIOVANELLA L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14:783-794, 2009.
- GOBIERNO VASCO. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi*. Vitoria, Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.
- GÓMEZ-BATISTE X et al. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12:73-78, 1996.
- GRAY M. *Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health*. Edinburgh, Churchill Livingstone, Third Ed., 2009.
- GREEN LA et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med*, 344: 2021-2025, 2001.
- GROL R. Improving the quality of medical care. *JAMA*, 286:2578-2585, 2004.
- GROOPMAN J. *Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine*. New York, Penguin, 2001.
- GRUMBACH K et al. Resolving the gatekeeper conundrum. *JAMA*, 282: 261-266, 1999.
- GUANAIS FC. Health equity in Brazil. *British Medical Journal*, 341: c6542, 2010.
- HAM C. *Learning from Kaiser Permanente: a progress report*. London, Department of Health, 2003.
- GUSSO G. *Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos*. Florianópolis, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.
- GUSSO G. *Necessidades do SUS e processos de geração de educadores*. Brasília, Departamento de Gestão e de Educação em Saúde, Ministério da Saúde, 2007.
- GUSSO GDF. *Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2)*. São Paulo, Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.
- HALL RJ. *Organizações, estrutura e processos*. Rio de Janeiro, Prentice-Hall, 1982.
- HAM C. *Evaluations and impact of disease management programmes*. Bonn, Conference of Bonn, 2007.
- HAM C. *Clinically integrated systems: the next step in English reform?* London, Nuffield Trust, 2008.
- 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.

- HAMER M & CHAMPY J. Reengineering the corporation. New York, Harper Business, 1994.
- HARBOUR RT (Editor). Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.
- HARRYS M, HAINES A. Brazil's Family Health Programme. British Medical Journal. Editorial, 341:c4945, 2011.
- HARZHEIM E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante, Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante, 2004.
- HEALTH CANADA. Taking action on population health. Ottawa, Health Canada, 1998.
- HEALTH COUNCIL ON THE NETHERLANDS. European primary care. The Hague, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.
- HEATH I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. International Journal of Integrated Care, 10: 10-11, 2010.
- HODGSON P et al. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. Ann Fam Med, 3: 318-323, 2005.
- HOFMARCHER MM et al. Improved health system performance through better care coordination. Paris, OECD, Health Working Papers n. 30, 2007.
- HOWIE JG et al. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. British Medical Journal, 319: 738-743, 1999.
- 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.
- IBAÑEZ N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciências & Saúde Coletiva, 11: 683-704, 2006.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Chronic conditions, how to improve. 2008. Disponível em: <http://www.ihl.org>.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, The National Academies Press, 1990.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Defining primary care: na interim report. Washington, The National Academies Press, 1994.
- INSTITUTE OF MEDICINE. To error is human: building a safer health system. 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. Value in health care: accounting for cost, quality, safety, outcomes and innovation. Workshop summary. Washington, The National Academies Press, 2010.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Spread, scale, and sustainability in population health: workshop summary. Washington, The National Academies Press, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. Sistema de indicadores de percepção social, saúde. Brasília, IPEA, 2011.

JACOBSON DM, TEUTSCH S. An environment scan of integrated approaches for defining measuring total population health by the clinical care system, the government of public health system, and stakeholder organizations. National Quality Forum, 2012.

JAMOULLE M et al. Working fields and prevention domains in general practices/Family medicine, 2002. Disponível em: <http://www.docpatient.net/mj/prev.html>

JAMOULLE M, GUSSO G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO G, LOPES JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012.

JENCKS SF et al. Rehospitalization among patients in the Medicare fee-for-service program. New England Journal of Medicine, 360: 1418-1428, 2009.

KAISER PERMANENTE. Annual Report 2013. Disponível em: http://share.kaiserpermanente.org/static/kp_annualreport_2013.

KAPLAN SH et al. Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. Med Care, 33: 1176-1187, 1995.

KINDING D, STODART G. What is population health? Am J Public Health, 93: 380-383, 2003.

KLOETZEL K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. In: DUNCAN BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.

KNAUSE DR et al. Antropologia e atenção primária à saúde. In: DUNCAN BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.

KRINGOS DS et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research, 10:65, 2010.

KROENKE K et al. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. Am J Psychol, 130: 102-105, 1973.

LAKHANI M et al. The future of general practice: a roadmap. London, Royal College of General Practitioner's, 2007.

LAMB GS. Outcomes across the care continuum. Medical Care, 35: 106-114, 1997.

LAMBERTS H, WOOD M (Editors). International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford, Oxford University, 1987.

LANDSBERG G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciência Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012.

LEAPE LL, BERWICK DM. Five years after to err is human: what have we learned? Journal of American Medical Association, 293: 2384-2390, 2005.

LEAVELL H, CLARK EG. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw Hill, 1976.

LEWIS N. Populations, population health, and the evolution of population management: making sense of the terminology in US health care today. IHI Leadership Blog, 2014. Disponível em: <http://www.ihl.org>

- LI P et al. A prospective observational study of physician handoff for intensive care unit to ward patient transfers. *American Journal of Medicine*, 124: 860-867, 2011.
- LI R et al. Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. *Diabetes Care*, 27: 2312-2316, 2004.
- LIMA DR, ROSATELLI MC. Um sistema tutorial inteligente para um ambiente virtual de ensino-aprendizagem, módulo Tutorias, Programa de Formação Continuada em Mídias na Educação. Brasília, SEED/Ministério da Educação e Cultura, 2005.
- LIMA HO et al. Gestão por processos. In: Marques AJS et al. (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Vol. II, 2010.
- LIMA MV et al. Registros médicos, certificados e atestados. In: DUNCAN BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.
- LOMAS J, CONTANDRIOPOULOS AP. Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS RG et al (Editors). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of population*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- LONGEST BB, YOUNG GJ. Coordination and communication. In: SHORTELL SM, KALUZNY AD (Editors). *Health care management*. New York, Delmar, 4th Ed., 2000.
- LOPES, JMC. Registro em saúde orientado por problemas. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012a.
- LOPES JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, 2012b.
- LOPES JM, OLIVEIRA MB. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. *Rev. Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição*, 11: 28-50, 1998.
- LORIG K et al. *Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. Boulder, Bull Publishing Company, Third Edition, 2006.
- MACINKO J. Estratégia de Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília, Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS, 2011.
- 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. *International Journal of Health Planning and Management*, 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.
- MACINKO J et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, 12:2149-2160, 2010;
- 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.

- MAHMUD SJ et al. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.
- 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.
- MAMEDE S. A educação permanente na saúde. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005.
- MARQUES AJS. Rede de urgência e emergência. In: MARQUES AJS et al (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados em saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MARTIN E et al. Why patients consult and what happens when they do. *Brit Med Journal*, 303: 289-292, 1991.
- MARTY IK. O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- MATOS MAB. Planilha de programação na APS. Belo Horizonte, mimeo, 2014.
- McALERLNERNEY AS. Population health management: strategies to improve outcomes. Chicago, Health Administration Press, 2003.
- McDONALD KM et al. Care coordination. In: SHOJANIA KG et al (Editors). Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies, Volume 7. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
- McDONALD KM et al. Care coordination Atlas Version 3. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.
- McWHINNEY I. The importance of being different. *British Journal of General Practice*, 46: 433-436, 1996.
- McWHINNEY IR, FREEMAN T. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre, Artmed, 3ª edição, 2010.
- MEADOR CK. The art and science of nondisease. *New England Journal of Medicine*, 14: 92-95, 1965.
- MECHANIC D et al. Are patients office visit with physician getting shorter? *N Engl J Med*, 344: 198-204, 2001.
- MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSIONS. Reforming the delivery system. Washington, Medicare Payment Advisory Commission, 2008.
- MENDES EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES EV. Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES EV. O modelo de atenção aos eventos agudos. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

MENDONÇA CS. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado pela atenção primária. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília, OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2011.

MENDONÇA CS et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, 1: 8, 2011.

METZER J, ZYWLAK W. Bridging the care gap: using technology for patient referrals. Oakland, California for Healthcare Foundation, 2008.

MICKAN S, RODGER S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Australian Health Review*, 1:133-142, 2000.

MILLS A. Vertical vs horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Sciences & Medicine*, 17: 1971-1981, 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil, Série A: Normas técnicas e manuais. Brasília, DAB/SAS/Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 356, de 8 de abril de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consulta pública sobre critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, MS/Secretaria de Atenção à Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL. A contratualização com as USF. Lisboa, Agência de Contratualização de Serviços de Saúde, 2006.

MINTZBERG H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo, Editora Atlas, 2ª edição, 2003.

MOORMAN PW et al. Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. *J Am Med Inform*, 8: 372-378, 2001.

MORRIS LA et al. Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med Care*, 35: 996-1007, 1997.

MORRIS SS et al. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J Nutr*, 134: 2336-2341, 2004.

MULLAHY CB. The case manager's handbook. Maryland, Aspen Publ, 1998.

MUÑOZ F et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública*, 8:126-134, 2000.

NAPOLI M. Health screening test for prostate cancer: an interview with Otis Brawley. Center of Medical Consumers, 2003.

- 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.
- NAYLOR MD et al. Transitional care on folder adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 675-684, 2004.
- NCQA Patient-Centered Medical Home. National Committee for Quality Assurance, Care coordination standards, 2011. Disponível em <http://www.ncqa.org>
- NEAL RD et al. Frequent attenders: who needs treatment? *Br J Gen Pract*, 46: 131-132, 1996.
- NEAL RD et al. Frequency of patients consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract*, 48: 895-898, 1998.
- NEW HEALTH PARTNERSHIPS. Problem solving, 2008. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
- NEWHOUSE J et al. Is competition the answer? *Journal Health Economics*, 1: 109-116, 1982.
- NIEFELD MR et al. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26: 1344-1349, 2003.
- NRHI HEALTH 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.
- NUÑO RS. Exploración conceptual de la atención integrada. In: BENGOA R, NUÑO RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier, 2008.
- NUTTING PA et al. Use of chronic care model elements is associated with higher quality care for diabetes. *Annals of Family Medicine*, 5: 14-20, 2007.
- OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DA FACE/UFMG. Monitoramento de resultados, desempenho e satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, um estudo de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Saúde da família: desafios e perspectivas a partir da experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte, ORHS/FACE UFMG, 2011.
- OECD. Health at a glance: Europe 2014. Paris, OECD, 2014.
- OKKES IM et al. Episodes of care in Dutch Family Practice: epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: OKKE IM et al. ICPC in the Amsterdam Transition Project. Amsterdam, Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005.
- O'MALLEY AS et al. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *J Gen Intern Med*, 25: 177-185, 2010.
- OOMS G et al. The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for broad malaise of health systems? *Globalization and Health*, 4:6, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial da Saúde, 2008. Brasília, OPAS/Ministério da Saúde, 2010.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.
- 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, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La renovación de atención primaria de salud em las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2007.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington, HSS/OPS, 2010.
- ORTÚN V, LÓPEZ-CASANOVAS G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid, Fundación BBVA, 2002.
- OSTBYE T et al. Is there time for management of patients with chronic disease in primary care? *Ann Fam Med*, 3; 209-214, 2005.
- 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.
- PARKER H. Making the shift: review of NHS experience. Coventry, Institute for Innovation and Improvement, 2006.
- PECHANSKY R et al. Frequency of referral and patient characteristics in group practice. *Med Care*, 8: 368-385, 1970.
- PENN D et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.
- PERKOFF G. An effect of organization of medical care upon health manpower distribution. *Med Care*, 16: 628-637, 1978.
- PERROT J et al. The contractual approach: new partnerships for health in developing countries. Geneva, World Health Organization, 1997.
- PERPETUO IHO, WONG LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais. Belo Horizonte, Departamento de Demografia/Cedeplar/FACE/UFMG, 2006.
- PHAM HH et al. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *New England Journal of Medicine*, 356: 1130-1139, 2007.
- PHAM HH et al. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Annals of Internal Medicine*, 150: 236-242, 2009.
- PICCHIAI D. Estruturas organizacionais: modelos. São Paulo, UNIFESP, 2010.
- PICHON-RIVIERE, E. O processo grupal. São Paulo, Martins Fontes Editora, 8ª Ed., 2009.
- PILOWSKY I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*, 31: 207-213, 1990.
- POLONSKY WH et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized controlled trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care*, 26: 3048-3053, 2003.

- PORTER M. Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente, Oakland, Kaiser Permanente, 2007.
- PORTER M, KELLOGG M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1: 1, 2008.
- PORTER ME, TEISBERG EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.
- POWELL SK. Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia, Lippincott Williams & Williams, 2000.
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51: 390-395, 1983.
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Crossing sectors: experiences in intersectorial action, public policy and health. Ottawa, Minister of Health, 2007.
- QUINET A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.
- RADAELLI SM et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Rev Saúde Publ*, 24: 232-240, 1990.
- RAMOS V, CARRAPIÇO E. Pessoas que consultam frequentemente. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, Tomo I, 2012.
- RAND HEALTH. Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project, 2008.
- RASELLA D et al. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended death in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*, 10: 388, 2010.
- REICHMAN M. Optimizing referrals & consults with a standardized process: successful referrals and consultations depend on open and succinct communication between you, your patients and your consultants. *Fam Pract Manag*, 14: 38-42, 2007.
- REID RJ et al. Defusing the confusion: concepts and measure of continuity of healthcare: final report. Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- REIS MC. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. Foz do Iguaçu, Trabalho apresentado no 31º Congresso Brasileiro de Econometria, 8 a 11 de dezembro de 2009.
- RICO A et al. (Editors). *Integrated care in Europe*. Maarssen, Elsevier, 2003.
- ROBINSON JO, GRANFIELD AJ. The frequent consulter in primary medical care. *J. Psychosom. Res.*, 30: 589-600, 1986.
- RODRIGUES GJ. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clín Geral*, 16: 442-452, 2000.
- ROLAND M, MORRIS R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? *British Medical Journal*, 297: 599-600, 1988.
- ROLLNICK S et al. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos. Porto Alegre, Artmed, 2009.

- ROSEN R, HAM C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. Revista de Innovación y Atención Integrada. 1:2, 2009.
- ROSENTHAL TC. The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care. Journal of American Board of Family Medicine, 21: 427-440, 2008.
- ROTER DL et al. Studies of doctor-patient interaction. Ann Rev Public Health, 10: 163-180, 1989.
- ROUMIE CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann Intern Med, 145: 165-175.
- SACKETT DL et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York, Churchill Livingstone, 1997.
- SAKELLARIDES C. De Alma-Ata a Harry Porter: um testemunho pessoal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2: 101-108, 2001.
- SALTMAN RS et al. (Editors). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press/McGraw Hill, 2006.
- SALTMAN RB, FIGUERAS J. European health care reforms: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- SAMPAIO LFR. O papel das Secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento e avaliação da atenção primária à saúde: contribuições para discussão. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Acompanhamento e avaliação da atenção primária. Brasília, CONASS, 2004.
- SAVAS S et al. Contracting models and provider competition. In: SALTMAN RB et al. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.
- SAWIER DO et al. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva, 7: 757-776, 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, AHRQ, 2005.
- SCHRIJVERS G, GOODWIN N. Editorial: Look of back whilst moving forward, observations on the science and application of integrated care over the past 10 years and predictions for what the next 10 years may hold. International Journal of Integrated Care, 10: 1-3, 2010.
- SCHRIRE S. Frequent attenders: a review. Fam Pract, 3: 272-275, 1986.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUSFácil MG. Belo Horizonte, SR/SAPS/SESMG, 2005.
- SHORTELL S, SCHMITTDIEL J. Prepaid groups and organised delivery systems. In: ENTHOVEN A, TOLLEN L. Toward a 21st century health system. San Francisco, Jossey-Bass, 2004.
- SILVA KL, SEIXAS CT. Atenção domiciliar: avanços e perspectivas para os sistemas públicos de saúde, 2013. Disponível em <http://apsredes.org/site2013/atencadomiciliar/files2013/12>

- SILVA VHM et al. Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará. Fortaleza, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, Texto para Discussão n. 86, 2010.
- SINGH D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham, Health Services Management Centre, 2005.
- SMITH M et al. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington, The National Academies Press, 2013.
- SMITH S et al. The North Dublin randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 1042-1049, 2004.
- SMITS FT et al. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract*, 9:21, 2008.
- SOJO A. Reformas de gestión en salud en America Latina: los cuasimercados de Colombia, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile, CEPAL, Série Políticas Sociales n. 39, 2000.
- STARFIELD B. Special responsibilities: the role of the pediatrician and goals of pediatric education. *Pediatrics*, 71: 433-440, 1983.
- STARFIELD B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*, 266: 2268-2271, 1991.
- STARFIELD B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- STARFIELD B et al. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, 2: 161-175, 2001.
- STIELF M, NOLAN K. A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care and per capita cost. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012.
- STOTO MA. Population health in the Affordable Care Act era. Washington, Academy Health, 2013.
- STREET A, DUCKETT S. Are waiting lists inevitable? *Health Policy*, 36: 1-15, 1996.
- STREMIKIS K et al. A call for change: the 2011 Commonwealth Fund survey of public views of the U.S. health system. New York, Commonwealth Fund, 2011.
- TAKEDA S. Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, mimeo, 2012.
- TAKEDA S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.
- THE COMMONWEALTH FUND. Reducing care fragmentation. s/data. Disponível em <http://improvingchroniccare.org>
- THE KING'S FUND. What's going on in A & E? The key questions answered. London, KF, 2014.
- TOBAR F. Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 2002.
- TRAVASSOS C. Medição e monitoramento das iniquidades em saúde: PNAD 2008. Rio de Janeiro: Seminário preparatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ENSP/FIOCRUZ; 2011.
- TROSA S. Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro, Editora Revan, 2001.

- TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. Population-based health care: definitions and applications. Disponível em: <http://www.thci.org>.
- UNGER JP, LILLINGSWORTH JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.
- VALLA VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca de sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS EM (Organizador). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo, Hucitec, 2001.
- VANDERBILT MEDICAL CENTER. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: SCHOENI PQ. *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.
- VAN STRALEN C et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24: s148-s158, 2008.
- VARGAS I et al. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*, 10: 297, 2010.
- VARGAS I et al. Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial em Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Washington, Organización Panamericana de la Salud/ Consorcio de Salud y Atención Social, 2011.
- VÁZQUEZ MLN et al. Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. In: VÁZQUEZ et al. *Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos*. Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.
- VESTED P, CHRISTENSEN MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*, 119: 118-137, 2005.
- VON KORFF M et al. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*, 127:1097-102, 1997.
- VUORI H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*, 6: 221-231, 1984.
- WAGNER EH et al. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74: 511-544, 1996.
- WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4, 1998.
- WAITZKIN H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA*, 252: 2441-2446, 1984.
- WALSH JA, WARREN KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*, 301: 967-974, 1979.
- WARNER MM. Integrated care developments in Europe. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- WEHRMEISTER FC, PERES KGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad Saúde Pública*, 26: 1839-1852, 2010.

WELCH HG et al. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston, Bacon Press, 2011.

WERE M et al. Adequacy of hospital discharge summaries in documenting tests with pending results and outpatient follow-up providers. *Journal of General Internal Medicine*, 24: 1002-1006, 2009.

WHITE KL et al. The ecology of medical care. *N Engl J Med*, 265: 885-892, 1961.

WHITT N et al. How many health professionals does a patient see during an average hospital stay? *New Zealand Medical Journal*, 120: U2515, 2007.

WILES D. Sweden's road safety vision catches on. *Sweden Today*, April 13, 2007.

WILKIN D, DORNAN CGP. Referral to hospital: a review of research and its implications for policy and practice. Manchester, Center for Primary Care Research, 1990.

WOOLF SH et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318: 527-530, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integration of health care delivery: report of a WHO study group. Geneva, WHO Technical Report Series n. 861, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva, World Health Organization, 2015.

YARNALL KSH et al. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*, 93: 635-641, 2003.

ZILS AA et al. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 4: 270-276, 2009.